

# Fysioterapeuters perspektiver på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball

Aleksandar Kokorina



Masteroppgave i farmasi

45 studiepoeng

Farmasøytisk Institutt

Det matematiske-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2025



# Fysioterapeuters perspektiver på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball

Aleksandar Kokorina



Masteroppgave i samfunnsfarmasi  
Farmasøytisk Institutt, Universitetet i Oslo

Mai 2025

Hovedveileder:

Førsteamanuensis Ingunn Björnsdottir, Seksjon for galenisk farmasi og samfunnsfarmasi, Universitet i Oslo

Eksternveiledere:

Førsteamanuensis Astrid Gjelstad, Seksjon for farmasøytisk kjemi, Universitet i Oslo og Fagleder medisin, Antidoping Norge

Vitenskapelig assistent Sofie Christensen, Antidoping Norge

© Aleksandar Kokorina

2025

Fysioterapeuters perspektiver på bruk av legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball

Aleksandar Kokorina

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Innledning:** Fotball er en sentral del av norsk kultur og samfunn, men reiser også komplekse spørsmål knyttet til helse og etikk, spesielt når det gjelder bruken av legemidler og kosttilskudd. Fysioterapeuter har en unik innsikt i spillernes helse og velvære, og deres holdninger kan påvirke beslutninger om legemiddelbruk. Doping og antidopingarbeid er essensielle temaer som kan påvirke disse holdningene, og spille en viktig rolle i utøvernes helsetilstand. Fysioterapeuters kompetanse og samarbeid med annet helsepersonell er avgjørende for å sikre at toppfotballutøvere forblir friske og unngår skader forårsaket av feil bruk av legemidler.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å undersøke fysioterapeuters erfaringer og holdninger, samt hvordan disse påvirker idrettsutøveres bruk av legemidler og kosttilskudd. Målet er å oppnå en dypere forståelse av kulturen knyttet til legemiddelbruk i fotball, med fokus på fysioterapeuters kompetanse og samarbeid med annet helsepersonell, samt deres oppfatninger av risikoer ved legemidler og kosttilskudd og hvordan dette påvirker rådene de gir til spillere.

**Metode:** I denne kvalitative studien ble semistrukturert intervju brukt som metode for datainnsamling, som deretter ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. I høsten 2024 ble det gjennomført otte individuelle intervjuer med fysioterapeuter som jobber i norsk toppfotball.

**Resultater:** Astmamedisiner, smertestillende og betennelsesdempende legemidler som Paracet, Ibux og Voltaren er de mest brukte blant spillerne, mens det er en bevissthet og ansvarlighet knyttet til bruken av disse medikamentene. Kosttilskudd som vitamin D og kreatin er også populært, men det er skepsis til pre-workout-produkter på grunn av potensiell helsefare og dopingrisiko. Det ble observert en klar skepsis mot bruk av anabole androgene steroider, med fokus på sunne livsstilsvalg. Tilliten mellom spillere og helsepersonell er høy, men det er behov for økt bevissthet om dopingregler og bedre opplæring, spesielt for yngre spillere. Relasjonen mellom fysioterapeuter og spillere påvirkes av alder, med eldre spillere som viser mer selvstendighet i medisinske valg, mens yngre spillere trenger mer veiledning. Generelt er det en bevissthet om viktigheten av et balansert kosthold og at legemidler og kosttilskudd bør brukes ansvarlig og informert.

**Konklusjon:** Funnene indikerer en generell bevissthet om ansvarlig legemiddelbruk ifølge fysioterapeutene, samt et behov for styrket kommunikasjon mellom spillere, apotek og leger for bedre informasjon om legemidler. Det er også et tydelig behov for opplæring og informasjonsutveksling for å øke spillernes kunnskap om både kosttilskudd og legemidler, med en anbefaling om fokus på et balansert kosthold. Dopingproblematikken krever fortsatt oppmerksomhet og økt bevissthet blant spillerne, mens tilliten mellom spillere og helsepersonell viser seg å være sterk, men påvirkes av aldersfaktorer. Samlet sett peker resultatene på nødvendigheten av en kontinuerlig dialog og oppdatert kunnskap i støtteapparatet for å fremme helse og ansvarlig praksis i toppfotballen.

# Abstract

**Introduction:** Football is a central part of Norwegian culture and society but raises complex questions related to health and ethics, particularly concerning the use of medications and dietary supplements. Physiotherapists possess unique insights into players' health and well-being, and their attitudes can influence decisions regarding medication use. Doping and anti-doping efforts are essential themes that can affect these attitudes and play a crucial role in the athletes' health status. The competence of physiotherapists and their collaboration with other health personnel are essential in ensuring that elite football players remain healthy and avoid injuries caused by improper medication use.

**Objective:** The purpose of this study is to examine physiotherapists' experiences and attitudes, as well as how these influence athletes' use of medications and dietary supplements. The goal is to achieve a deeper understanding of the culture related to medication use in football, focusing on physiotherapists' expertise and collaboration with other health personnel, as well as their perceptions of the risks associated with medications and dietary supplements and how this affects the advice they provide to players.

**Method:** In this qualitative study, semi-structured interviews were used as a data collection method, which were subsequently analyzed using thematic analysis. In the fall of 2024, eight individual interviews were conducted with physiotherapists working in Norwegian elite football.

**Results:** Asthma medications, analgesics, and anti-inflammatory drugs such as Paracet, Ibux, and Voltaren are the most used among players, with a recognized awareness and responsibility associated with these medications. Dietary supplements such as vitamin D and creatine are also popular, but skepticism exists regarding pre-workout products due to potential health risks and doping concerns. There is clear skepticism regarding the use of anabolic androgenic steroids, with an emphasis on healthy lifestyle choices. Trust between players and health personnel is high, but there is a need for increased awareness of doping regulations and better education, especially for younger athletes. The relationship between physiotherapists and players is influenced by age, with older players demonstrating more independence in medical decisions, while younger athletes require more guidance. Overall, there is an awareness of the importance of a balanced diet, and that medications and supplements should be used responsibly and knowledgeably.

**Conclusion:** The findings indicate a general awareness of responsible medication use among physiotherapists and highlight the need for improved communication between players, pharmacies, and doctors regarding medication information. There is also a clear need for training and information exchange to enhance players' understanding of both dietary supplements and medications, with an emphasis on a balanced diet. The doping issue requires ongoing attention and increased awareness among players, while the trust between players and health personnel proves to be strong but is influenced by age factors. Overall, the

results emphasize the necessity of continuous dialogue and updated knowledge within the support staff to promote health and responsible practice in elite football.

# Forord

Takk til de åtte fysioterapeutene som deltok i denne studien og takk til Norges fotballforbund som var positive til å delta i studien. Jeg håper at denne studien vil bli oppfattet som nyttig og lærerik for deres idrett.

En takk til Ingunn Björnsdottir, Astrid Gjelstad, Sofie Christensen og Fredrik Lauritzen for hjelp underveis i prosjektet. En ekstra stor takk gis hovedveileder Ingunn for gode tilbakemeldinger og tilgjengelighet.

Videre ønsker jeg å takke min medstudent Kristina, som har utført tilsvarende studie med leger i norsk toppfotball, for godt samarbeid, deling av informasjon og tilgjengelighet.

Takk til Antidoping Norge for muligheten til å gjennomføre prosjektet.

Til slutt ønsker jeg å rette en stor takk til min familie, venner og kolleger for all tålmodighet og støtte, og den største takken til min kone Maja og vår lille gutt Filip.

Aleksandar Kokorina

Lillehammer, mai 2025.

## Liste over forkortelser

LEKONI	Bruk av legemidler og kosttilskudd blant norske idrettsutøvere
NSAID	Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs
COX	Cyklooksygenase
DMP	Direktoratet for medisinske produkter
SLV	Statens legemiddelverk
WADA	World anti-doping agency
PWO	Pre-Workout
THC	Tetrahydrocannabinol
WADC	World anti-doping code
SSB	Statistisk sentralbyrå
NSD	Norsk senter for forskningsdata
TSD	Tjenester for Sensitive Data
NFF	Norges fotballforbund
REK	Det regionale komiteer
SIKT	Kunnskapssektorens tjenesteleverandør
ADNO	Antidoping Norge
PCr	Fosfokreatin
AAS	Anabole androgene steroider
PEDs	Performance Enhancing Drugs
FIFA	International Federation of Association Football

# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
2	Hensikt.....	3
3	Teori.....	4
3.1	Legemidler.....	4
3.1.1	Bruk av legemidler i idretten .....	6
3.1.2	Smertestillende .....	6
3.1.3	Astmamedisiner .....	8
3.2	Kosttilskudd .....	9
3.2.1	Bruk av kosttilskudd i idretten .....	10
3.2.2	D-vitamin .....	11
3.2.3	Kreatin .....	11
3.2.4	Proteintilskudd .....	12
3.3	Alkohol og rus.....	12
3.4	Doping og antidoping .....	13
3.4.1	Dopinglisten.....	14
3.4.2	Legemiddelsøk.....	15
4	Metode.....	16
4.1	Forskningsmetode .....	16
4.1.1	Semistrukturert intervju.....	17
4.1.2	Intervjuguide .....	19
4.2	Datainnsamling.....	19
4.2.1	Utvalg og rekruttering .....	19
4.2.2	Gjennomføring av intervjuene .....	20
4.3	Databehandling .....	21
4.3.1	Transkribering.....	21
4.3.2	Analyse .....	21
4.4	Forskningsetiske refleksjoner .....	23
4.4.1	SIKT-godkjenning .....	24
4.4.2	Tjenester for Sensitive Data (TSD).....	24
4.4.3	Informert samtykke .....	25
4.4.4	Konfidensialitet.....	25
5	Resultater .....	26

5.1	Bruk av legemidler .....	26
5.1.1	Legemidler som brukes .....	27
5.1.2	Tilgjengelighet .....	30
5.1.3	Holdninger om legemiddelkunnskap .....	32
5.1.4	Trender og erfaringsdeling .....	34
5.2	Bruk av kosttilskudd.....	36
5.2.1	Kosttilskudd som brukes.....	37
5.2.2	Informasjon og kunnskap .....	40
5.2.3	Tilgjengelighet .....	41
5.2.4	Holdninger om kosttilskudd.....	41
5.3	Doping og antidoping .....	43
5.3.1	Bruk av prestasjonsfremmende midler .....	44
5.3.2	Holdninger i teamet fra fysioterapeuters perspektiv .....	46
5.3.3	Regelverket og opplæring .....	49
5.3.4	Typer av rusmidler .....	51
5.4	Forhold mellom støtteapparatet og spillere .....	53
5.4.1	Forskjell i alder .....	53
5.4.2	Kommunikasjon i teamet .....	54
6	Diskusjon .....	57
6.1	Hovedfunn fra studien.....	57
6.2	Diskusjon av resultater .....	57
6.2.1	Bruk av legemidler.....	57
6.2.2	Bruk av kosttilskudd.....	59
6.2.3	Doping og antidoping .....	60
6.2.4	Forhold mellom støtteapparatet og spillere .....	63
6.2.5	Diskusjon av resultatene sammenlignet med resultatene fra en annen masteroppgave .....	64
6.3	Metodediskusjon.....	65
6.4	Videre forskning og veien videre .....	68
7	Konklusjon .....	69
8	Referanseliste .....	71
9	Vedlegg.....	78



## Liste over tabeller

**Tabell 1:** Oversikt over når og til hvem det skal søkes om medisinsk fritak

**Tabell 2:** Oversikt over inndelingen av dopinglisten

**Tabell 3:** Fordeler og ulemper med semistrukturerte intervju

**Tabell 4:** Oversikt over varighet av intervju

**Tabell 5:** Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Bruk av legemidler»

**Tabell 6:** Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Bruk av kosttilskudd»

**Tabell 7:** Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Doping og antidoping»

**Tabell 8:** Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Forhold mellom støtteapparatet og spillere»

I utarbeidelsen av denne oppgaven ble GPT-4o mini ved UiO benyttet som hjelpemiddel for språkvask og for å assistere med oversettelser fra engelskspråklig litteratur.

# 1 Introduksjon

Fotball er mer enn bare en sport; det er en kultur, en livsstil og en kilde til både glede og utfordringer for millioner av mennesker verden over. I Norge, som i mange andre fotballnasjoner, har sporten en sentral plass i samfunnet (1). Toppfotballen speiler ikke bare idrettens kunstneriske og fysiske aspekter, men står også overfor komplekse spørsmål som omhandler helse, prestasjon og etikk (2). Blant disse spørsmålene er bruken av legemidler og kosttilskudd en sentral tematikk som krever grundig utforskning, i særlig grad fra støttepersonellens synspunkt.

Legemidler og kosttilskudd er ofte benyttet av idrettsutøvere for å optimalisere ytelsen, forebygge skader og fremme restitusjon. Imidlertid reiser bruken av disse substansene etiske og medisinske spørsmål (3). Regionale legemiddelinformasjonsentre (Relis) ble bedt om å undersøke kunnskapsgrunnlaget for effekter og bivirkninger av NSAIDs i behandling av idrettsskader. Resultatene viser at bruken av NSAIDs er utbredt i både toppidrett, ungdomsidrett og blant aktive utøvere generelt, med opptil 30-50 prosent av eliteutøvere og aktive idrettsutøvere som bruker disse legemidlene regelmessig under trening og konkurranser (3).

Det er avgjørende å forstå hvilke holdninger og perspektiver som eksisterer blant fysioterapeuter som er en integrert del av støtteapparatet rundt profesjonelle fotballspillere. Fysioterapeuter har en unik innsikt i spillernes helse og velvære, og deres vurderinger og holdninger kan ha stor innvirkning på beslutninger angående legemiddelbruk og kosttilskudd (3).

Fysioterapeuters kompetanse i legemiddelbruk er en viktig faktor i å sikre at toppfotballutøvere kan holde seg friske og prestere på sitt beste, samtidig som de beskyttes mot potensielle skader fra feil bruk av legemidler. Fysioterapeuter samarbeider ofte med leger, trenere og annet helsepersonell. Deres kunnskap om hvordan legemidler kan påvirke kroppen, kombinert med skader, er avgjørende for å unngå negative bivirkninger og overdoser.

Doping og antidopingarbeid er også en kritisk del av diskusjonen omkring legemidler i fotball. Doping, defineres ofte som bruk av ulovlige eller forbudte substanser for å forbedre prestasjonen, og dette temaet har fått økt fokus i takt med mediekampanjer og den internasjonale antidopingbevegelsen (4). Antidopingarbeidet i fotball, organisert av FIFA og Nasjonale antidopingbyråer, er ment å beskytte helse, sikre rettferdig konkurranse og opprettholde sportens integritet (5). Undersøkelser viser at utøvere kan ha varierende holdninger til doping, og det er derfor viktig å forstå fysioterapeuters holdninger til doping, som en del av støtteapparatet, og overholdelse av antidopingregler (6).

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 (7).

Tidligere masteroppgaver har satt søkelys på idrettsutøvere, og derfor er det svært interessant å undersøke legemiddelkulturen fra støttepersonnellets perspektiv. Resultatene fra denne studien vil bli brukt til å styrke antidopingarbeidet og fremme korrekt bruk av legemidler blant idrettsutøvere.

Det er viktig å undersøke fysioterapeuters perspektiver ettersom de ofte står som bro mellom utøvere og vitenskapelig kunnskap. Dette kan hjelpe til med å avklare hvilken rolle legemidler og kosttilskudd spiller i moderne fotball og kan føre til bedre informerte beslutninger som ivaretar både helse og prestasjon. Gjennom denne masteroppgaven vil det undersøkes fysioterapeuters holdninger til legemidler og kosttilskudd i norsk toppfotball, samt hvordan disse holdningene påvirker utøvernes helse og prestasjoner. Dette vil bidra til en mer helhetlig forståelse av den medisinske og etiske infrastrukturen i norsk toppfotball, og forhåpentligvis også gi innsikt i områder der praksis kan forbedres til beste for utøverne.

## 2 Hensikt

Hensikten med denne forskningen er å få innsikt i fysioterapeuters erfaringer og holdninger, samt hvordan disse kan påvirke idrettsutøveres bruk av legemidler og kosttilskudd. Målet er å oppnå en dypere forståelse av kulturen knyttet til bruken av legemidler og kosttilskudd i fotball, sett fra fysioterapeuters perspektiv.

I hvilken grad er fysioterapeutenes kompetanse og samarbeid med annet helsepersonell avgjørende for sikker legemiddelbruk blant toppfotballutøvere?

Hva er fysioterapeuters oppfatninger av risikoene ved legemidler og kosttilskudd, og hvordan påvirker dette rådene de gir til fotballspillere?

## 3 Teori

I dette kapitlet vil det bli presentert en grundig gjennomgang av legemidlene og kosttilskuddene som er særlig relevante for denne studien. Samtidig vil kapitlet også belyse forbindelsen mellom doping og antidoping-reglementet.

### 3.1 Legemidler

Et legemiddel er et stoff eller preparat som enten kan brukes til å forebygge, behandle eller lindre sykdom og symptomer hos mennesker eller dyr, eller til å påvirke fysiologiske funksjoner gjennom ulike biologiske mekanismer. Det kan også brukes til å diagnostisere sykdom ([8](#)).

Bruken av legemidler er nøye regulert gjennom lover og forskrifter. I helsepersonelloven er retningslinjene de samme for alle legemidler, uansett om de er reseptbelagte eller ikke.

Reseptpliktige legemidler må forskrives av lege, tannlege eller veterinær. Disse legemidlene er plassert bak skranken, og det skal utføres en dobbeltkontroll for å sikre at riktig legemiddel gis til riktig pasient. Reseptene er vanligvis elektroniske, og legemidlene kan hentes ut på alle apotek. Reseptfrie legemidler anses som trygge og egnet for bruk uten helsepersonells tilsyn, og kan dermed kjøpes uten resept. Disse legemidlene er tilgjengelige i apotek, dagligvarebutikker, og på enkelte kiosker og bensinstasjoner ([9](#)).

Mange legemidler inneholder stoffer som er på World Anti-Doping Agency (WADA)'s dopingliste. Den angir hvilke stoffer og metoder som er forbudt både i- og utenfor konkurranse, samt hvilke stoffer som er forbudt i bestemte idretter ([10](#)). Idrettsutøvere som konkurrerer nasjonalt eller internasjonalt og trenger å bruke, administrere eller ha legemidler som inneholder stoffer eller metoder forbudt under dopinglisten, må søke om medisinsk fritak (TUE) så tidlig som mulig før bruken. Andre utøvere over 15 år som deltar i organisert idrett og trenger slike legemidler, kan også søke om medisinsk fritak ([11](#)).

Tabell 1 gir oversikt over når og til hvem det skal søkes om medisinsk fritak.

Tabell 1: Oversikt over når og til hvem det skal søkes om medisinsk fritak ([12](#)).

	Dopinggruppe	Alle andre utøvere fra fylte 15 år	Nasjonal toppidrettsutøver	Internasjonal toppidrettsutøver
<b>S1</b>	Anabole stoffer			
<b>S2</b>	Peptidhormoner, vekstfaktorer, relaterte substanser og mimetika			
<b>S3</b>	Beta-2-agonister			
<b>S4</b>	Hormon- og metabolske modulatorer (for eksempel insulin)			
<b>S5</b>	Diuretika (vann drivende midler) og maskeringsmidler			
<b>S6</b>	Stimulerende midler			
<b>S7</b>	Narkotiske stoffer			
<b>S8</b>	Cannabinoider			
<b>S9</b>	Glukokortikoider			
<b>S0</b>	Ikke-godkjente stoffer			
<b>M1-M3</b>	Metoder	Kan sende søknad om medisinsk fritak på forhånd og <i>skal</i> for øvrig søke når Antidoping Norge ber om det	Skal sende søknad om medisinsk fritak til Antidoping Norge på forhånd	Sjekk regelverket om medisinsk fritak hos det internasjonale særforbundet  <i>Skal</i> sende søknad om medisinsk fritak til det internasjonale særforbundet på forhånd
<b>P1</b>	Betablokkere			

Hvis pasienten er underlagt antidopingreglene, er det viktig å undersøke om legemiddelet som pasienten trenger inneholder noen av stoffene som er oppført på dopinglisten. Hvis man bruker legemidler som er registrert i Norge, kan man enkelt finne denne informasjonen ved å slå opp legemiddelet i Felleskatalogen eller besøke Antidoping Norges nettsider ([13](#)).

For å unngå bruken av legemidler som inneholder dopingmidler, bør behandlingen endres hvis det er mulig, da dette forenkler prosessen for både lege og utøver. Hvis en slik justering ikke er mulig, kan man måtte søke om medisinsk fritak for å bruke legemidlet ([13](#)).

### 3.1.1 Bruk av legemidler i idretten

Selv om noen idrettsutøvere benytter legemidler for å forbedre prestasjonene, er det andre som må håndtere akutte eller kroniske sykdommer og derfor trenger legemidler i hverdagen. Mange legemidler som er allment i bruk, i område 200 til 300 stoffer, er oppført på dopinglisten. Det er derfor viktig for aktive idrettsutøvere å informere legen om sin idrettsaktivitet når de har behov for medisinsk behandling. Dette gjør det mulig å ta nødvendige forhåndsregler eller la legen foreslå alternative legemidler som ikke er på dopinglisten. Hvis legen vurderer at det ikke er mulig eller ønskelig å bytte legemiddel, må reglene for medisinsk fritak følges ([14](#)).

Smerte er et hyppig problem blant eliteidrettsutøvere og er ofte knyttet til idrettsskader. Både smerte og skader kan påvirke ytelsen til eliteidrettsutøvere negativt. For øyeblikket finnes det ingen retningslinjer for smertebehandling hos eliteutøvere som er basert på vitenskapelig bevis eller enighet i fagmiljøene. Vanligvis innebærer smertebehandling bruk av smertestillende midler, hvile og fysioterapi ([15](#)).

Astma diagnostiseres oftere hos eliteutøvere innen utholdenhetsidretter enn hos både den generelle befolkningen og utøvere av andre idrettsgrener. Utholdenhetsutøvere kan ha en høyere risiko for å utvikle astma, muligens på grunn av økt ventilasjon over lengre perioder, samt ugunstige miljøforhold knyttet til sporten, som kald og tørr luft ([16](#)).

En type astmamedisin kan forbedre styrke og hastighet i eksplosive idretter, men har ingen effekt på utholdenhetsprestasjoner. En ny studie viser at beta2-agonister ikke gjør utholdenhetsutøvere raskere. For astmatiske utholdenhetsutøvere som bruker dette legemiddelet, normaliseres lungefunksjonen uten å gi noen ytterligere fordel, da oksygenopptaket begrenses av faktorer som hjertets pumpekapasitet, blodets evne til å transportere oksygen og muskulaturens oksygenopptak ([17](#)).

### 3.1.2 Smertestillende

Smertestillende midler er legemidler og tiltak som reduserer følelsen av smerte. Legemidler kan deles inn i analgetika, som primært er utviklet for smertelindring, og andre legemidler som, selv om de har andre primære formål, også gir smertelindring som en gunstig sekundæreffekt. Eksempler på analgetika inkluderer paracetamol og ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler som ibuprofen, naproksen og diklofenak. For mer intense smerter kan en lege foreskrive opioider som morfin eller oksykodon.

Analgetiske legemidler kategoriseres ofte i to hovedgrupper: ikke-opioide smertestillende midler og opioide smertestillende midler, som igjen har sine egne underkategorier ([18](#)).

## Paracetamol

Paracetamol er et legemiddel kjent for sine smertelindrende (analgetiske) og febernedsettende (antipyretiske) egenskaper. Selv om det også kan ha en viss mild betennelsesdempende (antiinflammatorisk) virkning, er dette ikke et offisielt godkjent bruksområde (19).

Paracetamol har delvis lignende og delvis forskjellige mekanismer for smertelindring og febernedsettelse sammenlignet med acetylsalisylsyre (ASA) og ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (NSAID). Ved optimal dosering kan paracetamol gi lignende smertelindring som disse legemidlene, men det har mindre effekt enn NSAID når smertene er knyttet til kraftig betennelse. På grunn av færre bivirkninger *anbefales* paracetamol vanligvis som førstevalg, selv om enkelte høyere doser av NSAID kan gi noe bedre smertelindring enn paracetamol. I motsetning til acetylsalisylsyre og NSAID har paracetamol liten innvirkning på blodplateaggregering og skader ikke mageslimhinnen. Den smertestillende effekten av paracetamol involverer både sentrale mekanismer (som svak COX-2-hemming og stimulering av serotonerg smertelindring) og perifere mekanismer (som svak COX-2-hemming i sentralnervesystemet). Den febernedsettende effekten oppnås ved å påvirke temperaturreguleringscenteret i hypothalamus.

Paracetamol i tablett- og miksturform gir tilsvarende effekt. Det kan også administreres som stikkpiller, selv om disse har en langsommere og noe mer usikker effekt. Intravenøs infusjon gir en rask og sikker effekt (20).

## NSAID

Ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler (Non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) utgjør en gruppe medikamenter som virker betennelsesdempende. Det finnes mange forskjellige typer NSAID, hvor de mest vanlige inkluderer ibuprofen, naproksen og diklofenak. Farmakologisk har disse legemidlene likheter med acetylsalisylsyre, som blant annet er virkestoffet i Albyl-E (21).

Den primære virkningsmekanismen for NSAID ser ut til å være hemming av prostaglandinsyntesen ved å blokkere enzymet syklooksigenase (COX) i de fleste celletyper i kroppen, inkludert betennesceller. Disse legemidlene påvirker også nøytrofile granulocytter og makrofager.

Enzymet syklooksigenase (COX) finnes som COX-1 og COX-2. COX-1 er naturlig til stede i mange celler og vev. Hemming av COX-1 reduserer blodplateaggregeringen og senker produksjonen av beskyttende prostaglandiner i mageslimhinnen. Dette kan føre til økt blødningstendens og høyere risiko for magesår, mage-tarm-blødninger, og sårperforasjoner. COX-2 oppreguleres ved betennelse, og hemming av dette enzymet er viktig for NSAID sine betennelsesdempende og smertelindrende effekter. COX-2 er også naturlig til stede iblant annet nyrene og blodkarets indre lag. Tradisjonelle NSAID fungerer som hemmere av både COX-1 og COX-2, og er derfor ikke-selektive. Hemming av det naturlig til stede COX-1 forklarer

mange av bivirkningene, spesielt redusert blodplateaggregering og økt risiko for magesår, mage-tarm-blødninger, og perforasjoner ([22](#)).

Fra 1. november 2021 må man ha resept fra legen for å få bruke lave doser av smertestillende legemidler som inneholder virkestoffet diklofenak. Direktoratet for medisinske produkter (tidligere Statens Legemiddelverk) har besluttet at både tabletter og kapsler nå krever resept. En studie fra 2018 viser at selv lave doser og kortvarig bruk av diklofenak er forbundet med økt risiko for alvorlige hjerte- og karsykdommer ([23](#)).

## Opioider

Opioider er stoffer som påvirker opioidreseptorer i hjernen og det perifere nervesystemet. Disse stoffene kan være kroppens egne, som endorfiner, naturlige stoffer fra opiumsplanten, som morfin, eller syntetisk produserte stoffer som metadon ([24](#)).

Sentralnervesystemet har mekanismer som kan hemme eller forsterke smerteimpulser til ryggmargens bakhorn, som påvirker hvordan disse oppleves i hjernen som bevisst og emosjonell smerte. Opioidreseptorer finnes i nerveceller knyttet til smertehemming, og endogene ligander som endorfin, enkefalin og dynorfin, virker på disse. Opioidanalgetika binder seg til disse reseptorene, øker aktiviteten i smertehemmingssystemene, og finnes også i andre celler i sentral- og perifert nervesystemet, noe som kan føre til uønskede bivirkninger. Opioidanalgetika bør ikke avsluttes brått etter langvarig bruk. Hvis pasienten har tatt disse daglig i over 14 dager, kan raskt avslutning føre til abstinens, med symptomer som uro, angst, økt tåre- og nesesekresjon, rask pust, svetting, utvidede pupiller og økt smerte. Senere kan pasienten også oppleve hjertebank, skjelvinger, kvalme, oppkast, diaré og sterk angst. ([25](#)).

### 3.1.3 Astmamedisiner

Astmamedisiner er legemidler brukt til å behandle astma. De virker enten ved å påvirke den glatte muskulaturen rundt bronkiene eller ved å redusere betennelsen i luftveiene. Det er ofte nødvendig å kombinere disse to typer legemidler for å oppnå optimal behandlingseffekt ([26](#)).

Inhalasjonsmedikamenter kan klassifiseres i tre hovedkategorier: beta-2-reseptoragonister, antikolinergika/muskarinantagonister, og inhalasjonssteroider/inhalerte glukokortikoider. De to første kategoriene kan videre deles inn i langtidsvirkende legemidler, som typisk har en virketid på 12-24 timer, og hurtigvirkende legemidler, som virker raskt men i kortere perioder på 4-6 timer ([27](#)).

Astma og anstrengelsesutløst bronkospasme forekommer oftere hos eliteidrettsutøvere enn i befolkningen generelt. Forskning antyder at utøvernes pustemønster, treningsmengde og treningsmiljø kan være medvirkende faktorer. Studier har vist at bruken av astmamedisiner

er høy blant eliteidrettsutøvere. Mange av disse legemidlene står oppført på WADA's liste over forbudte stoffer.

Alle beta-2 agonister er forbudt, med unntak av inhalert salbutamol. Salbutamol kan brukes i en maksimal dose på 1600 µg per dag, fordelt på flere doser, men ikke mer enn 600 µg hver 8. time. Det er også unntak for visse doser av tre langtidsvirkende beta-2 agonister. For større doser, andre administrasjonsmetoder som forstøverapparat, eller bruk av andre korttidsvirkende beta-2 agonister som terbutalin, kreves det medisinsk fritak. Ved behandling av astma med beta-2 agonister må inhalasjonssteroider alltid benyttes. Utøvere som opplever anstrengelsesutløst bronkospasme uten astma, kan bruke salbutamol før trening opptil fire ganger i uken. Hvis behovet for bruk er hyppigere, anbefales det å inkludere inhalasjonssteroider i behandlingen ([28](#)).

En praktisk løsning er å bruke en kombinasjonsinhalator med både inhalasjonssteroid og formoterol, en langtidsvirkende beta-2 agonist. Behandlingen tilpasses sykdomsaktiviteten og følger gjeldende astmaretningslinjer. Maksimal daglig dose formoterol er 54 µg per 24 timer fordelt på doser som til sammen ikke skal overskride 36 µg i løpet av noen 12-timer perioder ([29](#)).

Bruk av anabole androgene steroider som tabletter, stikkpiller eller injeksjoner er forbudt. Inhalasjonssteroider i vanlige doser er tillatt uten fritakssøknad i Norge ([30](#)). Montelukast, en annen forebyggende astmamedisin, er ikke på WADAs dopingliste ([31](#)).

## 3.2 Kosttilskudd

Kosttilskudd er produkter som er ment å supplere et vanlig kosthold. Produktene er konsentrerte kilder av næringsstoffer som vitaminer, mineraler eller andre stoffer med ernæringsmessig effekt. De selges i ferdig doserte former, som kapsler, tabletter, pulver eller dråper, og tas i små mengder. Dette er regulert av forskrift om kosttilskudd. Kosttilskudd er laget for å komplettere det daglige kostholdet. Et vanlig og variert kosthold sørger vanligvis for alle nødvendige næringsstoffer for sunn utvikling og vedlikehold av god helse ([32](#)).

Ernæringsmessig effekt refererer til hvordan næringsstoffer som vitaminer, mineraler, aminosyrer, og fettsyrer påvirker kroppen, enten de er tilsatt eller naturlig til stede i et produkt. Fysiologisk effekt handler om påvirkningen på kroppens funksjoner, som vekt, beinbygning, eller hud. Kosttilskudd skal inneholde nok ingredienser til å kunne ha både ernæringsmessige og fysiologiske effekter ([33](#)).

De siste årene har det kommet mange nye produkter på markedet, markedsført som kosttilskudd med prestasjonsfremmende egenskaper, ment for bruk før, under eller etter trening. Eksempler inkluderer proteinpulver, pre-workout (PWO), elektrolyttdrikker og aminosyrer. Mange av disse produktene oppfyller imidlertid ikke definisjonen av kosttilskudd i regelverket ([34](#)).

Kosttilskudd er populære blant idrettsutøvere, men mange er kanskje ikke klar over risikoen for utilsiktet doping, siden disse produktene ofte kan være forurenset med forbudte stoffer. Bruken skyldes ofte et ønske om å forbedre helse eller ytelse, men mange utøvere konsulterer upålitelige kilder og mangler kunnskap om regelverket for kosttilskudd. En positiv dopingtest kan ikke bare skade en idrettsutøvers omdømme og karriere, men også innebære helsesrisikoer som toksisitet ved inntak av dopingmidler (35).

Profesjonelle idrettsutøvere opplever daglig intens fysisk belastning og følger derfor et nøye matregime og tar spesifikke kosttilskudd for å fremme restitusjon mellom trening og konkurranser. Selv om de bruker "ikke-forbudte" kosttilskudd, er disse ikke alltid helt trygge. En av risikoene er utilsiktet doping fra forurensete produkter, hvor ikke-deklarte stoffer i kosttilskuddene utgjør en betydelig bekymring. En studie fra 2022 viser at mer enn 28 % av de analyserte kosttilskuddene utgjør en potensiell risiko for utilsiktet doping (36).

Fotball er en verdensomspennende sport i stadig utvikling, med økende fysiske og tekniske krav. Ernæring er en viktig integrert faktor for å optimalisere ytelsen til elitespillere både under trening og i kamper, samt for å opprettholde deres generelle helse gjennom hele sesongen (37). Inntak av riktig mengde næringsstoffer, som karbohydrater og proteiner, før og etter kamper og intensive treningsøkter kan bidra til å forbedre en spillers prestasjoner og fremskynde restitusjon. Derfor bør ernæringsplaner tilpasses både energibehovet for hver treningsøkt og konkurranse, samt eventuelle ekstra krav fra situasjoner som reiser eller personlig press (38).

### 3.2.1 Bruk av kosttilskudd i idretten

Det kan være utfordrende å skille mellom kosttilskudd og treningsprodukter. Begge disse kategoriene regnes som næringsmidler og må derfor følge næringsmiddelregelverket. I tillegg er det spesifikke regler for produkter som klassifiseres som kosttilskudd (34).

I Norge er det Mattilsynet som har ansvaret for å føre tilsyn med produksjon og salg av kosttilskudd. Det er imidlertid ingen offentlig kvalitetskontroll før disse produktene blir tilgjengelige på markedet, noe som gjør at kvaliteten på produktene kan variere (39).

Kosttilskudd kan inneholde ulovlige og skadelige dopingmidler. Siden kategorien "kosttilskudd" dekker mange produkter, varierer risikoen for dopingstoffer. Det kan være utfordrende å vite om et kosttilskudd inneholder slike midler, enten fordi de ikke er oppgitt på etiketten eller fordi de er oppført med et ukjent navn (39).

### 3.2.2 D-vitamin

D-vitamin er et fettløselig vitamin og prohormon som har viktige funksjoner i kroppen, blant annet i forhold til kalsiumbalansen og vedlikehold av skjelettet. I motsetning til andre vitaminer, kan D-vitamin produseres av kroppen når huden blir eksponert for UV-stråler fra sollys. Hos mennesker kan D-vitamin produseres i huden når den utsettes for ultrafiolett lys fra direkte dagslys. I Norge er imidlertid sollyset i vintermånedene for svakt til å bidra nevneverdig til kroppens produksjon av D-vitamin. Derfor er det spesielt viktig å få i seg D-vitamin gjennom mat eller kosttilskudd i løpet av vinterhalvåret. Personer med mørkere hudpigmentering har en større risiko for å ha utilstrekkelige nivåer av vitamin D i vinterhalvåret ([40](#)).

Vitamin D påvirker skjelettmuskulaturen og er essensielt for en rekke fysiologiske prosesser knyttet til immunforsvaret. Flere faktorer, som eksponering for sol, hudfarge, kroppsmasseindeks og tilstedeværelse av kroniske sykdommer, har innvirkning på nivåene av vitamin D i kroppen. Resultatene fra en studie i 2024 viser at vitamin D-nivåene er betydelig lavere i løpet av høst, vinter og vår, men ikke om sommeren. Derfor er det avgjørende å måle vitamin D-verdiene hos profesjonelle fotballspillere, spesielt i disse månedene. Ved påvisning av vitamin D-mangel kan det bli anbefalt at spillerne tar kosttilskudd for å forebygge infeksjoner, redusere risikoen for muskelskader, samt for å sikre at de kan trene og konkurrere på sitt beste ([41](#)).

For idrettsutøvere er det spesielt viktig å opprettholde optimale nivåer av vitamin D. Mangel på dette vitaminet kan være svært ufordelaktig, da det kan resultere i dårlig beinhelse, muskelsmerter og svakhet, samt en høyere risiko for infeksjoner. Derfor er det viktig å tilbringe noe tid i solen i sommermånedene for å opprettholde god vitamin D-status. Det er også nødvendig å inkludere rike kilder til vitamin D i kostholdet, særlig i løpet av vinterhalvåret ([42](#)).

### 3.2.3 Kreatin

Kreatin er et effektivt tillegg for idrettsutøvere som søker å forbedre ytelse og restitusjon. Dens positive innvirkning på energiproduksjon, muskelskader og kalsiumregulering, gjør det til en verdifull ressurs i treningsregimet for både profesjonelle og amatøridrettsutøvere. Tilskudd av eksogent kreatin fører til økte lagre av kreatin og fosfokreatin (PCr) i musklene og hjernen. PCr er essensielt for regenerering av adenosintrifosfat (ATP), som er den primære energikilden for eksplosive aktiviteter, og spiller en viktig rolle i energiproduksjonen under kortvarig, høyintensiv trening som vektløfting ([43](#)).

### 3.2.4 Proteintilskudd

Protein er essensielt for nesten alle biologiske prosesser i kroppen. Det er nødvendig for å bygge og vedlikeholde celler og vev, samt for produksjon av hormoner og enzymer. Protein støtter vekst og reparasjon, og kan også tjene som energikilde. Utholdenhetsutøvere trenger ekstra protein for å dekke en del av energibehovet og for restitusjon etter trening. Styrkeutøvere har et større proteinbehov, spesielt i begynnelsen. I kroppen balanseres proteinnedbrytning mot oppbygging. Å innta protein rett etter trening øker muskelopptaket og fremmer en positiv proteinbalanse. Dette kan enkelt dekkes gjennom et vanlig kosthold som inkluderer magre melkeprodukter, fisk, fjærkre, kjøtt eller egg. Gode vegetariske proteinalternativer er nøtter, frø, mandler, belgfrukter, quinoa, havre og soyaprodukter. Av og til kan det være utfordrende å finne passende mat, og da kan det være praktisk for noen å benytte proteintilskudd som proteinshaker eller proteinbarer (44).

Proteinbehovet varierer med idrettstype og treningsmengde, og er høyest hos utøvere i vekst. Norsk kosthold har generelt et høyt proteininnhold, og idrettsutøvere spiser vanligvis mer, hvilket betyr høyere proteininntak. De fleste dekker sitt proteinbehov gjennom vanlig mat, og behovet for proteintilskudd blant idrettsutøvere er sjeldent. Ekstra proteiner som et "sikkerhetstiltak" anbefales ikke. Noen idrettsutøvere kan få for lite protein fra kostholdet, spesielt de som følger vegetarkost, er energirestriktive, eller er i vektreduksjon. Lavt energiinntak fører til mindre protein og økt forbrenning av muskelprotein for energi, noe som kan redusere muskelmasse og prestasjon. Derfor er det viktig at disse utøverne får tilstrekkelig protein fra maten. Restitusjonsprodukter, som inneholder både karbohydrater og protein, anbefales fordi de gir en optimal balanse som maksimerer proteinets effekt på musklene. Rene proteintilskudd inneholder ofte svært mye protein, men lite av andre viktige næringsstoffer (45).

## 3.3 Alkohol og rus

Alkohol er et produkt av gjæring som har blitt produsert i forskjellige kulturer gjennom tusenvis av år. Det er det mest utbredte rusmiddelet etter koffein og er lovlig i nesten alle land i dag. Alkohol har en uforutsigbar effekt sammenlignet med andre stoffer, og påvirker hjernen som en blanding av flere rusmidler, samtidig som det fungerer som et giftig løsemiddel for alle celler. Det skader samfunnet mer enn noe annet rusmiddel på grunn av utbredt bruk og kroppens reaksjon på det. Høyt inntak kan føre til inflammasjon og øker risikoen for leversykdom, hjerteproblemer, demens, kreft, depresjon og angst (46).

Globalt anslås det at rusmiddellidelser blir mer utbredt, men i Norge mangler vi oppdaterte eller kontinuerlige målinger over tid. Alkoholforbruket i Norge har økt fra 3,6 liter ren alkohol per innbygger årlig i 1970 til 7,2 liter i 2020. Derfor antas det at forekomsten av alkoholbrukslidelser også har økt i denne perioden. Vi mangler data for å beskrive utviklingen av problembruk og avhengighet av illegale rusmidler over tid. Det totale forbruket henger

sammen med problembruk. Bruken av illegale opioider har gått ned, og økningen i cannabisbruk under covid-19-pandemien var midlertidig (47).

Eliteidrettsutøvere kan bruke psykotrope stoffer av rekreasjonelle grunner, for prestasjonsforbedring, eller for selvmedisinering. Disse årsakene kan overlape. Rusbruk blant idrettsutøvere innebærer ulike medisinske og sosiale risikoer. Psykoaktive stoffer, som alkohol, nikotin, ulovlige stoffer og reseptbelagte legemidler, har alle potensial for misbruk og avhengighet (48). En studie fra Irland som viser at høyt alkoholforbruk, alkoholrelaterte skader og overstadig drikking er vanlig blant eliteidrettsutøvere (fotballspillere), spesielt i lavsesongen (49).

Stoffer som ofte omtales som rusmidler, som kokain, ecstasy, heroin og THC (hovedstoffet i cannabis), er oppført som misbruksstoffer på dopinglisten. Disse stoffene har spesifikke regler for hvor lang tid utøvere utestenges ved en positiv test. Alkohol var tidligere oppført på dopinglisten, men ble fjernet i 2018. Likevel har enkelte internasjonale idrettsforbund fortsatt restriksjoner mot alkohol (50).

### 3.4 Doping og antidoping

Hensikten med antidopingarbeidet i idretten er å garantere utøvernes rett til å konkurrere i en dopingfri sport, og å ivareta utøverens helse. Doping er forbudt i henhold til idrettens antidopingregler, som skal samsvare med WADAs bindende regler, inkludert World Anti-Doping Code (WADC), og vedtas av Idrettstinget (51). I dagens idrettsverden er kampen mot doping en hovedprioritet for å sikre rettferdighet, helse og integritet. Fotball som er en av de mest populære idrettene globalt, påvirkes stadig mer av spørsmål om bruk av legemidler og kosttilskudd. Antidoping handler om å forhindre bruk av forbudte stoffer i konkurranser. Økt press i idretten kan føre til fristelse til å bruke stoffer for å nå mål (52).

World Anti-Doping Agency (WADA) er en uavhengig organisasjon med mål om å styrke og samordne den globale innsatsen for å bekjempe doping innen idretten (53). WADA har som oppgave å fremme, koordinere og overvåke arbeidet mot doping, og de fungerer som en kontrollinstans for å sikre at nasjonale organer og internasjonale idrettsforbund følger det internasjonale regelverket kjent som WADC, som ble etablert i 2003 (54).

Antidoping Norge er et tilsynsorgan rettet mot å bekjempe doping i norsk idrett. Organisasjonen opererer uavhengig av både Norges idrettsforbund og staten, og har ansvar for gjennomføring av kontroller samt iverksettelse av påtale i dopingsaker. Den får i hovedsak sin finansiering fra offentlige midler (55).

### 3.4.1 Dopinglisten

«The Prohibited List», kjent som Dopinglisten på norsk, er en internasjonal standard som angir hvilke stoffer og metoder som er forbudt i idretten. Listen er en del av World Anti-Doping Program, og WADA har ansvaret for å oppdatere den hvert år (56).

WADA er ansvarlig for å opprettholde den offisielle teksten i dopinglisten, som publiseres på både engelsk og fransk. Her følger definisjoner av noen av begrepene som brukes i dopinglisten (57):

- Forbudt i konkurranse
- Forbudt til enhver tid
- Spesifisert og ikke-spesifisert
- Misbruksstoffer (57)

Tabell 2 gir en oversikt over de ulike stoffene og metodene som er inkludert på dopinglisten i 2025, samt når forbudene mot dem gjelder.

Tabell 2: Oversikt over inndelingen av dopinglisten (56, 58).

<i>Stoffer og metoder forbudt i og utenfor konkurranse</i>	
S0. Ikke godkjente stoffer	
S1. Anabole stoffer	
S2. Peptidhormoner, vekstfaktorer, relaterte stoffer og mimetika	
S3. Beta-2-agonister	
S4. Hormon- og metabolske modulatorer	
S5. Diuretika og maskerende stoffer	
M1-M2-M3 Forbudte metoder	
<i>Stoffer og metoder forbudt i konkurranse</i>	
S6. Stimulerende stoffer	
S7. Narkotika	
S8. Cannabinoider	
S9. Glukokortikoider	
<i>Stoffer forbudt i spesifikke idretter</i>	
P1 Betablokkere	

For at et stoff eller en metode skal inkluderes på dopinglisten, må minst to av følgende kriterier være oppfylt (57):

- Stoffet eller metoden har potensial til å øke prestasjonsevnen
- Bruken av stoffet eller metoden utgjør en reell eller potensiell helserisiko for utøveren
- Bruken av stoffet eller metoden strider mot idrettens ånd (som definert i WADC).  
"Også stoffer eller metoder som skjuler effekten eller oppdagelsen av forbudte stoffer er forbudt. I tillegg er stoffer som ikke er godkjent for bruk hos mennesker sannsynligvis også forbudt." (57)

### 3.4.2 Legemiddelsøk

Antidoping Norge, i samarbeid med Felleskatalogen, har opprettet et legemiddelsøk som lar man undersøke om norske legemidler inneholder forbudte stoffer. Forbudte legemidler vil ha en lenke som viser til den relevante dopinggruppen. I databasen finnes kun legemidler som er godkjent for salg i Norge. Databasen oppdateres når det skjer endringer i legemiddelgodkjenninger eller på dopinglisten (59).

Man kan søke etter legemidler enten ved å bruke legemiddelnavnet eller virkestoffet. Resultatet viser om legemidlet står på dopinglisten, ved hjelp av en silhuett i rød, gul eller grønn farge, som vist på Bilde 1 (59). Rødt indikerer at legemidlet er forbudt å bruke, gult betyr at det er forbudt med visse unntak, mens grønt viser at legemidlet ikke omfattes av dopingregelverket (56).

Bilde 1: Visning av legemidlet om de står på dopinglisten (59)



## 4 Metode

Dette kapitlet utforsker studiens forskningsmetode gjennom den teoretiske forklaringen av den aktuelle typen som brukes, datainnsamling og behandling av informasjon og forskningsetiske refleksjoner.

### 4.1 Forskningsmetode

Kvalitativt intervju er en forskningsmetode innen kvalitativ forskning, med hensyn til å samle inn detaljerte data om tema det forskes på. Metoden setter i fokus deltakerens perspektiver og opplevelse, i motsetning fra kvantitative metoder som er mer opptatt av å måle og kvantifisere data. Et kvalitativt intervju er en åpen og fleksibel form for datainnsamling der forskeren stiller spørsmål, som typisk er åpne spørsmål slik at deltakerne kan uttrykke seg fritt. Dette står i kontrast til lukkede spørsmål, som har et begrenset sett med forhåndsdefinerte svaralternativer og ofte brukes i kvantitative undersøkelser. For gjennomføring av kvalitative intervjuer er det viktig med god forberedelse, der forskeren har et klart forskningsspørsmål og utarbeidet intervjuguide. Kjernen av selve gjennomføringen består av intervjusamtalen. Til slutt er det transkribering og analysing av data for å identifisere mønstre, temaer og innsikter i materialet. Siden det finnes flere typer forskningsmetoder, skal det nevnes både fordeler og ulemper av denne metoden, samt etiske spørsmål som kommer i forbindelse med det.

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som brukes til å vite mer om egenskaper av mennesker. Det samles inn erfaringer, opplevelser og tanker. Forskeren kan spørre etter forventninger, motiver og holdninger for å forstå mennesker bedre (60). Materialet kan være tekst fra intervjuer, observasjoner eller skriftlige kilder. Kvalitative forskningsmetoder bygger på vitenskapsteoretiske forutsetninger som er godt kjente. Også skal kvalitative studier kunne bevise sin vitenskapelige kvalitet. Avhengig av problemstillingen, bestemmer forskeren hvilken strategi som anses mest relevant å bruke. Forskningsintervjuet er veldig ofte første strategi innen kvalitative metoder, og den mest brukte metoden for innsamling av data, men andre alternativer kan også anses godt egnet. Derfor er det nødvendig at forskeren kjenner de ulike metodologiers styrker og svakheter for å kunne ta et riktig valg (61). Siden kvalitativt intervju er mye fleksibelt, kan informantene åpne seg med forutsetning at spørsmålene ikke er sensitive og vanskelige å svare på. Intervju skal ha en struktur og et formål, og samtalen er ofte mer en dialog enn rene spørsmål og svar (62). I motsetning til kvalitative metoder, finnes det kvantitative forskningsmetoder som også har et mål å levere vitenskapelig kunnskap. Forskerne som støtter mer den ene metoden framfor den andre kan godt si at den prefererte metoden gir oss mest relevante svar. Uansett så er det avgjørende at man skjønner hovedforskjell, og skille på type problemstilling. Kvalitative metoder sikter alltid mot å forstå og beskrive med tekst, ikke forklare ved hjelp av tall (60). Valg av metode bestemmes ofte etter at man vet hva som skal undersøkes, og hvordan forholdene rundt blir. Hvis forskeren vil

sette søkelys på kultur innen en bestemt gruppe, egner seg best å bruke individuelle- eller gruppeintervju for eksempel, heller enn spørreundersøkelser. Da skal forskeren observere hvordan menneskene tenker og handler som de gjør, og komme til beste konklusjoner gjennom analyse av data. På den andre siden har kvantitative undersøkelser et annet formål, og er best valg om det blir mye informasjon å behandle fra mange deltakere. Da kan svarene fra en stor gruppe representere svarene fra en hel befolkning. Data som samles i en samfunnsforskning kan være primær - om forskeren innsamler data selv, eller sekundær - om det brukes data som andre har innsamlet. Eksempler på to forskningsinstitusjoner i Norge er Statistisk sentralbyrå (SSB) og Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) (63).

#### 4.1.1 Semistrukturert intervju

Et semistrukturert intervju er en teknikk for datainnsamling hvor spørsmål stilles basert på en spesifikk tematisk struktur. Sekvensen og formuleringen av spørsmålene er imidlertid ikke fastsatte. I forskningssammenhenger er semistrukturerte intervjuer vanligvis kvalitative. Semistrukturerte intervjuer kombinerer elementer fra både strukturerte og ustrukturerte formater. Mens noen spørsmål er forberedt på forhånd, er andre ikke nøye planlagt (64).

Semistrukturerte intervjuer kombinerer elementer fra både strukturerte og ustrukturerte intervjuer:

- Strukturert intervju har en plan om hvilke spørsmål som vil bli stilt
- Ustrukturert intervju har ikke formuleringen og rekkefølgen av spørsmålene fastsatt (64).

Semistrukturerte intervjuer er ofte åpne, noe som gir rom for fleksibilitet. Å stille fastsatte spørsmål i en bestemt rekkefølge gjør det enkelt å sammenligne svarene fra ulike respondenter, men det kan være begrensende. En mindre strukturert tilnærming kan bidra til å avdekke mønstre, samtidig som det fortsatt er mulig å sammenligne svar mellom respondentene (64).

I arbeidet med semistrukturerte intervjuer har det vært viktig å finne ut hva som skal fokuseres på. Ved å begynne med observasjoner og uformelle samtaler, har det vært mulig å få en bedre forståelse av temaet og deretter utvikle spørsmål som virkelig treffer. En intervjuguide (Vedlegg 2) har vært sentral for å beskrive de mest relevante emnene, og spørsmålene er bevisst laget slik at de oppmuntrer til grundige svar.

Det har også vært en prioritet å gjøre intervjuene mer naturlige. Å stille åpne spørsmål i en logisk rekkefølge gir en bedre flyt i samtalen, og det er lettere å sammenligne svar fra forskjellige deltakere på denne måten. Samtidig er det viktig å være fleksibel; dersom noe interessant kommer opp, må det være rom for å følge opp med flere spørsmål.

Under intervjuene har det vært essensielt å signalisere når emnene endres og gi forklaringer der det trengs, slik at deltakerne føler seg trygge og ivaretatt. Støttespørsmål har også blitt

utviklet for å grave dypere inn i meninger og følelser. På den måten har hvert intervju ikke bare blitt en spørsmål-og-svar-prosess, men en reell samtale.

Til syvende og sist har målet vært å samle inn rike, detaljerte data som gir en dypere forståelse av deltakernes perspektiver. Hvordan intervjuet avsluttes er også viktig; å avslutte på en god måte kan oppsummere samtalen og gi deltakerne tid til å reflektere over diskusjonen.

Fordeler og ulemper presenteres kort i tabell 3.

Tabell 3: Fordeler og ulemper med semistrukturerte intervju ([65](#))

<b>Fordeler med semistrukturerte intervjuer</b>	<b>Ulemper med semistrukturerte intervjuer</b>
<p><b>Det beste fra begge verdener</b></p> <p>Ved å kombinere elementer fra både strukturerte og ustrukturerte intervjuer, gir de fordeler som sammenlignbare og pålitelige data, samt fleksibilitet til å stille oppfølgings spørsmål.</p>	<p><b>Kan redusere validiteten</b></p> <p>Hvis du avviker fra den opprinnelige listen med planlagte spørsmål, kan studien bli mindre valid. Dette skjer fordi samtalen kan bevege seg bort fra forskningsspørsmålene, noe som også gjør det vanskelig å sammenligne data mellom deltakere.</p>
<p><b>Tillater veiledet, men fri flyt i samtalen</b></p> <p>For intervjuere med noe erfaring gir et semistrukturert intervju fleksibilitet til å stille oppklarende spørsmål og utforske svarene mer i dybden, samtidig som det finnes en trygghetsramme med forhåndsbestemte spørsmål å vende tilbake til dersom samtalen går for langt bort fra temaet.</p>	<p><b>Øker risikoen for skjevhet</b></p> <p>Siden noen av spørsmålene vil være delvis improviserte, kan du uforvarende introdusere skjevhet i de nye spørsmålene eller stille ledende spørsmål, noe som kan undergrave gyldigheten av svarene.</p>
<p><b>Få mer detaljerte, rike svar</b></p> <p>Et semistrukturert intervju har større sannsynlighet for å gi detaljerte svar enn et strukturert intervju. Dette skyldes at åpne spørsmål er mindre bundet av struktur. I tillegg kan du bygge en bedre forbindelse med deltakerne og stille oppfølgings spørsmål basert på deres svar.</p>	<p><b>Kan være vanskeligere å planlegge</b></p> <p>Fordi du kan forvente en viss grad av improvisasjon basert på unike deltakerresponser, må du huske på at du sannsynligvis ikke kan forhåndskode svarene (som du kan med et strukturert intervju), hvilket også kan gjøre analysen noe mer tidkrevende.</p>

### 4.1.2 Intervjuguide

Intervjuguides brukes både under én-til-én- og gruppesamtaler, uansett om de er strukturerte eller ustrukturerte. I utgangspunktet lages det en liste over temaer og generelle spørsmål som intervjueren skal gjennomgå sammen med deltakeren. Forskeren skal dele intervjuguide i flere deltemaer som er der for å hjelpe å navigere seg bedre rundt det hovedspørsmålet. I tillegg så er det ofte flere underspørsmål som skal hjelpe at forskeren kommer til mer nøyaktig svar eller dekke ulike temaer. En intervjuguide skal vanligvis ha en bestemt rekkefølge, men under gjennomføringen kan informantene hoppe over til andre deler slik at intervju får mer fleksibilitet (62).

Å bruke en semistrukturert intervjuguide har vist seg å være gunstig i disse sammenhengene. Det har gitt forskeren muligheten til å tilpasse spørsmålene og samtalen til situasjonen, samtidig som den opprettholder en viss standardisering. Denne balansen mellom struktur og fleksibilitet har gjort at masterstudenten kunne få mest mulig ut av intervjuene.

## 4.2 Datainnsamling

Det finnes ulike måter å dokumentere et intervju på, men det som vanligvis brukes nå er lydopptak, lyd- og bildeopptak og notater (62). Dersom forskeren skal ta opptak av intervjuet er det veldig viktig at deltakeren blir spurt og informert om dette i forkant siden lydopptak uten tillatelse er ulovlig. Det er viktig at forskeren lærer og prøver seg på med den aktuelle metoden, for eksempel stemmeopptakeren, før hen går ut i oppdraget. Dette fører til mye bedre intervjuopplevelse for alle deltakerne (66).

I denne masteroppgaven ble alle intervjuene gjennomført digitalt ved bruk av Microsoft Teams, og lydopptakene ble gjort via telefon. Lydopptaket av alle intervjuene slettes ved avslutning av prosjektet. Diktafon-appen ble brukt for å ta opp lyden, som av automatisk lagret i TSD. All data i forbindelse med intervjuet ble lagret på TSD, som ingen andre har tilgang til. Hovedveileder ble i noen grad involvert i analysen av datamaterialet og har dermed hatt tilgang til enkelte opplysninger. Eksterne veiledere har bidratt til prosjektet etter at intervjuene ble skrevet ned og intervjuedeltakerne anonymisert.

### 4.2.1 Utvalg og rekruttering

I tidlig høst 2024 ble det bestemt at to masterstudenter fra UiO skal lage to masteroppgaver med samme temaer, slik at den ene skal rettes opp mot legens perspektiver, og den andre mot fysioterapeuters perspektiver. Begge studentene har samarbeidet med ADNO og utarbeidet informasjonsskriv (Vedlegg 1) som skulle brukes for å søke inn i SIKT, samt for rekruttering av informanter siden den inneholder samtykkeskjema. Informasjonsskrivet

beskriver blant annet formålet med prosjektet, viktig informasjon til alle deltakerne og korte opplysninger om personvern. Prosjektet har fått automatisk vurdering og godkjenning fra SIKT, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet.

For å gi størst mulig innsikt i problemstillingen, ble det bestemt at denne studien skal samle opp data fra fysioterapeuter som jobber i ulike divisjoner i Norsk toppfotball, både menn og kvinner. Deltakerne ble rekruttert fra følgende divisjoner:

- OBOS-ligaen (1. divisjon), nivå 2 herrefotball
- Toppserien, nivå 1 damefotball
- Post Nord-ligaen (2. divisjon), nivå 3 herrefotball
- Landslag

Etter å ha fått grønt lys fra Sikt (Vedlegg 3 og 4) for å starte forskningsprosjektet, ble nødvendig samarbeid med Norges fotballforbund (NFF) etablert med hjelp av Antidoping Norge. Deretter ble en invitasjon til å delta i studien sendt via e-post til aktuelle fysioterapeuter.

Den begrensede responsen på invitasjonen til å delta i forskningsprosjektet skapte vanskeligheter i rekrutteringsprosessen. Opprinnelig var målet å få inn 10 fysioterapeuter og representere flest mulig nivåer i norsk fotball, inkludert både menn og kvinner. På grunn av den lave responsen og den avsatte tiden for prosjektet, endte man opp med å rekruttere åtte fysioterapeuter fra forskjellige fotballag. Dette blir nærmere forklart i oppgavens metodediskusjon.

#### 4.2.2 Gjennomføring av intervjuene

Innledningsfasen (introduksjonsfasen) består mest av hyggelig velkomst og introduksjon som kommer fra intervjueren, fortelling om bakgrunn og formål med forskningen, og beskrivelsen av tekniske detaljer som for eksempel lydopptaket, datalagringen, tidsrammene osv. Fra den over til åpningsfasen skal forskeren begynne å stille enkelte spørsmål slik at deltakeren kan gi et enkelt svar, for eksempel spørsmål om utdanningen, jobben, familien etc. I overgangsfasen er intervjueren opptatt om å høre mer om personlige erfaringen og selve forståelsen av informanternes perspektiv. Her skal det etableres en god forbindelse mellom åpningsfasen og hovedfasen. Hvis det er flere deltakere som er til stedet, skal denne fasen ha hensikt til å gjøre alle deltakerne kjent med hverandres synsvinkel. Hovedfasen er den viktigste fasen som intervjueren skal bruke mest tid på, omtrent 10-15 minutter på hvert spørsmål. De spørsmålene som stilles i denne fasen kalles for nøkkelspørsmålene. Ofte kommer deltakerne med utdypning rundt ulike temaer som dukker opp i denne fasen. Samtidig så må det lages et rom for tilleggsspørsmål. Intervjueren sørger for at deltakerne gir tilstrekkelig informasjon som ønskes å bli innsamlet, som er hovedpoenget av intervjuet. Avrundningsfasen sitt mål er å bekrefte at deltakerne har reflektert rundt hovedtemaet, og hvis flere deltakere er i bilde at alle ha kommet fram med sitt synspunkt. Intervjueren oppsummerer og eventuelt kommer med mer tilleggsspørsmål om nødvendig. Avslutning er preget av en liten oppsummering av

hensikten av studien og gjerne spørsmål om det er noen viktige poenger som kanskje er oversett. Det er naturlig at intervjueren nå takke for et gjennomført intervju (62).

## 4.3 Databehandling

### 4.3.1 Transkribering

Transkribering av intervju vil skje i tilfelle data har vært innsamlet via bruk av lyd- og/eller videoopptak. Denne prosessen innebærer ikke bare om konvertering talte ord til skriftlig tekst, det er av avgjørende betydning å få nøyaktige og pålitelige resultater som kan analyseres og tolkes videre. Flere transkripsjons verktøy som tilbyr integrerte oversettelsestjenester som støtter flere språk, men samtidig må forskeren gå gjennom teksten selv og sørge for at den er klar og korrekt (67). Som regel er det naturlig at talespråket er mer uformelt enn skriftspråket. Det tar tid å høre på råmaterialet, og ofte finnes det momenter som er vanskelig å høre. Derfor er det igjen kritisk at forskeren selv gjør denne jobben, til og med fordi hen husker gjerne omtrent det som ble sagt i intervjuet. Dette er også viktig fordi det gir en dypere forståelse av innholdet, fanger opp kontekst og nyanser og fremmer refleksjon over dataene som ble samlet. (60).

### 4.3.2 Analyse

En stor forskjell mellom kvalitativ og kvantitativ metode er også i analysemetodene. Data fra både kvalitative og kvantitative undersøkelser behøver ikke å være analysert av samme person som hadde innsamlet data. Men det er en fordel og absolutt vesentlig at kvalitative data blir tolket av den som har innsamlet dem, med tanke på forskerens hoved spørsmål, teorier og hypoteser, også forforståelse som spiller en viktig rolle i videre analysering. Ofte er det vanskelig å finne en relasjon mellom alle notater, lydfiler, dokumenter og ideer når forskeren skal begynne å analysere. Derfor er det viktig med god organisering av datamaterialet (62).

Hensikten med en analyse er å oppnå en dypere innsikt i et sosialt fenomen. Ved å systematisere det innsamlede materialet, kan du identifisere mønstre og konsistenser. Ved å diskutere funnene med støtte fra teori og eksisterende forskning, kan du vurdere dem fra ulike synsvinkler (68).

For utarbeidelse av resultatdelen i denne studien, ble rådataene først transkribert av forskeren, og deretter analysert ved hjelp av koder og sortert inn i ulike temaer. Delkapitlene er strukturert rundt fem hovedtemaer som ble identifisert i analysen. Som et ledd i analysen ble det laget sammendrag for hvert tema, og disse presenteres først i hvert delkapittel,

sammen med oversiktstabeller som viser hovedtemaer, undertemaer og koder, før selve resultatene blir lagt frem.

### **Trinn 1: Samle inn din kvalitative data**

Det første trinnet i kvalitativ forskning er datainnsamling. Kort sagt innebærer datainnsamling å samle inn all din data for analyse. En vanlig situasjon er når kvalitative data er spredt over ulike kilder (69). Det blir stadig mer vanlig å benytte datamaskiner for både å samle inn og analysere tekstdata i kvalitative undersøkelser. Flere spesialiserte programpakker har blitt utviklet for å støtte denne prosessen (70).

### **Trinn 2: Koble sammen og organiser all din kvalitative data**

I det andre trinnet handler det om å bringe alle dine innsamlede data i sammenheng og sørge for at de er ordnet på en måte som legger til rette for videre analyse (69).

- Den manuelle metoden for å organisere dataene dine: den tradisjonelle måten å strukturere kvalitativ data på er å legge inn all rådataen du har samlet i et redskap som tillater tekstbehandling som for eksempel et regneark eller Word.
- Datastøttet programvare for kvalitativ dataanalyse (CAQDAS): tradisjonelt, innen den manuelle analysemetoden importeres kvalitativ data til CAQDAS-programvare for koding. Siden begynnelsen av 2000-tallet har forskere benyttet CAQDAS-programvare som ATLAS.ti, NVivo og MAXQDA (69).

Fordelene ved å bruke datastøttet programvare for kvalitativ dataanalyse:

- Hjelper med organiseringen av dataene dine
- Gjør det mulig å se ulike tolkninger av dataene
- Gir deg mulighet til å dele dataene dine med andre for samarbeid (69).

### **Trinn 3: Koding av din kvalitative data**

Tematisk analyse brukes for å utlede betydningen bak ordene informantene bruker. Dette gjøres ved å identifisere gjentakende temaer i tekst. Disse meningsfulle temaene gir viktige innsikter i dataene og kan tallfestes. Ofte resulterer tematisk analyse i en kodingsramme som registrerer temaer i form av koder, også kalt kategorier. Derfor kalles prosessen med tematisk analyse også for "koding" (69).

Koding handler om å bryte ned innsamlet, skriftlig data, kategorisere og bygge opp skjelettet, og det finnes flere måter å gjøre det på (62). Når man koder, finner man frem viktige kategorier og nøkkelord som beskriver ulike deler av materialet. Problemstillingen bestemmer hvilken koder man skal bruke, og gjerne knytting til sitater fra teksten som kan gi oss oppsummering av intervjuet. Poenget til slutt er at man har delt alle utførte intervjuene

inn i kategorier som kan være brukt til å lage et skjema hvor de ulike nøkkelordene og sitatene kan sorteres (68).

NVivo (CAQDAS-programvare) har innebygd funksjonalitet som gjør det mulig å kode tekst direkte i programvaren. Mange finner at grensesnittet som tilbys av programvaren gjør det enklere å administrere koder sammenlignet med et regneark (69).

#### **Trinn 4: Analyser dataene dine: Finn meningsfulle innsikter**

Nå skal man analysere dataene for å avdekke innsikter. Dette er punktet hvor vi begynner å besvare våre forskningsspørsmål. Oppgaven med å avdekke innsikter innebærer å granske kodene som oppstår fra dataene og trekke meningsfulle sammenhenger ut fra dem. Det handler også om å sikre at hver innsikt er unik og har tilstrekkelig data for å underbygge den. Opprett underkoder manuelt for å forbedre kvaliteten på innsiktene. Det er her det er nyttig å legge til underkoder til dine primære koder. Denne prosessen kalles noen ganger metakoding, og er brukt i denne oppgaven (69).

#### **Trinn 5: Rapportering av dine data: Fortell historien**

Det siste trinnet i analysen av dine kvalitative data er å rapportere om dem, å fortelle historien. Nå er kodene fullt utviklet, og fokuset ligger på å formidle narrative til publikum (69).

## **4.4 Forskningsetiske refleksjoner**

Forskningsintervjuer må alltid gjennomføres i tråd med etiske retningslinjer. Forskningens troverdighet er avhengig av at forskerne følger de etiske prinsippene. Dette innebærer blant annet å innhente informert samtykke (Vedlegg 1) fra deltakerne og sikre at deres konfidensialitet ivaretas. Informert samtykke og konfidensialitet er to grunnleggende prinsipper som må rett og slett respekteres (71).

Det er også viktig å nevne at forskere skal vise respekt til deltakerne, uansett situasjon (72). Å sikre at deltakerne er klare over at de kan trekke seg fra studien når som helst, uten konsekvenser og på en enkel måte er helt nødvendig. Deltakelse i forskningsintervjuer skal være helt frivillig, og deltakerne skal ikke føle seg presset til å delta eller bekymre seg for negative reaksjoner hvis de ombestemmer seg. I tillegg må deltakerne informeres om hva som skjer med data som allerede er analysert hvis de ønsker å trekke seg. Noen ganger vil slik informasjon bli slettet hvis deltakeren ber om det (73).

Av all den grunn skal denne etiske bakgrunnen spille alltid stor rolle i forskningsprosessen. På det medisinske og helsefaglige området er Det regionale komiteer (REK) som vurderer alle forskningsprosjekter som involverer mennesker eller menneskelig materiale. Formålet med

helseforskningsloven er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Det stilles jo høye krav til standardiserte forskningsprosesser og ansvaret for at lovverk og etiske retningslinjer blir fulgt opp.

#### 4.4.1 SIKT-godkjenning

På bakgrunn av at denne studien behandler personopplysninger ble forskningsprosjektet meldt inn til Sikt.

Sikts meldeskjema er et nettbasert verktøy for forskere og studenter som involverer personopplysninger i sine forskningsprosjekter. Sikt vurderer hvordan man planlegger å håndtere personopplysningene, og bistår med å oppfylle kravene i personvernregelverket ([74](#)).

Før man kan sende inn en søknad til Sikt, må man ha flere aspekter ved oppgaven klargjort:

- forberede prosjektbeskrivelsen, informasjonsskrivet, intervjuguiden og datahåndteringsplanen
- ha klart hvilken type data som skal samle inn – dataklassifisering og samtykke
- søknadsprosessen – meldeskjema skal være sendt inn senest 30 dager før datainnsamlingen starter
- vurderingsprosessen - student/forsker må vente på vurdering fra Sikt før prosjektet kan starte ([75](#)).

Sikt er i ferd med å utvikle en "Automatisk godkjenning", der prosjekter blir godkjent automatisk samme dag hvis de oppfyller spesifikke krav for lav risiko ([75](#)).

#### 4.4.2 Tjenester for Sensitive Data (TSD)

På oppdrag fra UiO har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (Vedlegg 3 og 4).

Sensitive data krever høyere sikkerhet enn vanlige data (Personopplysningsloven §2, pkt 8). Tjenestegruppen "Sensitive Data" ved USIT/UiO tilbyr et lukket miljø for innsamling, lagring, deling og analyse av slike data. Innenfor lovverkets og risikoanalysens rammer kan USIT tilby tjenester som de i det åpne UiO-segmentet, med nødvendige sikkerhetstiltak. Et av TSDs hovedformål er å muliggjøre prosessering (analyse, beregninger) i tillegg til lagring og innsamling av sensitive data. Videre er transkriberingsprosessen forenklet ved bruk av den dedikerte regneressursen Colossus ([76](#)).

### 4.4.3 Informert samtykke

Samtykket må være godt informert, tydelig, frivillig og kunne dokumenteres, og den selvfølgelig forutsetter samtykkekompetanse (72). Det er avgjørende å informere deltakerne grundig om forskningsformålet, hva intervjuene innebærer, hvordan dataene vil bli brukt, og om eventuelle risikoer, fordeler og ulemper ved deltakelse (71).

### 4.4.4 Konfidensialitet

Deltakere har som hovedregel krav på at deres personlige opplysninger blir behandlet konfidensielt. Forskeren må sikre at informasjon som kan skade de enkelte deltakerne, ikke blir brukt eller delt på en måte som kan skade dem (72). Dessverre kan anonymisering av og til skape forskningsetiske utfordringer i en kvalitativ forskning. Når utvalget av deltakere er relativt lite, kan det være vanskelig å opprettholde full anonymitet, noe som kan øke risikoen for at deltakere blir gjenkjent og dermed mer sårbare. Men på den andre siden burde deltakerne alltid føle seg trygge både på sin egen deltakelse og på hvordan informasjonen de gir vil bli håndtert. Hvis de ikke har en god forståelse av forskningen, er det mindre sannsynlig at de vil være helt ærlige eller like engasjerte (71).

## 5 Resultater

Denne analysen setter søkelys på fysioterapeuters synspunkter angående bruken av legemidler og kosttilskudd blant profesjonelle fotballspillere. Den bygger på individuelle intervjuer som utforsker sentrale emner relatert til bruk, tilgjengelighet og sosiale aspekter ved legemiddel- og kosttilskuddbruk, samt deres innstilling til dopingreglementet.

Høsten 2024 ble det gjennomført individuelle intervjuer med åtte deltakere, både menn og kvinner, som jobber som fysioterapeuter i norsk toppfotball. Målet var at deltakerne skal komme fra ulike divisjoner – OBOS-ligaen, toppserien, Post Nord-ligaen og til og med landslaget, men av hensyn til anonymiteten kan det ikke beskrives det mer presist. Resultatene fra denne studien er basert på data samlet inn gjennom disse intervjuene, som varte fra 16 til 32 minutter (Tabell 4). Disse deltakere omtales som informanter i resultat- og diskusjonsdelen av studien. Intervjuene fant sted online via Microsoft Teams, med både intervjueren og informantene til stede.

Tabell 4: Oversikt over varighet av intervju

	<i>Varighet av intervju (min)</i>
Intervju 1	32
Intervju 2	20
Intervju 3	19
Intervju 4	25
Intervju 5	16
Intervju 6	31
Intervju 7	31
Intervju 8	31

### 5.1 Bruk av legemidler

Intervjuene avdekket hvilke legemidler som er vanligst brukt av fotballutøvere. Flere informanter rapporterte om bruk av astmamedisiner, som krever legekonsultasjon, og det er en bevissthet om ansvarlig bruk. Bruken av sovemedisiner var lite omtalt, med sporadisk rapportering om melatonin. De mest brukte medikamentene blant spillerne er smertestillende og betennelsesdempende legemidler, spesielt Paracet, Ibox, Voltaren og Naproxen, der de to førstnevnte er reseptfrie og lett tilgjengelige. Naproxen brukes ofte i kvinnefotball i forbindelse med menstruasjonssyklusen.

Det er høy etterspørsel etter smertestillende før kamper, med individuelle vurderinger for hver bruksanledning. Kommunikasjon med apotek er strukturert, men det er behov for bedre prosedyrer og informasjon om legemiddeltilgjengelighet. Samarbeidet med apotek og fastleger er til stede, men muligheten for forbedret kommunikasjon er anerkjent.

Deling av medisiner blant spillere er sjeldent og anses som uheldig; spillere fokuserer mer på deling av erfaringer enn på deling av medisiner og det er variabilitet i legemiddelkunnskap blant spillerne ifølge fysioterapeuter. De fleste fysioterapeutene mener at det er et tydelig behov for mer opplæring, spesielt for yngre utøvere. Fysioterapeuter anerkjenner sine begrensninger i legemiddelkunnskap og anbefaler ofte spillere å konsultere leger for spesifikke spørsmål.

Generelt er bruken av legemidler blant fotballspillere godt regulert nå ifølge fysioterapeuter, med vekt på ansvarlig bruk og samarbeid med medisinske fagpersoner. Det har vært en overgang til en mer restriktiv tilnærming, og spillere bruker generelt et moderat nivå av legemidler, ofte mindre enn befolkningen for øvrig. Analyse av informantenes utsagn indikerer fremgang i håndteringen av legemidler i fotballmiljøet, til tross for begrenset utveksling av erfaringer mellom helsepersonell.

Tabell 5 viser en oversikt over de kodene som har vært med på å definere hovedtemaet, som er bruk av legemidler, samt temaene som ligger under dette hovedområdet.

Tabell 5: Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Bruk av legemidler»

Undertema	Koder
<i>Legemidler som brukes</i>	Astmamedisiner Melatonin Smertestillende og betennelsesdempende Reseptbelagt
<i>Tilgjengelighet</i>	Kommunikasjon med apotek Deling av medisiner
<i>Holdninger om legemiddelkunnskap</i>	Kunnskap blant fotballspillere Kunnskap blant støttepersonell
<i>Trender og erfaringsdeling</i>	Forbruk og overforbruk Sammenlignet fra før Utveksling av erfaringer

### 5.1.1 Legemidler som brukes

Flertallet av informantene rapporterer bruk av astmamedisiner blant spillere med en bevissthet om ansvarlig bruk:

*«Og det med astma medisiner og sånt, de tar kun det som er sin dose, og så, ja. Ikke at det blir noe ekstra utover det, som jeg opplever.»*

*Intervju 2, side 3*

Disse er det eneste legemiddelet som krever legekonsultasjon ifølge informant 7:

*«Hvis det er det eneste jeg kan se folk bruker som de har kontakt med lege om, er astmamedisiner. Det er det eneste jeg vet folk bruker.»*

*Intervju 7, side 1*

Bruken av sovemedisiner er knapt omtalt, med sporadisk bruk av melatonin-tabletter for å håndtere jetlag nevnt:

*«Jeg vet jo at det er noen som har brukt Melatonin av og til, særlig når det er noen landslag utøvere, for å reise mellom tidssoner. For å få litt brukt med jetlaggen, for eksempel, så kan man ha brukt Melatonin.»*

*Intervju 4, side 3*

De mest brukte legemidlene blant fotballspillere er smertestillende og betennelsesdempende midler, spesielt Paracet, Ibux, Voltaren og Naproxen:

*«Så har vi jo på bakrommet har vi litt ulike ting som Ibux og Paracet.»*

*Intervju 2, side 3*

Paracet og Ibux er lett tilgjengelige for spillerne og oppbevares på bakrommet:

*«Lett tilgjengelig Paracet og Ibux og noe annet. Det er jo noe som er lett tilgjengelig som også blir brukt litt.»*

*Intervju 3, side 2*

Det er stor etterspørsel etter smertestillende legemidler før kamper, men fysioterapeutene gjennomfører individuelle vurderinger før utlevering:

*«Jeg har vært ganske åpen om at jeg er imot å bruke mye smertelindrende før kamp, og det tror jeg kan ha en dobbelt effekt, jeg tror på noen så er det at den effekten er at de gjerne ikke bruker så mye smertelindring som de ellers ville gjort, mens på noen andre så er det sikkert den effekten.»*

*Intervju 1, side 2*

*«Da er det jo vanlig Paracet og Ibux som brukes primært sett. Det føles som det går litt i perioder. Dere ser jo ofte at det er en sammenheng mellom mange kamper og økt etterspørsel. Etter Paracet. Vi gir aldri ut ukritisk smertestillende til spillere.»*

*Intervju 6, side 1*

Informantene oppfatter det slik at det er forskjeller mellom gutter og jenter i legemiddelbruk, der jenter ofte har en høyere smertetoleranse og bruker mindre smertestillende:

*«Jeg opplever at det er smertestillende. Og der må jeg jo skryte av jentene. For jeg opplever at de har ganske høy smerte terskel. Så de bruker jo ikke så mye smertestillende. Sitter litt lenger inne. Men jeg opplever kanskje at det er gutter som kan sitte litt mer løst og tar Paracet. [...] Så da prøver vi helst å være litt sånn tilbakeholdende. Det skal vi helst ikke bruke. Og da kan vi heller være litt rundere kantene og kanskje bruke, som jeg sa, Voltaren da. Som er jo reseptbelagt, men da er det iallfall litt mer. Det kan du bruke korttids.»*

*Intervju 7, side 2*

Naproxen brukes i kvinnefotball i sammenheng med menstruasjonssyklusen for å lindre plager:

*«Men generelt smertestillende, jeg spør dem om det er hodepine, magevondt og liknende. Vi bruker jo Naproxen, noe som er inn med i kvinnefotballen, så det er jo vanlig for dem som har en naturlig menstruasjonssyklus.»*

*Intervju 4, side 1*

Voltaren, som er reseptbelagt, anbefales kun etter samråd med lege:

*«Kanskje Voltaren er kanskje den ene tingen som blir brukt som er reseptbelagt.»*

*Intervju 3, side 1*

Fysioterapeutene anerkjenner behovet for samarbeid med medisinsk personale for å sikre korrekt og ansvarlig bruk av legemidler:

*«Av og til hvor vi mistenker betennelse, så har vi tilgang på Voltaren. Men da bruker vi alltid å diskutere det i samråd med lege.»*

*Intervju 5, side 1*

### 5.1.2 Tilgjengelighet

Det uttrykkes at strukturert samarbeid med apoteket gir spillerne transparent og rettferdig tilgang til legemidler. Informant 2 sier at klubben har en avtale med apoteket som gjør det enkelt å håndtere legemidler uten spesialbehandling:

*«Ja, vi har en veldig fin ordning med et apotek her. Vi har en avtale, klubb... vi har ikke noe spesialbehandling, men det er sånn at vi stikker innom der og alle på lik linje med alle andre så har vi en konto som vi setter på og så sender den faktura knytter litt på.»*

*Intervju 2, side 3*

Spillerne selv henter reseptbelagte legemidler fra apoteket og må passe på å sjekke dopingliste i samarbeid med apoteket ifølge Informant 5:

*«Jeg har jo ikke noen kontakt i forhold til apoteket. Spillerne er jo henter hvis det er reseptbelagte midler, altså. [...] også vet de at de skal snakke med apoteket i forhold til å få hjelp for å få til hva som er på dopinglisten, og sånne ting.»*

*Intervju 5, side 3*

Informant 1 bemerker at spillerne er svært bevisste på konsekvensene av medisinbruk, noe som reduserer risikoen for deling av medisiner mellom dem:

*«Nei. De er veldig ... De hos oss er veldig ... De tenker mye konsekvenser. Så jeg tror de hadde vært litt redde for å gjøre det.»*

*Intervju 1, side 3*

Deling av medisiner blant spillere, ifølge fysioterapeuter, er sjeldent, og Informant 4 forklarer at medisiner fra en spiller til en annen kun kan skje i spesifikke tilfeller. Det er mest vanlig med NSAIDs som Voltaren, men bare hvis en spiller ikke har fullført sin kur:

*«Da er det kun hvis vi vet at det er noen som har, om vi har behov for NSAIDs ganske raskt, i form av Voltaren, og at vi vet at det er noen som har hatt en kur, men som ikke har fullført den kuren, om man kan kalle det sånn. Da kan vi be om å få flyttet over. Men bortsett fra det så opplever jeg at det er noe, nei, mye som skjedde.»*

*Intervju 4, side 3*

Flere informanter bekrefter at de ikke har sett deling av reseptbelagte legemidler blant spillerne, mens deling av reseptfrie legemidler som Paracet kan forekomme:

*«Nei, det føler jeg ikke. Ikke som jeg har fått med meg gjennom to år nå. Så det er noe ganske... Nei, ikke som jeg har fått med meg.»*

*Intervju 6, side 2*

*«Jeg har ikke fått inntrykk av at de deler medisiner. I hvert fall ikke medisiner som potensielt skal skrives ut av leger. En ting er at man har Paracet, og så vidt stort sett har jeg det. Men hvis ingen andre har det, så ... Jeg kan si at man deler medisiner, men det er reseptfritt.»*

*Intervju 7, side 3*

Informant 8 påpeker at selv om det ikke deles medisiner, er det en kultur for å dele erfaringer og kunnskap om behandlinger, noe som viser en klar distinksjon mellom deling av medisin og informasjonsutveksling:

*«Nei, de deler ikke medisin, for det får de jo her, fra legen. Men de deler erfaringer, de deler kunnskap, men de kommer og spør. Så det har jeg ikke noen erfaring fra.»*

*Intervju 8, side 3*

### 5.1.3 Holdninger om legemiddelkunnskap

Informantene indikerer at spillernes kunnskap om legemidler ofte er på nivå med den generelle befolkningen, uten høy kompetanse. Flere informanter bemerker at kunnskapen er god, men ikke særlig dyptgående:

*«Litt sånn så mye generell befolkning egentlig.»*

*Intervju 1, side 2*

*«Nei, den er ikke god. Den gjør jeg vel mer som normalbefolkningen, vil jeg si.»*

*Intervju 2, side 1*

Spillere legger mye av sin helse i hendene på medisinsk personale og har begrenset kunnskap om medisiner og ifølge fysioterapeuter. Informant 3 understreker behovet for opplæring, spesielt for de yngre utøverne:

*«Det er vel nesten i null. Jeg tror de legger hele helsa seg i hendene til oss som er medisinsk. Bare sier gjør det som er best for meg. Og så er det noen som har erfaring med medisiner fra andre klubber de kommer. Du har jo noe, men det er begrenset.»*

*Intervju 3, side 2*

Informant 4 påpeker at kunnskapen om legemidler varierer med alder, der yngre spillere ofte har mindre informasjon om hva de skal bruke:

*«Veldig variert. Det er jo selvfølgelig veldig alders avhengig. [...] Mens de yngre, de er jo veldig blank på det, egentlig. Så de vet ikke nødvendigvis hva de skal ta. [...] Men det som er litt interessant er at vi har jo hatt noen spillere fra USA. Og det var jo en av utøverne som nesten gikk på noe regelmessig, fordi det var bare vanlig praksis der. Så det har vært litt sånn paff. Så det var litt sånn kulturforskjell, da.»*

*Intervju 4, side 2*

Informant 6 nevner gjennomføringen av årlige nettkurs for å øke spillernes bevissthet om doping og legemiddelbruk, men understreker at kunnskapen fortsatt er begrenset:

*«Ganske dårlig. Ganske lite kunnskap om det. Vi gjennomfører jo årlige nettkursene gjennom Antidoping Norge for at spillere skal være opplyst. [...] Så vi ønsker at de skal være litt kritiske til hva de putter i seg. Både legemiddel og andre stoff som kan påvirke. I verste tilfelle får du en positiv dopingprøve. Så vi ønsker jo at de skal være opplyst, og vi legger opp til rette for at de skal lære om det når de har behov for det.»*

*Intervju 6, side 2*

Informant 7 diskuterer hvordan spillere er bevisste på holdninger fra trenere og medisinsk personale, og at disse kan påvirke deres egen oppfatning om medisinbruk:

*«Jeg opplever at kunnskapen er litt varierende. Som alt annet. Jeg opplever jo det at de er veldig bevisst om hvilke holdninger jeg eller vi har om [...] Jeg nevnte jo at jeg ble deres medisinsk ansvarlig. Så på samme måte som en trener eller ansvarsperson. Mine holdninger ville smitte opp på dem. Så vi er jo veldig bevisst på hvilke holdninger vi har. Knyttet til medisiner eller kosttilskudd og den biten der. [...] alle er jo ansvarlige for hva de selv putter inn i kroppen.»*

*Intervju 7, side 2*

Fysioterapeuter, som for eksempel Informant 1, uttrykker at de har begrenset legemiddelkunnskap og anbefaler spillere å diskutere medisinbruk med fastlegen:

*«Jeg kan jo veldig lite om legemidler, jeg har vel fem studiepoeng i farmakologi på fysio, det er jo ingenting, så jeg ber dem alltid om å ta medisinbruk med fastlegen sin. Så derfor så jeg tror heller ikke at de føler det er veldig naturlig å snakke i detaljer om sin medisinbruk. [...] «Men hvis det ikke handler om to Paracet og en Ibux, da føler jeg ikke jeg kan svare, fordi jeg vet ikke alle fellene som jeg går i. Så da sier jeg at det må en ta med fastlegen, eller det må en ta med en lege.»*

*Intervju 1, side 2*

Til tross for begrenset kunnskap opplever fysioterapeuter, som for eksempel Informant 5, at spillere henvender seg til dem med spørsmål om legemidler:

*«De kommer gjerne til, altså meg som nå er fysioterapeut og egentlig ikke kan så mye om det selv, kommer de gjerne til å spørre.»*

*Intervju 5, side 2*

Informant 3 gir innsikt i viktigheten av å følge riktige prosedyrer ved medisinadministrasjon og at dette ofte er regulert av legen:

*«Og da hentet jeg ut medisiner jeg skulle ha med meg i medisinveske fordi at legen ikke var med. Og da ble det litt oppstyr fordi at alt stod på meg. Og det var vel ikke sånn det skulle gjøres. Så da fikk vi en liten sånn lærepenge om at det kan laget hente ut, men legen må godkjenne det.»*

*Intervju 3, side 3*

#### 5.1.4 Trender og erfaringsdeling

Informant 1 bemerker at det har vært et betydelig overforbruk av legemidler, spesielt i idretter som har en kultur for omfattende bruk:

*«Historisk sett har det vært et overforbruk av mye legemidler. Det er fremdeles, i noen idretter, så er det veldig stor kultur for å benytte seg av mye legemidler.»*

*Intervju 1, side 1*

Informant 2 påpeker at klubben har god kontroll med legemiddelbruken, med en fornuftig tilnærming til både legemidler og kosttilskudd:

*«Nei, vi prøver å ha veldig god kontroll på legemiddelbruk. [...] Nei, så vi har et veldig edruelig og fornuftig forhold til både legemiddel og tilskudd. [...] Nei, jeg synes jo ikke man skal ha tillatt overforbruk av legemidler. [...] jeg mener jo helsepersonellet må sitte på tabletter, tilgang til tabletter som må basere seg på medisinske vurderinger i hvert enkelt tilfelle.»*

*Intervju 2, side 1 og 2*

Informant 3 bemerker at det nå er mer bevissthet blant helsepersonell om bruk av legemidler, som før var lite kritisk. Det har skjedd en reduksjon i bruken av legemidler etter at de begynte å informere spillerne mer om når det er hensiktsmessig å bruke dem:

*«Jeg tror det er to sider, som har blitt bedre de siste årene. Men jeg vet at det har veldig mye bruk. Fotballen er vel kanskje en av de stedene hvor det har vært brukt mye i forhold til både lett tilgjengelighet, som i forhold til garderobeklær eller tilgang til veska til legen i garderoben og litt sånn. Det har ikke vært noen kritisk vurdering i forhold til hvilke legemidler som har brukt egentlig. Det er jo smertestillende og betennelsesdempende som er de to største legemidlene som har blitt brukt veldig mye. Det har nok blitt bedre nå. Det er mer fokus på det. Det er mer forskning på det. Det er nok mer at man er som helsepersonell rundt også mer bevisst på hva man gjør og hva man ikke gjør. Så bedre har det nok blitt, men det er jo fortsatt en del brukt. [...] Det var mye når vi kom inn, men vi har prøvd å informere spillerne i forhold til bruk. Når det lønner seg å bruke, når det ikke lønner seg å bruke. Og at de bruker oss i stedet for å dele seg mellom. Så jeg synes jo faktisk i vårt team så er det redusert faktisk. I forhold til hva det var.»*

*Intervju 3, side 1 og 3*

Informant 4 observerer en endring fra utbredt bruk av NSAIDs til en mer restriktiv tilnærming, noe som viser en økt bevissthet om legemiddelbruk:

*«Det har jeg opplevd, egentlig, litt begge siden av det. I form av, i starten, da jeg startet å jobbe, så synes jeg det var veldig utbredt bruk av NSAIDs. Nå ser jeg meg litt mer restriktiv mot det. [...] Nei, jeg prøver å være ganske restriktiv. Nå er det jo jeg som styrer litt på det. Jeg synes ikke at spillerne er ute etter medikamentet heller. Jeg prøver alltid å finne naturlige måter på ting, og så er det kun hjelp ved behov. Og det med astma medisiner og sånt, de tar kun det som er sin dose, og så, ja. Ikke at det blir noe ekstra utover det, som jeg opplever.»*

*Intervju 4, side 1 og 3*

Informant 5 uttrykker at spillernes legemiddelkunnskap ikke er høyere enn i den generelle befolkningen, og at det er behov for opplæring:

*«Min erfaring er at det brukes ikke, jeg tror ikke det brukes noe mer enn den jevne befolkningen. Sånn i underpunktet. [...] Altså for å si det sånn, vi har Ibux og Paracet i medisinskrinene [...], men den delen av medisinskrinene er ikke tilgjengelig for dem.»*

*Intervju 5, side 1 og 3*

Informantene nevner viktigheten av samarbeid med leger ved foreskrivning av reseptbelagte legemidler:

*«Ingen bruker medisiner vi ikke har lov til å bruke, hvis man kan si det rett ut. Det er jo lege som har mest kontroll på det. Men jeg opplever det at det er relativt lavt...[...] Er det slutt av sesongen? Er det en viktig kamp? Hva slags type smerter er det? Men jeg opplever aldri noen slags legebruken.»*

*Intervju 7, side 1*

Beslutninger om medisinbruk ofte tas i fellesskap med medisinsk personale:

*«Da er reglene klare både i verden og i idretten, at da skal det være noe under resept. Skal det være legemidler, skal det være noe under resept, så er det en som har godt ansvar for det, og det er legen. Men vi har jo tette samarbeider, og legen er jo med oss hver dag inne på behandlingsrommet. Så da har vi gjerne en diskusjon i forhold til hva diagnoser og ting tilsier. Og så tar legen over, og hvis pasient og lege er enige, så kan legen foreskrive reseptbelagte midler, hvis det er nødvendig. Det praktiseres veldig bra fra min erfaring.»*

*Intervju 8, side 1*

## 5.2 Bruk av kosttilskudd

Kosttilskudd som vitamin D og tran er viktige for spillere, spesielt om vinteren, for å forebygge mangel. Kreatin er populært grunnet sin enkelhet og effekt, men individuell respons og produktkvalitet er viktig. Proteinpulver brukes gjerne i restitusjonsfaser, men alternative kilder foretrekkes ofte. Det er generell skepsis til PWO-produkter på grunn av mulige helsefarer og dopingrisiko, som har ført til redusert bruk. Fysioterapeuter anbefaler forsiktighet ved valg av kosttilskudd, med fokus på kvalitet og sikkerhet.

Fysioterapeuter fremhever viktigheten av informasjon og tillatelse ved bruk av kosttilskudd blant fotballspillere. Noen klubber holdes det av og til foredrag av en ernæringseksperter for å styrke spillernes forståelse av ernæring. Det er en bevissthet om nødvendigheten av å sjekke informasjon fra kilder som Antidoping Norge, samt å gjøre egenkontroll av produkter. Samtidig påpekes det at det er mye uvitenhet i fotball om kosttilskudd, der spillere ofte bruker dem uten å vurdere konsekvensene.

Det er avgjørende for spillere å kjøpe kosttilskudd fra norske kilder, spesielt apotek, for å sikre kvalitet og redusere helserisiko.

Fysioterapeuter vektlegger at fotballspillere bør ha et tilstrekkelig og balansert kosthold, med mat som prioritet fremfor kosttilskudd. Kosttilskudd kan være nyttige, men de bør ikke

betraktes som nødvendige. Det er viktig med kritisk vurdering av kosttilskudd, samt å sikre sikkerhet og søke rådgivning fra fagpersoner.

Tabell 6 viser en oversikt over de kodene som har vært med på å definere hovedtemaet, som er bruk av kosttilskudd, samt temaene som ligger under dette hovedområdet.

Tabell 6: Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Bruk av kosttilskudd»

Undertema	Koder
<i>Kosttilskudd som brukes</i>	D-vitamin Tran Kreatin Pre-workout Protein
<i>Informasjon og kunnskap</i>	Ekspert på besøk Tillatelse Lite kunnskap
<i>Tilgjengelighet</i>	Hvor det skal kjøpes
<i>Holdninger om kosttilskudd</i>	Mat og kosthold Meninger om kosttilskudd Forurensning

### 5.2.1 Kosttilskudd som brukes

Det er en enighet blant informantene om at det er fornuftig å bruke kosttilskudd med vitamin D, spesielt i vinterhalvåret i Norge. Kosttilskudd som vitamin D anses ikke som absolutt nødvendig, men svært praktisk, spesielt for idrettsutøvere som er lite eksponert for sollys:

*«Jeg anbefaler alle på laget å ta vitamin D eller tran. I alle måneder som har R i seg. Og følg egentlig bare statlige anbefalinger der. [...] Hvis jeg snakker om vitamin D til deg, for eksempel. Ja. Det er jo ikke noe en må ha, men det er ekstremt praktisk. Ja. Spesielt i vinterhalvåret i Norge. [...] Da er det ingen grunn til å ikke ta tran i det halvåret, når det er de nasjonale anbefalingene til deg.»*

*Intervju 1, side 4 og 6*

Det er erfaringsbasert støtte for å ta kosttilskudd som multivitaminer, vitamin D, og mineraler. I tillegg til vitamin D er det også en indikasjon på at bruk av omega-3 er vanlig blant spillerne. Noen informanter nevner at hvite og bleke personer, samt de som har mørkere hud, har høyere behov for D-vitamintilskudd, noe som antyder at individuelle forskjeller kan påvirke kosttilskuddsbehovet:

*«Erfaringsmessig så er det fornuftig med D-vitamintilskudd.»*

*Intervju 2, side 4*

Det er en vanlig praksis blant eldre spillere (over 18 år) å bruke kreatin som et kosttilskudd ifølge Informant 1. Informant 1 beskriver kreatin som enkelt å bruke og rimelig, med få negative bieffekter. Det er lett å finne rene produkter, noe som gjør det til en attraktiv tilleggsressurs for idrettsutøvere:

*«Men kreatin for eksempel. Det vil jeg ha brukt. Hvis jeg hadde vært en idretts spiller. For det er veldig simpel. Det er relativt rimelig. Så å si ingen negative bieffekter. Lett å finne veldig rene produkter.»*

*Intervju 1, side 5*

Flere informanter nevner også at spesielt spillere i off-season tar kreatin for å optimalisere treningen:

*«Jeg vet en del spillere som bruker kreatin. I hvert fall nå inn i off-season bruker de en periode der de trener godt. Og det har jeg fortsatt heller ikke noe imot. Under forutsetning av at vi har kontroll på hvor det kjøpes.»*

*Intervju 2, side 4*

Informanter nevner at bruk av proteinpulver er mer vanlig blant herrer enn damer, og at det ofte brukes i restitusjonsfaser for å støtte kroppens behov for proteiner etter trening:

*«Det er noen som bruker proteinpulver. Men særlig kanskje i en restitusjonsfase, hvor vi vet at kroppen trenger mer proteiner for å bygge seg opp igjen.»*

*Intervju 4, side 4*

*«Proteinpulver kan jeg se noen bruker etter kamper. Men aldri har jeg hørt noen bruker før nå. Det er mer vanlig at herresiden å bruke proteinpulver enn på dame siden.»*

*Intervju 7, side 5*

Informant 6 viser bevissthet om at det sannsynligvis finnes bedre metoder for å få i seg protein enn proteinshake, men det synes å være akseptert som et alternativ når det er vanskelig å få i seg nok protein på andre måter. Fortsatt så er det viktigst at produktet er testet og godkjent for bruk i Norge med tanke på kvalitet og sikkerhet:

*«Hvis det er at du kanskje får i det for lite protein, så tenker jeg at det er en måte å enklere få i seg det. [...] det finnes antageligvis mange bedre måter å få i seg noe protein på enn å ta en shake. [...] Så lenge det er et merke som er testet og godkjent. For å bruke i Norge.»*

*Intervju 6, side 4*

Det er en utbredt skepsis blant informantene til bruk av PWO-produkter. Flere mener at disse produktene ofte kun inneholder koffein og at de kan være dårlige og potensielt skadelige. Det er også en anbefaling fra Informant 1 om å velge mer tradisjonelle kilder til koffein, som kaffe eller energidrikker, fremfor PWO:

*«Jeg synes det er litt meningsløst egentlig. [...] Det er jo bare koffein helst. [...] Heller ta en kopp kaffe. Eller drikke en red bull om det er det.»*

*Intervju 1, side 5*

Det er en betydelig bekymring knyttet til muligheten for at PWO-produkter kan inneholde forurensende stoffer som kan føre til positive dopingprøver:

*«Hvis du bruker sånne ting, så kan det være sporet stoffer som er ulovlige, og du kan faktisk bli tatt for doping.»*

*Intervju 5, side 4*

Informantene advarer spillere om å være forsiktige:

*«Så der anbefaler vi spillere å være kjempeforsiktige, rett og slett. Fordi at det inneholder så mange ting som kan skjule noe som gir en positiv dopingprøve.»*

*Intervju 6, side 4*

## 5.2.2 Informasjon og kunnskap

Informant 5 nevner at de hadde en ernærings ekspert som holdt foredrag, og understreker viktigheten av ernæring for spillerne:

*«Da hadde vi inne faktisk en som hadde doktorgrad i ernæring som var inne og hadde et foredrag for oss, hvor hun kjørte det der ernæringspakket.»*

*Intervju 5, side 4*

Informantene nevner Antidoping Norge som en viktig kilde for informasjon om kosttilskudd for å sjekke produkter og ingredienser. Felleskatalogen og Olympiatoppen sine sider også ble nevnt. Informant 4 uttrykker bekymring for potensielle forurensninger i produkter, selv de som er produsert i Norge:

*«Også er vi jo alltid forsiktige med bruk av mye ekstra vitaminer eller alt av protein tilskudd og sånt. Ja, en ting er at det er produsert i Norge, men man vet aldri om det er noe forurensning i det da.»*

*Intervju 4, side 4*

Informant 6 understreker viktigheten av å kontrollere ingredienslister og velge tilskudd fra anerkjente, norske leverandører for å redusere risikoen for doping:

*«Du har vel ingen 100% sikre organer. [...] Og så ser vi alltid på ingredienslister i de forskjellige tilskuddene. Og så kjøper vi alltid fra norske leverandører.»*

*Intervju 6, side 4*

Informant 3 uttrykker at det er mye uvitenhet rundt bruk av kosttilskudd i fotball. Dette gjelder spesielt at spillere ofte bruker kosttilskudd uten å reflektere over konsekvensene:

*«Veldig mye uvitenhet. I hvert fall i fotball. [...] Det blir tatt over en lav sko uten å tenke noe som helst mer konsekvens i forhold til hva som er. Og fotball er jo veldig påvirket av sosiale medier. Så det er klart at de bruker jo det som de store spillerne anbefaler skal brukes. Ukritisk. Uten å tenke at det kan få konsekvens.»*

*Intervju 3, side 4*

### 5.2.3 Tilgjengelighet

Det anbefales å kjøpe kosttilskudd kun fra norske leverandører for å unngå potensielle helsefarer knyttet til produkter fra utlandet. Apotek nevnes som en trygg kilde for kosttilskudd. Det påpekes at produkter kjøpt på apotek er mer sannsynlig å være av høy kvalitet og uten forurensninger.

*«Kun norsk. Og at vi går gjennom alle merker før vi kjøper. Men det er ingenting fra utlandet.»*

*Intervju 1, side 6*

*«Vi hadde jo sagt norsk apotek om de skal. [...] vi kan jo i hvert fall i større grad stole på det som står på apotekets side. Enn hvis du kjøper på en fitness shoppe eller i Sverige da.»*

*Intervju 7, side 5 og 6*

Informantene advarer sterkt mot å kjøpe kosttilskudd på nettet, spesielt fra utenlandske kilder, da disse kan inneholde forbudte stoffer eller være kontaminert. Det er en generell enighet om at kosttilskudd må komme fra produsenter som kan dokumentere at produktene er dopingfrie og trygge for forbruk:

*«Ja, i hvert fall ikke på nettet, og ikke i utlandet. Det gjelder jo medisiner, så vidt jeg vet. Jeg har i hvert fall kjørt det på dem at ikke kjøp medisiner i utlandet, for det kan være forurenset.»*

*Intervju 5, side 4*

### 5.2.4 Holdninger om kosttilskudd

Informantene understreker viktigheten av at spillerne får i seg nok mat, selv om Informant 1 ikke alltid er like opptatt av sunnheten i maten i seg selv:

*«Vi har veldig mye fokus å spise nok. At de får i seg nok mat. Og det er det viktigste da. Akkurat hvor sunt de spiser er ikke jeg så opptatt av.»*

*Intervju 1, side 5*

Det er en generell preferanse for at spillerne skal dekke sine behov gjennom mat i stedet for kosttilskudd, selv om det noen ganger kan være utfordrende å få i seg tilstrekkelig med næring i toppidrett:

*«Men jeg tenker i noen tilfeller kanskje toppidretten i forhold til prestasjon er vanskelig å få i seg nok mat.»*

*Intervju 3, side 5*

Det legges vekt på at spillere bør kombinere godt kosthold med trening og restitusjon for å oppnå optimale resultater. Både kosthold og søvn er ansett som essensielle komponenter for god restitusjon. Informant 2 nevner at blodspeil tas på spillerne en til to ganger i året for å vurdere deres ernæringsstatus, noe som kan gi innsikt i kostholdet og behov for justeringer:

*«De skal for det første trene godt. De skal restituere godt. I det så ligger det at de skal spise godt og sove godt og hele pakka. Og så tar jo vi et blodspeil på spillerne en til to ganger i året for å se litt status.»*

*Intervju 2, side 4*

Informantene er enige om at kosttilskudd ikke er nødvendig for alle spillere, men kan være nyttige i spesifikke situasjoner, som når det er vanskelig å få nok næring gjennom vanlig kosthold. Det fremheves at kosttilskudd kan være nyttige i tillegg til et balansert kosthold, men aldri som erstatning for normale måltider. Det anbefales at spillere må være åpne for å bruke dem kun ved behov:

*«Jeg tror det at kosttilskudd kan være en ok ting å bruke. Hvis du er ok for å bruke penger på det. Men det skal aldri erstatte måltider eller annen næring. Du kan bruke det som et tilleggs supplement. [...] Eller gå på bekostning av det hverdagslige varierende kostholdet. Så hvis en spiller har lyst til å bruke et par hundre kroner i måneden. Og kjøper seg et pulver som du tar rett etter trening. Så lenge de likevel spiser rett etter trening. Eller spiser i den inn passelige tiden etter endt kamp eller trening. Så er det ok, tenker jeg. Men det skal aldri erstatte noe.»*

*Intervju 7, side 4*

Det er en bevissthet om risikoene knyttet til ukritisk bruk av kosttilskudd, inklusiv forurensning og dopingproblematikk:

*«De fleste er ganske redde for å bruke ting. Både på grunn av at det kan være skittent med noe de ikke skal ha. Fordi de blir jo jevnlig testet i dopingkontrollen. Så de er redde for at det ikke skal være rent.»*

*Intervju 1, side 4*

Informantene peker på at det har vært en utvikling over tid når det gjelder kunnskap om kosttilskudd i idrett, og at det er nødvendig å være oppdatert på forskningsbasert informasjon for å ta informerte valg:

*«Jeg synes det har skjedd veldig mye på, skal vi si, de siste 15 årene. [...] de er næringsproduktene som vi vet virker, og som er anbefalt av norsk idrett og produktene [...] kroppen endrer seg fra 15 til 30, og så videre [...] Så ser jeg jo at det kan være praktisk å gjøre det i tillegg til en god ernærings sammenheng, som er selve grunnen selvfølgelig. Så det er jo ingen som må, men i perioder i en karriere, så er det veldig lett å forstå at man også gjør det.»*

*Intervju 8, side 4 og 5*

### 5.3 Doping og antidoping

Det finnes en klar skepsis mot bruk av anabole androgene steroider i fotball, og vektleggingen ligger på sunne livsstilsvalg fremfor bruk av prestasjonsfremmende stoffer. Bruken av prestasjonsfremmende midler i fotball i stor grad er mindre synlig enn i andre idretter, dels på grunn av lavere testing, ulike prestasjonskrav, og en tendens til festrelatert bruk blant spillere.

Holdningene til doping og antidoping i fotball viser at doping er et tema med varierende fokus blant trenere, noe som påvirker utøvernes atferd. Det er høy tillit mellom spillere og helsepersonell, men det er behov for økt bevissthet om dopingregler blant spillerne, som kan oppnås gjennom aktiv egenkontroll. Antidoping Norge og WADA anses som de mest pålitelige kildene for informasjon. Spillerne bærer hovedansvaret for doping, mens helsepersonell er der for å informere og veilede, og trenere stoler på helsepersonellens vurderinger i dopingrelaterte saker.

Doping og antidoping i fotball støttes av Antidoping Norge, som gir viktig informasjon og utdanning til spillere og støttepersonell. Kurset "Ren Utøver" oppfattes som nyttig, med mulig behov for forbedringer. Det er en generell bevissthet om dopingproblematikken, og utøverne har et ansvar for å holde seg informerte for å unngå utilsiktet inntak av dopingmidler. Dette signaliserer et behov for økt informasjon og ressurser i antidopingarbeidet.

Festing og alkoholbruk blant fotballspillere er generelt moderate, spesielt i sesong, der det er en bevissthet om sunne valg og begrenset inntak. Informantene bemerker at festing har blitt redusert sammenlignet med tidligere, med lite festing i sesong på grunn av tette kampprogrammer. Selv om sosiale sammenkomster arrangeres utenom sesong, er det strenge regler for alkoholbruk, og mange spillere unngår alkohol for å prioritere helse og prestasjon.

Tabell 7 viser en oversikt over de kodene som har vært med på å definere hovedtemaet, som er doping og antidoping, samt temaene som ligger under dette hovedområdet.

Tabell 7: Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Doping og antidoping»

Undertema	Koder
<i>Bruk av prestasjonsfremmende midler</i>	Steroider Synlighet i fotball Andre idretter
<i>Holdninger i teamet fra fysioterapeuters perspektiv</i>	Trenere Tillit til støttepersonell Informasjon og tillatelse Ansvar
<i>Regelverket og opplæring</i>	Antidoping Norge Ren utøver Astma kalkulator Bevist mot ubevist doping
<i>Typer av rusmidler</i>	Alkohol Festing

### 5.3.1 Bruk av prestasjonsfremmende midler

Det fremheves at det er annerledes med bruk av anabole androgene steroider i fotball, sammenlignet med andre idretter. Spillerne er opptatt av å oppnå god restitusjon og helse ifølge fysioterapeuter, noe som inkluderer tilstrekkelig søvn. Bruken av steroider oppfattes som bakvendt ifølge Informant 1:

*«Spillerne på laget vårt er veldig opptatt av å få nok søvn [...] da blir det litt bakvendt at de skal begynne med noen steroider. Det er jo en bieffekt veldig verdt søvnevansker på grunn av angst.»*

*Intervju 1, side 8*

Informantene påpeker at bruk av prestasjonsfremmende midler ikke er like hensiktsmessig i fotball som i andre idretter, noe som gjør det mindre synlig. Informant 1 mener at det er lettere å se effekten av doping i individuelle idretter:

*«Hvis en bruker doping i fotball, så er det nok litt mer sånn som er litt vanskeligere å se, vil jeg tro. Så det er lettere å se på personer i andre idretter som har dopet seg, som for eksempel sprintere på 100 meter, der damene får mye mer maskuline strekker og sånne ting. Jeg tror det er mye mer synlig enn hvordan det blir gjort i fotballverdenen.»*

*Intervju 1, side 7*

Det argumenteres for at i fotball er det mange flere faktorer som spiller inn for prestasjoner, som teknikk og samarbeid, noe som reduserer motivasjonen for å ta tilknytning til doping:

*«Jeg tror det som er forskjellen med fotball kontra for eksempel friidrett, som er en veldig enkeltmanns idrett. [...] Det er jo et spill med 22 stykker på banen, så det er veldig vanskelig å utgjøre en forskjell. Og utholdenhet, muskulatur og den biten der, det er en ganske liten del av fotball sammenlignet med 100 sprinter. [...] I fotball skal det være så mye andre marginer du vil jakte. Før du hadde begynt med å gå til så drastiske tiltak som å bruke noen form for doping. Du vil jakte en mye større grad teknikk, bedre skudd, svinger av ball. Enn at du må tenke at du skal løpe enda litt raskere. Du vil løpe raskere med ball, ja. Men da må du ha god ballkontroll.»*

*Intervju 7, side 7 og 8*

Ifølge noen informanter antydes det at hvis det er doping i fotball, kan det gjerne være mer relatert til rusmidler enn til prestasjonsfremmende midler. Det er bekymring for at det er for lite testing av spillere i Norge:

*«Det er alt for lite testing i Norge. [...] Tre spillere i vårt lag er testet de to siste årene. Så det er alt for lite testing, og jeg tror at hadde du gjort mer testing så hadde de funnet en del, ja.»*

*Intervju 3, side 6*

*«Jeg tipper, hvis det er noe doping innen fotballen, så tror jeg det er mer, kanskje snakk om rusmidler eller lignende der, i stedet for prestasjonsfremmende midler.»*

*Intervju 4, side 6*

Informant 8 mener at det er overraskende få prestasjonsfremmende positive dopingprøver i fotball på verdensbasis:

*«Ser vi på antall positive prøver, så er det jo forsvunnet lite. Og de fleste som er, er jo stort sett party dopp. Og det er klart at party, det gjør jo også fotballspillere. Men det er jo sånn sett egentlig litt overraskende få prestasjonsfremmende positive dopingprøver i fotball world wide.»*

*Intervju 8, side 7*

### 5.3.2 Holdninger i teamet fra fysioterapeuters perspektiv

Flere informanter peker på at doping i stor grad ikke er en prioritet for trenere i deres daglige arbeid. De mener at doping ikke tar mye plass i hverdagen, og at trenere ofte overlater ansvaret for dopingforebygging til helsepersonell:

*«Jeg tror ikke de bruker så mye energi på det. De overlater det til andre.»*

*Intervju 2, side 6*

*«Også veldig lite. Altså, de vet om det. Om de bruker det? Nei, det tror jeg ikke. Jeg tror de bare skyver alt over til oss som er helsepersonell, faktisk.»*

*Intervju 3, side 6*

Informant 8 mener at trenerens holdninger kan ha betydelig påvirkning på utøverne. En positiv innstilling fra trenerens side kan bidra til å redusere risikoen for dopingbruk blant spillere:

*«Da er det klart at holdningen og dialogen som trener har mot sine utøvere helt avgjørende. Har de gode holdninger eller har de dårlige holdninger på alle steder av livet, så vil jo det kunne farge utøverne, og det er vel også doping, selvfølgelig. Men i norsk idrett mener jeg jo i svart-hvit at alle de trenere jeg har vært selv, om det er fotball eller andre, norsk idrett er jo ganske svart-hvit, egentlig. De hater doping.»*

*Intervju 8, side 6*

Det er et inntrykk at spillere stoler vanligvis på råd fra helsepersonell, om å sjekke om medikamentene er akseptable i forhold til antidopingregler, selv om noen kan søke informasjon selv. De oppfordres til å bli mer selvstendige i prosessen:

*«De stoler på råd fra støttepersonell, altså det er noen av de mest ressurssterke som vil sjekke det selv, men de fleste vil ikke, jeg tror de færreste har gått inn og sjekket av, fordi det har heller ikke vært noe særlig aktuelt.»*

*Intervju 1, side 6*

*«Det er ikke alle som er like flinke til å faktisk fange opp alt de skal gjøre, så da spør de jo også. Så viser vi dem også hvordan de sjekker [...] vi prøver å ta dem gjennom den prosessen der og gjøre dem så selvstendig som overhodet mulig, egentlig.»*

*Intervju 4, side 5*

Informant 6 mener at selv om helsepersonell oppfordrer spillerne til å tenke kritisk om hva de inntar, tyder informanten på at mange spillere velger en enkel tilnærming og stoler på helsepersonell fordi det har fungert så langt. Vedkommende mener at de er i motsetning til utøvere fra individuelle idretter som ofte er mer informerte.

*«De stoler nok mest på støttepersonell. Uansett hvor mye man ber dem om å tenke kritisk til hva de inntar så tror jeg de ofte tar en litt enkel løsning. [...] Ser du på andre individuelle idretter som langrenn og disse sportene så tipper du at du har utøvere som tar mye mer involvert valg.»*

*Intervju 6, side 5*

Flertallet av informantene refererer til Antidoping Norge som den primære kilden for informasjon om dopingreglementet og relaterte spørsmål. Flere informanter nevner også WADA som en viktig kilde:

*«Da bruker jeg legemiddelsøk via Antidoping Norge [...] Så hvis det er noen ting som er uklart så kontakter jeg Antidoping Norge for å være sikker.»*

*Intervju 6, side 5*

Informantene er enige om at spillerne har det primære ansvaret for hva de inntar og må ha kontroll over det de setter i kroppen. De må ta bevisste valg når det gjelder medikamenter og kosthold. Ifølge retningslinjene fra Antidoping Norge ligger ansvaret i stor grad hos utøveren:

*«Sånn som det står i retningslinjen, så er alltid spilleren sitt ansvar på å ha kontroll på hva man har i seg.»*

*Intervju 4, side 7*

Helsepersonell anser det som sitt ansvar å informere spillere om dopingregler og gi støtte når det gjelder valg knyttet til kosthold og medikamenter:

*«Mitt ansvar er å opplyse så godt som jeg kan holdningene til det. Som støttepersonell så må man være klar over hvor man kan finne informasjon for å hjelpe spilleren. Til syvende og sist er de ansvarlige. Men jeg mener at vi bør ha de rette kunnskapene og de rette verktøyene for å støtte dem.»*

*Intervju 6, side 7*

Informantene understreker behovet for å opplyse og veilede spillere, men at de ikke kan ta avgjørelser på vegne av dem:

*«Mitt ansvar er i større grad veilede. Men jeg kan ikke kontrollere alle spillerne så mye som jeg kanskje skulle ønsket.»*

*Intervju 7, side 8*

Informant 8 understreker viktigheten av samarbeid mellom spillere, trenere og helsepersonell, der alle har rolle i å skape et bevisst og informert miljø.

*«Samtidig så er vi jo lag, sterkere sammen, heter det jo i fotballforbundet.»*

*Intervju 8, side 7*

### 5.3.3 Regelverket og opplæring

Informantene fremhever at Antidoping Norge er en lett tilgjengelig kilde for informasjon om doping og medikamenter, noe som gjør det enkelt for spillere og støttepersonell å finne nødvendig informasjon:

*«Jeg synes at hvis en prøver å finne informasjon, så synes jeg det er ganske lett egentlig. Gjennom Antidoping Norge»*

*Intervju 1, side 10*

Antidoping Norge spiller en viktig rolle i utdanning av spillere og trenere ifølge informantene, med årlige foredrag og nettkurs:

*«Det siste, la oss si de siste ti årene, så har jo vi hatt årlig foredrag med Antidoping Norge, både for akademispilleren vår og A-laget vårt.»*

*Intervju 2, side 7*

Informant 6 forteller at hver sesong må spillerne gjennomføre et program via Antidoping Norge, som en del av klubbens ansvar:

*«Vi gjennomfører jo årlige nettkursene gjennom Antidoping Norge for at spillere skal være opplyst.»*

*Intervju 6, side 2*

Flere informanter understreker at kurset er en viktig måte å øke bevisstheten rundt doping og bruk av medikamenter, og at det bidrar til å holde utøvere informert om hva de inntar. Informant 3 anser kurset som en god dokumentasjonsmetode for både spillere og klubber.

*«Det er kjempeviktig. Vi har spillere av ulike nasjonalitet [...] Alle utøverne våre anbefales, eller vi har faktisk gjennom Norges fotballforbund, så er det et årlig krav at man går gjennom dem.»*

*Intervju 6, side 7*

Informant 8 ønsker at kurset kunne vært litt kortere, da de opplever at det kan bli for langt hvis det tas hvert år:

*«Den er kanskje litt lang. Og når vi skal ta det hvert år, så er det klart at den blir litt lang. Så da begynner jeg å tenke meg at man så på endringer i forhold til at når jeg tok det i fjor, så kunne det vært en kortversjon neste år. [...] Men for spillerne er det egentlig litt det samme der. Den er litt for lang. Men at hele tanken og opplysningssammenhengen er strålende.»*

*Intervju 8, side 8*

Flertallet av informantene har ikke hørt om astmakalkulatoren, noe som indikerer at den kanskje ikke er velkjent i fotballmiljøet. Én informant bekrefter kjennskap til kalkulatoren, men uten konkret erfaring med bruken:

*«Jeg har hørt om det, når du sier det. Jeg må si at jeg vel ikke har brukt det.»*

*Intervju 8, side 6*

Det er en oppfatning om at det kan forekomme en del ubevisst doping, særlig i amatør- eller lavere nivåer av fotball, hvor spillere kan ha lite bevissthet om hva de inntar i form av kosttilskudd eller andre stoffer:

*«Tror jeg jo det kan være en del ubevisst greier. Som ikke går på å nødvendigvis øke prestasjonshaven. Det går på at man har vært på en fest dagen før, eller... Fått i seg noen pulver.»*

*Intervju 2, side 6*

Det fremheves at holdninger til doping kan være bevisste, mens ubevisst doping ofte kan skyldes kunnskapsmangel:

*«Bevisst er jo gjerne holdninger, mens ubevisst er jo mer handlinger eller går på kunnskap kanskje da.»*

*Intervju 7, side 7*

Flere informanter som mener at bevisst doping anses som mer alvorlig, ettersom dette involverer kunnskap om potensielle konsekvenser, mens ubevisst doping kan være mer skremmende, da det ofte involverer unge spillere som kanskje ikke helt forstår farene. Samtidig så mener informant 6 at brudd på dopingreglene bør straffes, uavhengig av om det er bevisst eller ubevisst doping:

*«Som toppidrettsutøver så er det mye ordning til det at du skal være klar over både hva du utsetter kroppen din for i forhold til hvordan trening du gjør, men du skal også være minst like klar over hva du putter i kroppen, både av lovlige og ulovlige midler. Så jeg mener at brudd på dopingreglene skal straffes. Uansett om det er bevisst eller ubevisst.»*

*Intervju 6, side 6 og 7*

#### 5.3.4 Typer av rusmidler

Informant 6 mener at alkoholbruken blant fotballspillere er generelt moderat, spesielt i sesong, hvor mange begrenser inntaket for å ivareta prestasjonen og helsen. Det er en bevissthet blant spillere om å ta sunne valg:

*«Alkohol er det jo lite av, selvfølgelig, i sesong. Mens nå utenfor sesong, så er det nok noen som ønsker å ta seg en fest.»*

*Intervju 6, side 8*

Informant 1 forteller at tidligere julebord og fester var preget av mye alkohol, men dagens spillere, spesielt i toppserien for kvinner, drikker betydelig mindre og er mer tilbakeholdne:

*«Da hadde det vært helt koko. Fordi det var masse alkohol. Mens med denne gjengen her [...] Da er det ekstremt moderat.»*

*Intervju 1, side 9*

Ifølge Informant 7 er alkohol sosialt akseptert blant spillerne, men bruken reguleres i samsvar med deres ansvar som idrettsutøvere:

*«Jeg har ikke fått inntrykk av at folk bruker noe annet eller tar noe annet enn å ta av alkohol inntak. Som heldigvis er sosialt akseptert og samfunnsakseptert. Blant våre spillere.»*

*Intervju 7, side 7*

Mange informanter mener det skjer lite festing blant spillere nå sammenlignet med tidligere, der det var mer vanlig å delta i sosiale arrangementer med høyt alkoholinntak. Festing er spesielt begrenset i konkurransesesongen på grunn av tette kampprogrammer:

*«Men mitt inntrykk nå, kontra når jeg startet, er at det er veldig lite festing blant de spillerne som jeg forholder meg til. Tidligere så var det mer når jeg startet.»*

*Intervju 1, side 9*

*«Jeg synes det er ti, femten, tjue år tilbake, så synes jeg at fotballspillere er betydelig mindre i sosiale arrangementer [...] og bruker mindre rusmidler enn før. Eller drikker mindre. [...] Det var mer festing i gamle dager, enn det er nå, er mitt inntrykk.»*

*Intervju 2, side 8*

Det nevnes at det arrangeres noen få sosiale tilstelninger utenom sesong, men med strenge regler om alkoholbruk, spesielt for yngre spillere:

*«Vi er veldig tydelige på at ingen i vårt lag som er under 18 som får lov til å drikke. Så vet vi aldri hva som skjer utenfor. [...] Så er det desembermåneden, hva folk gjør da når de har spilt fotball til november.»*

*Intervju 7, side 12*

Det er en oppfatning av at det er rom for alkohol under sosiale settinger, da dette kan fremme samhold, men mange spillere velger å drikke mindre eller ikke i det hele tatt:

«Idretten jobber best når vanlige folk har fri og ferie. Det er i ferier, det er i helger. Det er der idretten har sine største faser, og det er stort sett konkurransene. Så det går ikke. Men det er klart at det også er rom for, og veldig viktig, at også idrettsutøvere gjerne sammen med teamene sine har sine sosiale settinger. At det da også er rom for å drikke litt alkohol. [...] samtidig så er det kanskje prosentvis mange flere idrettsutøvere som sier nei til alkohol. Ikke nødvendigvis på grunn av at de ikke vil nyte, men blir opptatt av helse- og idrettsprestasjonen.»

Intervju 8, side 9

## 5.4 Forhold mellom støtteapparatet og spillere

Resultatene viser at forholdet mellom støtteapparatet og fotballspillere varierer med alder; Fysioterapeuter mener at eldre spillere har mer tillit og er mer selvstendige i sine medisinske beslutninger, mens yngre spillere trenger mer tid og veiledning for å bygge tillit. Tillit er en gradvis prosess, og relasjonen mellom fysioterapeuter og spillere er viktig for god kommunikasjon om helsemessige spørsmål. Effektiv kommunikasjon avhenger også av tilgjengelighet til medisinske ressurser, samarbeid med leger, samt en kultur for åpenhet om helse og medisiner.

Tabell 8 viser en oversikt over de kodene som har vært med på å definere hovedtemaet, som er forhold mellom støtteapparatet og spillere, samt temaene som ligger under dette hovedområdet.

Tabell 8: Skjematisk oversikt over hovedtema og koder «Forhold mellom støtteapparatet og spillere»

Undertema	Koder
<i>Forskjell i alder</i>	Eldre spillere Yngre spillere
<i>Kommunikasjon i teamet</i>	Tillit mellom fysioterapeuter og spillere Andre helsepersonell i teamet

### 5.4.1 Forskjell i alder

Informant 1 beskriver at de eldre spillerne som har vært i klubben lengre har en god relasjon til støttepersonell, og det er lettere å få tillit fra dem. Det oppleves at eldre spillere er mer åpne for å be om hjelp når de trenger det:

*«Der er jeg trygt på at når de trenger noe, da kommer de og spør og de forteller alt. De har veldig mye tillit til at jeg er der for å hjelpe dem, og ikke for å hindre dem noe. [...] Og litt lettere å få til med de eldre spillerne.»*

*Intervju 1, side 1*

Informantene mener at de mer erfarne spillerne tar ofte beslutninger uten å konsultere støttepersonell, mens det er en tendens blant de yngre spillerne å søke råd fra støttepersonell:

*«Vi føler at den mer voksne delen av troppen tar sånne valg mye mer uten å rådføre seg med oss. Og det tenker jeg også er helt greit. [...] Det er jo ofte de litt yngre spillere som søker gjerne råd fra oss, og det er kjempe greit sånn sett også.»*

*Intervju 6, side 2*

Ifølge Informant 1 og 4 er det mer utfordrende å bygge tillit blant de yngre spillerne:

*«Mens de yngre, de er jo veldig blank på det, egentlig. Så de vet ikke nødvendigvis hva de skal ta. Vi må jo lære dem opp.»*

*Intervju 4, side 2*

*«Men de yngre spillere som jeg har, der sliter jeg mer [...] nesten bare mann på gata som har lyst å mene noe om hvordan de skal gjøre det. Så det blir litt mer komplisert forhold, fordi de har så mange aktører som har lyst å hjelpe dem. Men det blir nesten rotete for dem. Så det er litt vanskeligere. Det har tatt litt lenger tid før jeg kommer til å få den fulle tilliten.»*

*Intervju 1, side 1*

#### 5.4.2 Kommunikasjon i teamet

Flere fysioterapeuter ønsker at spillerne skal være åpne om både idrettsrelaterte og ikke-idrettsrelaterte problemer, slik at de kan gi best mulig støtte:

*«Når det er medisinske problemstillinger, så kommer de til oss. Da bruker vi vårt apparat selv. Veldig sjelden de går til sin egen fastlege, er mitt inntrykk. Og det er jo noe vi ønsker. [...] for til syvende og sist så er jo vi opptatt av at hver enkelt skal prestere best mulig og da må vi ha oversikt.»*

*Intervju 2, side 2 og 3*

Det arbeides aktivt for å holde oversikt over spillernes helse, og det forventes at spillerne kommer til dem med spørsmål om medisiner og kosttilskudd:

*«Jeg tror de legger hele helsa seg i hendene til oss som er medisinsk. Bare sier gjør det som er best for meg.»*

*Intervju 3, side 2*

Det er strenge regler om taushetsplikt blant helsepersonell, noe som er viktig for å bygge tillit. Det understrekes at spillerne må føle seg trygge på at de kan dele informasjon:

*«Men den ekte tilliten, den kommer ikke før etter lang tid. [...] de må få gjentatte situasjoner der du bygger en følelse av at de kan stole på deg over tid.»*

*Intervju 1, side 1*

Det arbeides aktivt for å holde oversikt over spillernes helse, og det forventes at spillerne kommer til dem med spørsmål om medisiner og kosttilskudd:

*«Som helsepersonell så jobber vi med 100% taushetsplikt, så den tilliten må man bare jobbe for å få.»*

*Intervju 3, side 1*

Informantene bemerker at noen team har lett tilgang til leger, som ortopedier og allmennleger, mens andre ikke har en klubblege til stede, noe som gjør kommunikasjonen om medisiner og behandling mer utfordrende. Der hvor det finnes en klubblege, er det viktig for helsepersonell å samarbeide med legene:

*«Er det allmenmedisinske problemstillinger, så bruker vi allmennlege.»*

*Intervju 2, side 1*

*«Vi har heller ikke lege. Hvis vi hadde hatt klubblege [...] da hadde det vært naturlig at oss som helsepersonell hadde diskutert det.»*

*Intervju 1, side 4*

Flere informanter understreker viktigheten av at spillere tar medisinbruk opp med sine fastleger, spesielt når det gjelder reseptbelagte legemidler, da de ikke alltid har den nødvendige medisinske kunnskapen:

*«De har fastlege, ja. Hvis det er noen, hvis det er reseptbelagte greier, så har de fastlege.»*

*Intervju 5, side 3*

Det er enighet om at legene har det overordnede ansvaret for medisiner, og helsepersonell bør ikke blande seg inn i medisinske avgjørelser uten konsultasjon.

*«Jeg skal ikke alltid blande meg om hva virkelig er ... Hvorfor stiller du for det ulike midlet, hvis du prater med en lege? [...] For de jenter kan jo gå på alt av ulike medisiner. Også knyttet til enten det er prevensjon, for eksempel, og den biten der. Og jeg som mann, det er kanskje ikke det letteste å prate med heller.»*

*Intervju 7, side 4*

## 6 Diskusjon

### 6.1 Hovedfunn fra studien

I denne masteroppgaven har fysioterapeuters erfaringer og holdninger blitt grundig undersøkt gjennom kvalitative intervjuer med flere fysioterapeuter som jobber med fotballspillere. Resultatene avdekket hva fysioterapeutene beskriver å ha erfart når det gjelder typer legemidler som benyttes, samt holdninger og praksis rundt legemiddelbruk. Denne diskusjonen vil fokusere på de viktigste funnene, deriblant bevisstheten om ansvarlig bruk av legemidler, kommunikasjonsmekanismer mellom helsepersonell og spillere, og kunnskapsnivået om legemidler blant spillerne.

De legemiddelrelaterte funnene peker, i følge fysioterapeuter, på en forbedring i hvordan legemidler brukes i fotballmiljøet, med ansvarlig praksis og økt bevissthet både blant spillere og helsepersonell. Likevel er det essensielt å fortsette arbeidet med å heve kunnskapsnivået om legemidler, spesielt blant yngre utøvere. Samarbeidet med leger og apotek må styrkes for å videreføre den utviklingen i legemiddelbruk i fotball. Dette vil ikke bare påvirke spillernes helse, men også fremme en kultur for ansvarlig medisinbruk i idrettsverdenen generelt.

### 6.2 Diskusjon av resultater

#### 6.2.1 Bruk av legemidler

De fysioterapeutene som ble intervjuet i denne studien har ikke utdypet mye om bruken av astmamedisiner blant spillere. Imidlertid er det nevnt at spillerne ikke benytter mer enn det som anses som terapeutisk dose. Det er velkjent at astmamedisiner kan bli misbrukt blant idrettsutøvere for å forbedre eksplosiviteten, men fotball nevnes sjeldent i denne sammenhengen, sammenliknet med individuelle idretter som for eksempel ski (77).

En fysioterapeut nevner melatonin som en eneste sovemedisin vedkommende forteller om å ha vært bort i at spillerne bruker, og det er i forbindelse med jetlag. Melatonin omtales imidlertid sporadisk, noe som kan tyde på at spillere har liten erfaring med den, i motsetning til de mer vanlig brukte smertestillende. Melatonin er et hormon som kroppen produserer som respons på mørket. Selv om melatoninforbruk generelt regnes som sikkert, bør man være forsiktig, som med mange kosttilskudd. Dette gjelder både mulige interaksjoner med andre legemidler og den potensielle tilstedeværelsen av forbudte stoffer (78).

Smertestillende og betennelsesdempende legemidler er blant de mest brukte i fotball, som i de fleste idretter (79). De mest omtalte legemidlene innenfor disse gruppene er Paracet,

Ibuprofen, Voltaren og Naproxen. I 2020 bestemte DMP (tidligere SLV) at Voltaren tablettar skal vere reseptpliktige. Hovedårsaken til dette er at legemiddelet kan øke risikoen for hjerte- og karsykdommer (80). Informantene utaler seg om hvordan denne påstanden har påvirket jobben dere i forhold til ønsker om medikamenter for smerte, som fremhever viktigheten av konsultasjon med annet helsepersonell i teamet, særleg leger, når det gjelder behovet for Voltaren.

Bruken av disse medikamentene er kontrollert, med en bevissthet om ansvarlig bruk; informantene rapporterer om individuell vurdering før smertestillende legemidler utleveres. Dette er et viktig tegn, da det indikerer at det er et bevisst forhold til legemiddelbruk, noe som er viktig for å forebygge misbruk og avhengighet. Ifølge tidligere studie om bruk av legemidler blant yngre mannlige fotballutøvere har det vist seg at utøverne viste stor tillit til råd og veiledning fra støttepersonellet, som omfattet fysioterapeuter og leger. Støttepersonellet ble ansett som sentrale informasjonskilder, og utøverne hadde ofte en blind tillit til deres anbefalinger (52). I denne sammenheng kan det diskuteres om i hvilken grad en ansvarlig vurdering fra støttepersonell vil bli overført til spillerne, slik at de aktivt følger både råd om og bruken av legemidler.

Tilgjengeligheten av legemidler ble beskrevet av informantene som godt regulert, med strukturert samarbeid mellom klubben og apoteket. Dette kan medvirke til at spillerne har enklare tilgang til lovlige legemidler og sørger for at de har større bevissthet om konsekvensene av legemiddelbruk. Fysioterapeutene opplyste om de medisinske risikoene ved overforbruk, noe som de oppfattet å ha en viktig innvirkning på spillernes atferd, og dette bidrar til en sunn kultur rundt medisinbruk i fotballmiljøet.

Det interessante er hvordan deling av medisiner blant spillere er relativt sjeldent, ifølge fysioterapeutene. Informantene rapporterer at spillere i stor grad fokuserer mer på deling av erfaringer og tips fremfor medikamenter. Denne kulturen rundt sjelden deling av medisiner er i motsetning fra et funn fra en studie i 2024 der yngre kvinnelige fotballspillere forteller om erfaringen at fotballspillere med astma deler astmamedisiner med andre spillere før treninger eller kamper. Denne delingen viser en manglende bevissthet om legemiddelbruk i idrett og en liten respekt for andre sine reseptbelagte legemidler (56). På den andre siden funnene fra denne masteroppgaven kan tyde på en bevisst avstand til den uformelle delingen av medisiner. Muligens på grunn av kunnskap om potensielle risikoer, noe som er en positiv indikasjon på et ansvarlig helsearbeid innen laget, eller fordi funnen i denne studien baseres på svar som kommer fra helsepersonell i teamet, og at fysioterapeutene ønsker at lagene fremsto som mer profesjonelle i hvordan legemidler blir brukt enn de reelt er.

Kunnskapsnivået om legemidler blant spillerne er ifølge informantene utilstrekkelig, det er på samme nivå som i den generelle befolkningen. Det påpekes at yngre spillere ofte har mindre informasjon om legemidler, og at det eksisterer et behov for bedre opplæring. Dette er en bekymring, ettersom økt kunnskap kan føre til mer informerte valg og dermed bedre helseutfall for utøverne. Økt kunnskap om legemiddelbruk i forskjellige idretter er svært viktig for idrettsutøvere, medisinsk støttepersonell og antidopingorganisasjoner, som jobber med å informere utøverne om riktig bruk av legemidler (81).

Fysioterapeutenes begrensede kunnskap om legemidler tyder på at det er behov for kontinuerlig utdanning og samarbeid med leger. Til tross for at fysioterapeuter har en sentral rolle i spillernes helse og velvære, er deres kompetanse sammenlignet med leger begrenset, noe som kan skape usikkerhet. Dette kan også bety at spillernes avhengighet av fysioterapeuten for legemiddelinformasjon kan være problematisk, ettersom det ikke alltid er oppdatert. Dermed er det mange gode grunner for enda bedre samarbeid mellom spillere og helsepersonell i temaet.

Informantene beskrev å ha observert en trend mot mer ansvarlig legemiddelbruk, sammenlignet med tidligere tider da det kunne være et overforbruk av legemidler. Dette skifte kan relateres til økt bevissthet og bedre informasjon fra medisinske fagpersoner. At det nå er større fokus på hva som er hensiktsmessig og når legemidler bør brukes, reflekterer en mer moden tilnærming til helse.

## 6.2.2 Bruk av kosttilskudd

Resultatene fra intervjuene viser en generelt positiv holdning til kosttilskudd blant informantene, særlig med hensyn til vitamin D, som er ansett som praktisk og nyttig for fotballspillere, spesielt i det lysfattige vinterhalvåret i Norge. Forskning har dokumentert den viktige rollen vitamin D har i menneskekroppen, og nyere studier fremhever også dette vitaminets betydning for idrettsutøvere, som innflytelse på beinbalanse, muskelmotstand og atletisk ytelse ([82](#)).

Med enighet om nytten av vitamin D, multivitaminer og mineraler, peker informantene på individuelle forskjeller i behov, hvor farge på hud kan påvirke behovet for D-vitamintilskudd. Dette tilsier at kosttilskudd må tilpasses den enkelte utøver, og det reflekterer en forståelse for helsemessige variabler innen idrettsutøvere. Manglende kunnskap og bevissthet om betydningen av vitamin D for helsen, samt muligens treningseffektivitet, kombinert med utilstrekkelig informasjon om kostholdskilder til vitamin D, kan bidra til den høye forekomsten av mangel blant idrettsutøvere ([83](#)).

Som en del av treningsregimet er også kreatin i off-season vitner om en bevissthet rundt optimalisering av prestasjon. Informanter beskriver kreatin som rimelig og praktisk, med lave risikomomenter, noe som gjør det til en attraktiv løsning for spillere som ønsker å forbedre prestasjonen. Dette stemmer overens med tidligere forskning som har pekt på kreatins effektivitet i forbindelse med muskelstyrke og prestasjon ([84](#)).

Det ble observert kjønnsforskjeller i bruken av kosttilskudd, med proteinpulver oftere brukt av herrer enn damer, typisk i restitusjonsfasen. Denne observasjonen kan tyde på en kulturell og sosial dynamikk der menn kanskje føler større press for å bruke slike produkter for fysisk prestasjon. Menn har generelt en høyere basalmetabolisme og større muskelmasse enn kvinner, noe som kan resultere i et økt behov for prestasjonsfremmende kosttilskudd som proteinpulver og kreatin for å støtte muskelvekst og restitusjon. På den andre siden kan ernæringsbehovene variere mellom kjønn, der kvinner ofte har behov for høyere inntak av

mikronæringsstoffer som jern og kalsium på grunn av hensyn til reproduktiv helse, noe som kan påvirke deres valg av kosttilskudd (85). Resultatene fra en studie i 2021 konkluderer at mannlige idrettsutøvere hadde en litt høyere forekomst av bruk av kosttilskudd enn sine kvinnelige kollegaer, spesielt når det gjelder proteintilskudd, og at de var mer involvert i selvforkrivning av kosttilskudd (86).

Fotballspillere trenger både god aerob og anaerob energiproduksjon for å kunne utføre gjentatte høyintensive aksjoner, med tilstrekkelige restitusjonsperioder imellom. Dette stiller krav til spillere som er raske, dyktige og har en kroppssammensetning med et høyt forhold mellom muskelmasse og fettmasse (87).

Bevisstheten om næringsinntak ser ut til å være til stede, men det er viktig å fremheve at det fortsatt mangler kunnskap, spesielt når det gjelder alternative måter å dekke proteinbehov på.

Informantene uttrykker en betydelig skepsis til PWO-produkter, med bekymringer om potensiell forurensning og innholdet av unødvendige stimulanter. Denne skeptiske holdningen kan antyde at fysioterapeutene mener at spillerne er bevisste på hvordan produkter kan påvirke helse og prestasjon, samt faren for doping. Bevissthet om risikoer relatert til doping er essensiell, og som informantene bemerker, må spillere være forsiktige med hva de inntar. Resultatene fra en studie i 2021 viser at bruken av protein og kosttilskudd før trening er ganske utbredt blant ungdomsidrettsutøvere. Med riktig veiledning og kontroll er ikke kosttilskudd nødvendigvis farlige, men når de brukes i kombinasjon med begrenset kunnskap om idrett og utilstrekkelig regulering fra industrien, kan det føre til negative virkninger (88).

Behovet for økt kunnskap omkring kosttilskudd og deres implikasjoner er tydelig i informantenes svar. Flere informanter fremhever viktigheten av faglig informasjon fra ernæringseksperter og anerkjente kilder som Antidoping Norge. Den nevnte bekymringen for forurensning av kosttilskudd illustrerer hva informantene ser som en mangel på informasjon, noe som korrelerer med bekymring for dopingkontroller.

### 6.2.3 Doping og antidoping

Resultatene indikerer at bruk av prestasjonsfremmende midler, særlig anabole steroider, blir av informantene ansett som lite relevant innen fotball sammenlignet med andre idretter. Informantene påpeker at spillere er mer opptatt av restitusjon og helse, inkludert tilstrekkelig søvn. Forskere har i flere tiår stilt spørsmål ved de anabole effektene av testosteron og dets derivater hos friske menn. Det er flere studier som konkluderer med at anabole steroider ikke øker muskelstørrelse eller styrke hos personer med normal gonadalfunksjon, og de har avleid positive resultater som påvirket av utøvernes forventninger, dårlig eksperimentdesign eller utilstrekkelig dataanalyse (89).

Flertallet av studiene viser at deltakelse i lagidrett har en positiv innvirkning på ulike atferdsmessige og psykologiske helseutfall. Deltakelse i lagidrett er knyttet til mindre fysisk vold, bedre muskel- og skjeletthelse, samt redusert bruk av anabole steroider sammenlignet med individuelle idrett. Flere faktorer kan bidra til denne positive effekten, inkludert etablering av sterke sosiale nettverk som gir struktur og støtte. Regelmessig trening fremmer også motstandskraft og arbeidsmoral. Deltakelse i lagidrett er assosiert med forbedret sosial og psykologisk helse, uavhengig av type lagidrett, alder eller fysiske/psykiske helseutfordringer (90).

Steroidbruk forbinder informantene med negative bivirkninger, som søvnvansker og angst, noe som strider mot den generelle tankegangen om å ivareta helsen. Ikke-foreskrevne anabole steroider (AAS) har blitt brukt av profesjonelle eliteidrettsutøvere for å forbedre prestasjonen siden 1950-tallet (91). I dag er bruken av AAS også økende blant treningsentusiaster som ønsker å forbedre kroppsbildet, lettere bygge muskler og øke følelsen av velvære. Imidlertid er AAS-bruk assosiert med flere bivirkninger som for eksempel tretthet, søvnforstyrrelser, depresjon, aggresjon og økt impulsivitet (92).

Fokuset på tekniske ferdigheter og samarbeidsstrategier fremhever at doping ikke er en løsning for å forbedre prestasjonene i en lagidrett som fotball, hvor mange variabler påvirker utfallet av kampen. Dette reflekterer en forståelse av at fotball er mer enn ren fysisk prestasjon; teknikk og lagspill er avgjørende faktorer.

Det er også bekymringer om manglende testing av spillere i Norge. Informantene påpeker at få spillere har blitt testet, noe som kan bidra til en illusjon om at dopingproblematikken er mindre utbredt enn den faktisk er. Dette kan skape en kultur der doping kan forekomme mer ubevisst, der spillere ikke er klar over hva de inntar. Nøkkelen til å takle utfordringen med utilsiktet doping blant idrettsutøvere ligger i forebygging. Farmasøyter, som er helsepersonell med spesialkompetanse innen legemiddelbruk, kan ha en viktig rolle i kampen mot doping i idretten. Idrettsutøvere kan henvende seg til sitt lokale apotek som kunder eller pasienter for å kjøpe legemidler eller kosttilskudd (93).

Dopingtesting praksis har vært gjenstand for kritikk, spesielt på grunn av den lave andelen positive prøver sammenlignet med den antatte reelle forekomsten av doping blant idrettsutøvere. Dette har ført til spørsmål om effektiviteten av dopingkontrollene, med forslag om at nåværende metoder er utilstrekkelige for å avdekke doping. Det har også blitt hevdet at antidopingmyndigheter fokuserer mer på antall innsamlede prøver enn på å avdekke dopingbruk. Ifølge avskrekkingsteorien vil hyppigere dopingtesting og flere innsamlede prøver føre til større sannsynlighet for straff, noe som igjen vil fungere avskrekkende på dopingbruk. Effekten vil imidlertid trolig avta etter et visst punkt, der ytterligere testing ikke nødvendigvis vil gi en økt avskrekkende effekt. Det mistenkes at det ikke er overraskende at idrettsutøvere som blir utsatt for regelmessig tilfeldig dopingtesting opplever risikoen for å bli tatt så høy at de avstår fra å bruke forbudte stoffer (94).

Resultatene viser at doping, ifølge fysioterapeutene, ikke prioriteres høyt på treneres agenda, og de overlater i stor grad ansvaret for dopingforebygging til støttepersonell. Trenerens holdninger og verdier ser ut til å ha betydelig innflytelse på spillernes oppfatninger

om doping ifølge fysioterapeutene. Informantene understreker at en sunn holdning mot antidoping arbeidet fra trenere kan redusere risikoen for dopingbruk blant spillere. Dette understreker behovet for å utvikle en kultur som er sterkt imot doping i idretten, for å sørge for at spillere tar riktige valg.

Fysioterapeutene mener at trenere har stor innflytelse på unge idrettsutøvere, da utøverne ser dem som troverdige kilder til informasjon. En studie fra 2020 indikerer at sårbare idrettsutøvere kan bli fristet til å bruke prestasjonsfremmende midler (PEDs) dersom grasrottreneren deres oppmuntrer til det, fordi de stoler på treneren og frykter å si nei. To mulige forklaringer er at trenere ofte ikke er forpliktet til å forebygge doping på grunn av manglende interesse, eller at de kan ha utilstrekkelig kunnskap om doping ([95](#)).

Det er også en klar indikasjon på at informantene mener at spillere i stor grad stoler på råd fra helsepersonell, men det ble påpekt at mange spillere ofte tar en enklere tilnærming ved å stole på andres vurderinger i stedet for å bli mer kritiske til det de inntar. Hyppige interaksjoner mellom spillere og helsepersonell er avgjørende for å øke bevisstheten om dopingregler og trygg legemiddelbruk, med forutsetning at helsepersonell har tilfredsstillende kunnskap om dopingregler.

Informantene beskriver Antidoping Norges rolle som en viktig kilde til informasjon om doping og medikamenter, og at opplæring er et sentralt aspekt i dopingforebygging. Årlige foredrag og nettkurs bidrar til å øke bevisstheten rundt doping og medikamentbruk blant både spillere og støttepersonell. Det er imidlertid indikasjoner på at det er lite kjennskap til verktøy som astmakalkulatoren, noe som tyder på potensielle hull i informasjon og opplæring.

Idrettsutøvere har tidligere vist betydelige svakheter i kunnskapen når det gjelder doping og antidopingpolitikk. Ifølge en studie har enkelte idrettsutøvere feilaktig ansett koffein som et forbudt stoff, og det har blitt identifisert at mange ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke stoffer som faktisk er forbudte. Gitt den høye forekomsten av dopingmisbruk, innflytelsen av psykososiale faktorer og mangelen på kunnskap, er det åpenbart at antidopingutdanning er nødvendig ([96](#)).

Flertallet av informantene mener at ubevisst doping, ofte forårsaket av mangel på kunnskap, er et problem i amatør fotball. Bevisst doping anses som mer alvorlig, men konsekvensene av ubevisste handlinger kan være like skadelige for både spillere og sporten som helhet.

Når det gjelder alkoholkonsum blant fotballspillere, forteller informantene at det generelt er moderat, spesielt i sesongen. Det er en bevissthet om å ta sunne valg, og festing anses ikke lenger som vanlig praksis som det var tidligere. Spillerne er klar over de helsemessige konsekvensene av alkohol og velger ofte å begrense inntaket for å opprettholde prestasjonen, ifølge informantene. Studien fra 2021 viser at alkoholforbruk påvirker skjelettmuskulaturens helse negativt gjennom ulike mekanismer, som samlet sett kan bidra til redusert idrettsprestasjoner ([97](#)). Det er tydelig at det er en endring i holdninger til alkoholbruk sammenlignet med tidligere år, noe som kan reflektere en kultur som fremmer helsebevissthet blant yngre spillere.

Tidligere undersøkelser viser en betydelig nedgang i alkoholforbruket blant unge mennesker i europeiske land, Australia og Nord-Amerika. Det er mindre gruppepress for å drikke, og flere alternative aktiviteter er tilgjengelige. Resultatene fra en artikkel fra 2019 antyder at unge mennesker nå blir mer individualiserte, ansvarlige, reflekterte og voksenlignende sammenlignet med tidligere generasjoner (98).

#### 6.2.4 Forhold mellom støtteapparatet og spillere

Informantene beskriver betydelige forskjeller i forholdet mellom fysioterapeuter og spillerne basert på alder. Eldre spillere, som har vært i klubben lenger, har en tendens til å bygge sterkere relasjoner til støttepersonell og føler seg tryggere med å be om hjelp. Denne tilliten ser ut til å være nært knyttet til deres erfaring og etablerte relasjoner, noe som fremhever betydningen av tid og kontinuitet i kommunikasjonen. I kontrast til dette viser yngre spillere en større usikkerhet, noe som gjør dem mer avhengige av støttepersonell for råd.

Informantene bemerker at de yngre spillerne må læres opp, og at prosessen med å bygge tillit kan ta lengre tid.

Det fremgår også at de yngre spillerne ofte får råd fra mange forskjellige aktører, noe som kan skape forvirring. Dette understreker behovet for klar, konsistent kommunikasjon fra støtteapparatet for å unngå overbelastning med informasjon og bidra til en bedre forståelse av hvilke ressurser som er tilgjengelige for dem. Gitt idrettsutøveres «reise» mellom forskjellige miljøer, bør fremtidig fokus rettes mot å hjelpe dem med å forberede seg på og håndtere overganger mellom miljøer, som et tillegg til den nåværende oppmerksomheten på overganger mellom karrierestadier. Miljøer kan fungere både som ressurser og barrierer for idrettsutøveres utvikling og velvære (99).

Informantene beskriver at nøkkelen til å forbedre spillernes prestasjoner og velvære ligger i deres psykologiske utvikling og mellommenneskelige relasjoner. Tidligere studier har vist at en persons mentale motstandsdyktighet påvirkes av både genetiske faktorer og miljøpåvirkninger, samt erfaringer og læringsprosesser (100). Den eneste strategien for å oppnå tillit hos yngre spillere kan være å opprettholde jevnlig kontakt og å demonstrere at støttepersonellet er der for deres beste.

Kommunikasjon er nøkkelen til vellykket samarbeid mellom spillere og støtteapparatet. Informantene poengterer viktigheten av at spillerne er åpne om både idrettsrelaterte og personlige problemer. Når spillere føler at de kan dele all type informasjon uten frykt for konsekvenser, kan støtteapparatet gi mer målrettet og effektiv støtte. Spillernes prestasjoner og helse har tradisjonelt vært ivaretatt av klubbens tverrfaglige team. Uten riktige kommunikasjonskanaler kan dette svekke treningsovervåkingen og øke risikoen for underprestasjoner og helserelaterte problemer. Tydelige kommunikasjonslinjer, klare rolledefinisjoner og effektiv ledelse er essensielle for å fremme samarbeid og tillit (101).

Etter hvert som fotballen har utviklet seg, har teknisk og medisinsk personale blitt en integrert del av teamet, og et toppprofesjonelt lag kan nå ha opptil 16 ansatte som jobber

med spillerne under oppvarmingen ([101](#)). Strengt regler om taushetsplikt er essensielle for å oppnå denne tilliten, men det krever tid og gjentatte positive interaksjoner for at spillerne virkelig skal føle seg trygge. Eliteutøverne ønsker å ha tillit til fysioterapeutene, og at de alltid vil handle i utøvernes beste interesse. Det er avgjørende at det eksisterer en tillit mellom eliteidrettsutøvere og fysioterapeuter, slik at private samtaler forblir konfidensielle ([102](#)).

Mangelen på klubbleger i enkelte team blir trukket frem som en utfordring, da dette kan komplisere kommunikasjonen vedrørende behandling og legemiddelbruk. Godt samarbeid mellom fysioterapeuter og tilgjengelige leger er avgjørende for å sikre at spillerne får riktig behandling. Dette forhindrer at fysioterapeuter blir involvert i medisinske avgjørelser som ikke er innenfor deres kompetanse. Det er viktig at støtteapparatet fungerer som rådgivere som gir spillere informasjon, men alltid respekterer legens autoritet i medisinske spørsmål.

Diskusjonene rundt legemiddelbruk viser en enighet om at spillerne har det primære ansvaret for hva de inntar, særlig når det gjelder reseptbelagte legemidler. Fysioterapeutene uttrykker bekymring for at spillerne ikke alltid har den nødvendige kunnskapen om legemidlene de bruker. For å fremme en trygg legemiddelbruk er det avgjørende at spillerne oppfordres til å kommunisere med sine fastleger og være proaktive i å søke evidensbasert informasjon.

Å støtte eliteutøvere bør være hovedmotivet for fysioterapeutene, ikke for personlig gevinst, som for eksempel økt omdømme. I tillegg må eliteidrettsutøvere føle at de blir tatt på alvor og at deres meninger blir hørt. De bør inkluderes i felles beslutningsprosesser, og det bør være mulighet for diskusjon og konstruktiv kritikk for å forbedre samarbeidet ([102](#)).

### 6.2.5 Diskusjon av resultatene sammenlignet med resultatene fra en annen masteroppgave

Det kan være nyttig å diskutere likheter og forskjeller mellom denne studien (heretter kalt masteroppgave 1) og en parallell studie (heretter kalt masteroppgave 2) som belyser legers perspektiver og holdninger innenfor det samme temaet.

Begge oppgavene identifiserer smertestillende legemidler som de mest brukte blant utøverne ifølge informantene, spesielt paracetamol og ibuprofen. Masteroppgave 2 fokuserer mer på betennelsesdempende midler og legenes preferanser for disse. I begge oppgavene er det en forståelse og bevissthet om ansvarlig legemiddelbruk, og begge oppgavene adresserer samarbeidet mellom medisinske fagpersoner. Masteroppgave 2 viser at legene i noen tilfeller har en dominerende rolle og kontrollerer bruken av legemidler, også at legene har en høy tillit fra utøverne, og at de er ansvarlige for å formidle legemiddelbruken. Sammenfattende viser begge oppgavene et liknende fokus på legemiddelbruk blant idrettsutøvere, men de belyser ulike aspekter av legemiddelhåndtering og de relaterte rollene til helsepersonell.

Begge oppgavene tar for seg bruken av kosttilskudd blant idrettsutøvere, med en spesifikk vekt på viktige kosttilskudd som vitamin D og omega 3, i tillegg til andre produkter som multivitaminer og tran. I begge oppgavene er det en fremhevelse av viktigheten av informasjon og kvalitet ved valg av kosttilskudd. Masteroppgave 1 påpeker nødvendigheten av å sjekke informasjon fra kilder som Antidoping Norge, mens Masteroppgave 2 indikerer en bekymring fra leger om at de ikke har tilstrekkelig innsikt i produsentene av kosttilskudd, og uttrykker en forventning om at fysioterapeuter og annet støttepersonell leder bruken av kosttilskudd. Masteroppgave 2 viser et uttrykk blant mange leger at de ikke anser kosttilskudd som nødvendige for utøverne, derimot fysioterapeutene fra Masteroppgave 1 argumenterer for at kosttilskudd, selv om de ikke bør være nødvendige, kan være nyttige, og den vektlegger betydningen av et balansert kosthold. Begge masteroppgavene belyser viktige aspekter ved kosttilskudd i idrett, fra både fysioterapeuters og legers perspektiver. Selv om det er likheter i fokus på kvalitet, informasjon og helsepersonells rolle, viser ulikhetene at det er forskjeller i synet på nødvendigheten av kosttilskudd, informasjonsdeling og kunnskap om kosttilskudd.

Begge masteroppgavene viser en høy grad av bevissthet om dopingregler og antidopingarbeid. I Masteroppgave 1 er det en klar indikator på at spillerne har et ansvar for å holde seg informert om doping, mens Masteroppgave 2 viser at legene også er godt oppdatert på regelverket og vet hvor de kan hente informasjon. Begge oppgavene nevner ADNO som en viktig ressurs for utdanning og informasjon, og uttrykker behov for å forbedre utdanningen rundt doping og kosttilskudd. Kurset "Ren Utøver" oppfattes som nyttig, men at det kan forbedres. Begge masteroppgavene gir innsikt i doping og antidoping i fotball fra ulike perspektiver, enten fra spillernes og fysioterapeutenes synsvinkel (Masteroppgave 1) eller fra legenes erfaringer (Masteroppgave 2).

I Masteroppgave 1 er det en stor grad av skepsis mot doping og et klart fokus på sunne livsstilsvalg. I motsetning til dette viser Masteroppgave 2 at mange leger faktisk ikke har vurdert problematikken rundt ulovlige rusmidler i fotball. Flere leger har ikke vært involvert i slike saker og mangler erfaring med dette.

## 6.3 Metodediskusjon

Valget mellom ustrukturerte og strukturerte intervjuer avhenger i stor grad av forskningsspørsmålet og konteksten for studien. For denne studien en semistrukturert tilnærming, som kombinerer elementer fra begge metoder, skulle ha bidratt til å oppnå en balanse mellom dybde og struktur. Semistrukturerte intervjuer anses som tidskrevende, men hjelper med relasjonsbygging på grunn av den mer uformelle og åpne strukturen (64).

Når man vurderer individuelle intervjuer mot fokusgruppeintervjuer i kvalitativ forskning, er det viktig å forstå hvordan disse to metodene skiller seg fra hverandre. Hver metode har unike egenskaper som kan påvirke hvordan dataene samles inn og hvilke typer innsikt som oppnås. Siden målet med denne studien var å få en dyp forståelse av individuelle erfaringer

og perspektiver, samt fleksibilitet i spørsmål, har forskeren valgt individuelle intervjuer. Ulempene som ble tatt i betraktning var at individuelle intervjuer kan være mer tidskrevende med tanke på datainnsamling og analyse, da hver samtale må vurderes isolert, samt mangel på interaksjon siden ingen gruppepåvirkning (64).

Rekruttering av informanter har vist seg å være en av de største utfordringene i denne studien. Norges Fotballforbund (NFF) har vært behjelpelig med å dele sine kontakter, inkludert e-postadresser og telefonnumre til fysioterapeuter tilknyttet ulike klubber og divisjoner innen norsk toppfotball, både for dame- og herresiden. Masterstudenten valgte i utgangspunktet å kontakte informantene via e-post. Imidlertid, etter det første forsøket, var responsen begrenset, og det var kun et par informanter som svarte. Dette medførte utsendelse av påminnelser til de aktuelle informantene. Til slutt bekreftet åtte informanter sin deltakelse i forskningen, og intervjuene ble gjennomført i løpet av oktober og november. Etter at all data var samlet, ble spørsmålet om metning vurdert, ettersom det opprinnelige målet var å ha minst 10 intervjuer. I kvalitative studier anses datainnsamlingen for å være tilstrekkelig når det ikke lenger kommer frem ny informasjon, og datametning er nådd (103). Til tross for den tredje mislykkede rekrutteringsrunden, konkluderte studenten med at studien fortsatt kunne gjennomføres med det antallet deltakere som var rekruttert. Fordelen med de aktuelle informantene var at de tilhører klubber fra ulike divisjoner, både for dame- og herreside. En av de mest logiske forklaringene på vanskelighetene med rekrutteringen kan knyttes til tidspunktene for forespørselene, da den siste måneden av året markerer sesongslutt for mange klubber. I denne perioden har støttepersonell, som fysioterapeuter, færre forpliktelser overfor klubben, noe som kan ha gjort dem mindre tilgjengelige for deltakelse i studien. Det reises spørsmål, hovedsakelig fra studentens side, om situasjonen kunne ha vært annerledes dersom det hadde vært etablert direkte kontakt med klubbene. Slike direkte henvendelser kan ha bidratt til økt interesse fra fysioterapeuter som ikke svarte på e-poster.

Før gjennomføringen av de første intervjuene gjennomførte masterstudenten et prøveintervju for å øve seg på intervjuerollen. Det ble vurdert at uerfarenheten i denne rollen kunne være en begrensende faktor. Studentens manglende erfaring som intervjuer kunne ha blitt bedre ivaretatt gjennom flere pilotintervjuer og evt. veileders vurdering av intervjuteknikk etter det første intervjuet. Til tross for dette ble de faktiske intervjuene gjennomført som planlagt, og alle spørsmål ble stilt. I analysen har studenten senere fått inntrykk av at en av de største svakhetene i denne forskningen var mangelen på oppfølgings- og utdypende spørsmål fra intervjuerens side i flere situasjoner. Dette førte til at muligheten for å samle inn mer omfattende og nyansert data fra informantene ble redusert, noe som kunne ha bidratt til en bedre belysning og forståelse av deres svar.

Den omfattende digitaliseringen og de nye teknologiene som har blitt innført de siste årene kan vurderes å ha påvirket kvaliteten på en studie som denne. Alle åtte intervjuene ble gjennomført digitalt via Microsoft Teams, noe som innebar at det ikke var direkte kontakt med informantene. Masterstudenten mener at resultatene ville vært de samme, selv om det hadde vært en kombinasjon av digitale og fysiske møter, da alle spørsmålene ble besvart og ingen dataproblemer oppstod.

Det er likevel viktig å diskutere mangelen på fysisk interaksjon og gestikulasjon, som kan gi intervjueren en bedre forståelse av deltakerne og muligens føre til flere oppfølgingsspørsmål. Kroppsspråk, ansiktsuttrykk og andre ikke-verbale sosiale signaler er en av de største fordelene med ansikt-til-ansikt intervju, samt det å skape en trygg og komfortabel atmosfære. På den andre siden kan disse intervjuene være tidskrevende og dyre, da de innebærer reiser til og fra informanter. Dette er samtidig den største fordelen med digitalt intervju teknikk, samt at intervjueren kan se og observere intervjuobjektet helt eller delvis, avhengig av hvordan personen er plassert foran kameraet, og tolke ansiktsuttrykk, kroppsspråk og til en viss grad andre ikke-verbale signaler. Begrensninger med denne teknikken krever pålitelig teknologi, der både en stabil internettforbindelse, et kamera av god kvalitet og en mikrofon er avgjørende. Det er en potensiell risiko for at en annen ubuden person er til stede i rommet (ikke synlig) og potensielt kan være en påvirkende faktor (104).

Lydopptakene, som ble gjort med Diktafon-appen, fungerte utmerket uten avbrytelser. Den videre analysen av dataene ble betydelig forenklet takket være Colossus som ble brukt i transkriberingsprosessen. Studenten måtte imidlertid fortsatt lytte til alle opptakene for å rette feil hvis feil forekom og for å kontrollere teksten.

Bruken av NVivo-kodingsprogrammet har vist seg å være en stor ressurs, da kodene kunne sorteres mer effektivt og tilgangen til dataene var bare et klikk unna. I tillegg har GPT UiO, en kunstig intelligens, bidratt til å forbedre teksten ved å korrigere grammatikk, gi oppsummeringer og forslag til forbedringer. Diskusjonen rundt kunstig intelligens som en viktig del av hverdagen er åpenbart relevant, og hvis den brukes på riktig måte, kan den bidra til å forbedre kvaliteten på oppgaven og spare tid.

I en slik kvalitativ studie som baseres på intervjumetode er Hawthorne-effekten viktig å diskutere siden den kan ha betydelig innvirkning på intervjuer. Denne effekten refererer til fenomenet hvor individer endrer sin atferd eller prestasjon som resultat av å bli observert eller vært gjenstand for en studie, snarere enn som følge av de spesifikke tiltakene som blir undersøkt. Når deltakerne er klar over at de blir observert, kan de endre sin atferd eller sine svar, noe som kan skape skjevhet i dataene som samles inn. For å begrense effekten av Hawthorne-effekten i kvalitative studier kan forskere bruke ulike tilnærminger. Dette kan inkludere å etablere en mer uformell atmosfære, bruke anonyme metoder der det er mulig, og forklare klart formålet med studien til deltakerne, slik at de føler seg mer komfortable med å gi ærlige og autentiske svar. Det er også viktig å være bevisst på hvordan intervjueren selv kan påvirke deltakerens atferd og svar under intervju (105). I løpet av intervjuene som ble gjennomført til denne masteroppgaven, observeres en viss grad av Hawthorne-effekten. Før planleggingen av studien, med mål om å intervju leger og fysioterapeuter, ble det besluttet at to studenter skulle dele informantene inn i to grupper. Dette tiltaket ble iverksatt for å minimere påvirkningen av Hawthorne-effekten på datainnsamlingen.

I denne kvalitative studien ble det lagt stor vekt på etiske hensyn for å sikre en trygg og respektfull prosess for alle involverte gjennom anonymisering av deltakere og klubber og konfidensiell behandling av data. Disse etiske tiltakene bidro til å skape en trygg ramme for deltakerne, som gjorde at de følte seg mer komfortable med å dele sine erfaringer og perspektiver. Å ivareta slike etiske hensyn er avgjørende i kvalitativ forskning, spesielt når

sensitive emner og profesjonelle holdninger er involvert. Dette sikrer ikke bare integriteten av datainnsamlingen, men også respekten for deltakerne som individer (60).

## 6.4 Videre forskning og veien videre

Det å kartlegge holdninger og kunnskap blant støttepersonell, særlig fysioterapeuter, i lavere divisjoner vil gi en mer helhetlig forståelse av problematikken og bidra til bedre antidopingstrategier. Videre forskning som inkluderer ulike aldersgrupper eller kjønnsforskjeller vil også kunne avdekke nyanser i holdninger og praksis. Fysioterapeuter anses om å spille en stor rolle innenfor idrett, og de kan gi oss bredd perspektiv til holdninger og kunnskap blant fotballutøvere. Ettersom de ofte ble nevnt av utøvere i tidligere studier, så anses de for å være nøkkel støttepersonell når det kommer til legemidler, kosttilskudd og dopingregelverket.

Undersøkelse av holdninger og kunnskap blant støttepersonell, som for eksempel trenere kan være et forslag om veien videre med forskningen. Denne studien erkjenner at støttepersonellens kunnskap og holdninger har en betydelig innvirkning på utøverne. Forskning rettet mot dette aspektet kan skape et mer omfattende bilde av faktorer som påvirker legemiddelbruk og doping.

Det er enighet om at for å kunne utvikle en sterk antidopingkultur, er det viktig å fremme åpenhet og diskusjon rundt emnet. Det vises som nødvendig å etablere en kultur hvor det er normalt å diskutere bruk av legemidler og kosttilskudd. Dette kan også inkludere implementering av jevnlig kurs og ressurser for både utøvere og støttepersonell, for å øke bevisstheten og redusere feilbruk. Teknologiske verktøy og ressurser, som e-læringsprogrammer og apper, kan spille en rolle i å forbedre kunnskapsnivået om legemidler og doping. Å utvikle og forbedre slike ressurser kan derfor være et viktig fokus for videre forskning og implementering i idrettsmiljøene.

Økonomiske faktorer ofte påvirker idrettsutøveres velvære og helse, samt deres forhold til legemiddelbruk. Det kan være press på utøvere til å prestere på høyt nivå, noe som kan medføre risiko for helse. Dette gir en relevant plattform for videre forskning som undersøker hvordan økonomiske aspekter kan balanseres med behovet for helse, sikkerhet og etisk praksis.

Denne studien, som andre studier med tilsvarende fokus innen relaterte temaer, viser hvordan det er behov for en helhetlig tilnærming til forskning på legemiddelbruk og antidoping i idrett. Ved å inkludere flere nivåer av utøvere, støttepersonell, og teknologi, samt å fremme en kultur preget av åpenhet og diskusjon, kan fremtidig forskning bidra til å styrke antidopingarbeidet og fremme en tryggere idrettsatmosfære. Dette er essensielt for å bryte ned barrierer og forbedre utdanning og bevissthet rundt doping og legemiddelbruk blant utøvere i alle aldersgrupper.

## 7 Konklusjon

Denne masteroppgaven har fokusert på hva fysioterapeutenes holdninger og erfaringer er rundt bruken av legemidler og kosttilskudd blant fotballspillere, samt holdninger til doping og helserelatert adferd i idrettsmiljøet. Gjennom intervjuer med fysioterapeutene har studien avdekket flere viktige funn som belyser hvordan legemidler brukes og forstås i fotball ifølge fysioterapeutene, samt hvordan kommunikasjonen mellom spillere og støtteapparat påvirker praksis rundt helse.

Funnene viser at informantene mener at det er en generell bevissthet om ansvarlig bruk av legemidler, som astmamedisiner, smertestillende og betennelsesdempende legemidler. Fysioterapeutene rapporterer om en variert bruk av disse medikamentene, der Paracet og Ibux er de mest populære, dels på grunn av deres reseptfrie tilgjengelighet. Det er også en anerkjennelse av at Naproxen, i tillegg til å bli brukt for generell smertelindring, har spesifikke anvendelser knyttet til menstruasjonssykluser i kvinnefotball. Behovet for å styrke kommunikasjonen mellom spillere, apotek og leger for bedre prosedyrer og informasjon om legemiddeltilgjengelighet er et viktig tema.

En av de observasjonene fra informantene i oppgaven er den lavere graden av legemiddeldeling blant spillere, der informantene mener at spillere ofte prioriterer deling av erfaringer fremfor medisiner. Dette kan enten tyde på en sunn holdning til medisinsk ansvarlighet, eller at fysioterapeutene ønsker at lagene skal oppfattes som mer profesjonelle når det gjelder legemiddelbruk enn de faktisk er. Likevel avdekker resultatene et behov for bedre legemiddelinformasjon blant spillerne, særlig unge utøvere. Fysioterapeuter utpeker seg som nøkkelaktører i denne opplæringen, og de anerkjenner sine egne begrensninger i legemiddelkunnskap. Det er et tydelig behov fra informantenes synspunkter for mer opplæring og informasjonsutveksling for å øke spillernes kunnskap om både medikamenter og kosttilskudd.

Når det kommer til kosttilskudd, er det en fremheving av bruken av vitamin D og tran, med økende skepsis til PWO-produkter med tanke på helsefarer og dopingrisiko. Spillerne anbefales av fysioterapeutene å prioritere et balansert kosthold før kosttilskudd, som kun bør betraktes som supplerende ressurser. Det er også et klart understrek fra informantene om behovet for å kjøpe kosttilskudd fra pålitelige norske kilder som apotek.

Dopingproblematikken i fotball synes å være under konstant overvåkning, men fysioterapeutene påpeker at det er behov for større bevissthet om dopingregler blant spillerne. Tilliten mellom spillere og helsepersonell er sterk ifølge fysioterapeutene, men det er et klart behov for mer informasjon og ressurser i antidopingarbeidet. "Ren Utøver"-kurset er generelt ansett som nyttig, men det er rom for forbedringer, og det er viktig at både spillere og støtteapparat arbeider for å fremme en kultur for åpenhet rundt helse og prestasjon.

Sist, men ikke minst, viser resultatene at forholdet mellom støtteapparatet og fotballspillere er påvirket av aldersfaktorer. Fysioterapeutene forteller at eldre spillere viser mer tillit til de

medisinske vurderingene fra helsepersonell, mens yngre spillere fortsatt er i en prosess med å bygge denne tilliten. Dette fremhever viktigheten av langsiktig kommunikasjon og tilgjengelighet til medisinske ressurser.

## 8 Referanseliste

1. Holm J, Aune T. Norsk fotball [Internett] Oslo: Store Norske leksikon; [Sist oppdatert 02. apr 2024; Hentet 2025 29. apr]. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/norsk\\_fotball](https://snl.no/norsk_fotball).
2. Weber B, Bos J, Clancy EM, Menon R, Cross T, Hall K. Role of club doctors in the mental health management of Australian rules football players: a Delphi study. *Br J Sports Med.* 2022;56(6):320-6.
3. Investigators at Liverpool John Moores University Detail Findings in Sport Nutrition and Exercise ("food First but Not Always Food Only"Recommendations for Using Dietary Supplements In Sport) [Nettdokument]. *Health & Medicine Week.* 2022:2357.
4. World Anti-Doping Code [Nettdokument]. 2021.
5. Inside FIFA. Anti-doping [Internett] Zurich: Inside FIFA; [Hentet 2025 26. mars]. Tilgjengelig fra: <https://inside.fifa.com/legal/anti-doping>.
6. García-Grimau E, De la Vega R, De Arce R, Casado A. Attitudes Toward and Susceptibility to Doping in Spanish Elite and National-Standard Track and Field Athletes: An Examination of the Sport Drug Control Model. *Frontiers in psychology.* 2021;12.
7. Christensen S. Legemiddel-og kosttilskuddbruk i norsk elite ishockey 2023.
8. Direktoratet for medisinske produkter. Definisjon på ulike typer legemiddel [Internett] Oslo: Direktoratet for medisinske produkter; 2016 [Sist oppdatert 24. jan 2022; Hentet 2025 27. feb]. Tilgjengelig fra: <https://www.dmp.no/godkjenning/klassifisering/definisjon-pa-ulike-typer-legemiddel#Legemiddeldefinisjon-174582>.
9. Grotle H, Haugan V. Legemidler [Internett]: NDLA; [Sist oppdatert 01.12.2021; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/r/helsefremmende-arbeid-hs-hea-vg2/legemidler/32bc4e2abf>.
10. UEFA. 2025 WADA list of prohibited substances [Internett] Nyon: UEFA; 2024 [Sist oppdatert 20.12.2024; Hentet 2025 12. mai]. Tilgjengelig fra: <https://www.uefa.com/news-media/news/0294-1c99a1888aeb-6a827eab2ba6-1000--2025-wada-list-of-prohibited-substances/>.
11. Norsk helseinformatikk. Astma hos idrettsutøvere [Internett] Tiller: Norsk helseinformatikk; [Sist oppdatert 30. mai 2023; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/doping/astma-hos-idrettsutovere>.
12. Antidoping Norge. Medisinsk fritak (TUE) [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/medisinsk-fritak-tue>.
13. Thorsby PM, Gjelstad A. Når pasienten er idrettsutøver. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening.* 2021;141(7).
14. Felleskatalogen. Legemidler og idrett - doping [Internett] Oslo: Felleskatalogen; [Hentet 2025 05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/nyttig-om/idrett>.
15. Hainline B, Derman W, Vernec A, Budgett R, Deie M, Dvořák J, et al. International Olympic Committee consensus statement on pain management in elite athletes. *Br J Sports Med.* 2017;51(17):1245-58.
16. Støle Melsom H, Randa A, Hisdal J, Stang JS, Stensrud T, Calbet JAL. Prevalence of Asthma among Norwegian Elite Athletes. *Transl Sports Med.* 2022;2022:3887471-10.
17. Kolstad HZ. Astmamedisin gir ikke bedre utholdenhet hos friske idrettsutøvere [Internett] Oslo: Forskning.no; 2020 [Hentet 2025 05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskning.no/doping-hogskulen-pa-vestlandet-medisiner/astmamedisin-gir->

[ikke-bedre-utholdenhet-hos-friske-idrettsutovere/1735323#:~:text=En%20type%20astmamedisin%20kan%20gi%C3%B8re,utholdenhetsidretter%2C%20viser%20en%20fersk%20studie.&text=Det%20er%20ut%C3%B8vere%20innen%20utholdenhetsidretter,behov%20for%20%C3%A5%20bruke%20astmamedisiner.](#)

18. Ræder J. Smertestillende midler [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 26. nov 2024; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra:

[https://sml.snl.no/smertestillende\\_midler](https://sml.snl.no/smertestillende_midler).

19. Spiering L, Dietrichs ES, Øye I. Paracetamol [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; 2025 [Sist oppdatert 24. feb 2025; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/paracetamol>.

20. Norsk legemiddelhandbok. Paracetamol [Internett] Oslo: Norsk legemiddelhandbok; [Sist oppdatert 31. aug 2023; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra:

<https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.1.2/Paracetamol>.

21. Kvien TK. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 08. juli 2021; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra:

[https://sml.snl.no/ikke-steroid\\_antiinflammatoriske\\_midler](https://sml.snl.no/ikke-steroid_antiinflammatoriske_midler).

22. Norsk legemiddelhandbok. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) [Internett] Oslo: Norsk legemiddelhandbok; [Sist oppdatert 18.02.2021; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra:

[https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/Ikke%E2%80%91steroid\\_antiinflammatoriske\\_midler\\_\(NSAID\)](https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/Ikke%E2%80%91steroid_antiinflammatoriske_midler_(NSAID)).

23. Spafo Norge. Voltarol tabletter er nå reseptpliktig [Internett] Oslo: Spafo Norge; 2022 [Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra: <https://spafo.no/nytt-aktuelt/voltarol-tabletter-er-na-reseptpliktig/>.

24. Mørland J, Ringsevjen H, Bretteville-Jensen AL. Opioider [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 26. mars 2025; Hentet 2025 26. mars].

25. Norsk legemiddelhandbok. Opioidanalgetika [Internett] Oslo: Norsk legemiddelhandbok; [Sist oppdatert 31. aug 2023; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra:

<https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2/Opioidanalgetika>.

26. Vitija B. Astmamedisiner [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 11. des 2019; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/astmamedisiner>.

27. Norsk legemiddelhandbok. Obstruktiv lungesykdom [Internett] Oslo: Norsk legemiddelhandbok; [Sist oppdatert 18.09.2023; Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra:

[https://www.legemiddelhandboka.no/T10.2/Obstruktiv\\_lungesykdom](https://www.legemiddelhandboka.no/T10.2/Obstruktiv_lungesykdom).

28. WADA. Prohibited list [Internett] Montreal: World anti-doping agency; 2022 [Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/resources/world-anti-doping-code-and-international-standards/prohibited-list>.

29. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internett] Fontana: Global Initiative for Asthma; 2022 [Hentet 2025 02. mars]. Tilgjengelig fra: <https://ginasthma.org/>.

30. Antidoping Norge. Glukokortikoider [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 15. mai]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten/dopinggrupp-s9>.

31. Antidoping Norge. Montelukast 5 mg og 10 mg [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 14. mai]. Tilgjengelig fra:

<https://www.antidoping.no/medisinsk/legemiddelsok/montelukast-5-mg-og-10-mg-teva-578266>.

32. Mattilsynet. Definisjon av eit kosttilskott [Internett] Brumunddal: Mattilsynet; [Sist oppdatert 31.10.2024; Hentet 2025 03. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.mattilsynet.no/mat-og-drikke/kosttilskott/definisjon-av-eit-kosttilskott>.
33. Mattilsynet. Den ernæringsmessige og fysiologiske effekten av kosttilskottet [Internett] Brumunddal: Mattilsynet; 2023 [Hentet 2025 03. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.mattilsynet.no/mat-og-drikke/kosttilskott/den-ernaeringsmessige-og-fysiologiske-effekten-av-kosttilskottet>.
34. Mattilsynet. Kosttilskudd eller treningsprodukt – hvilke regler gjelder? [Internett] Brumunddal: Mattilsynet; [Sist oppdatert 27.06.2024; Hentet 2025 03. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.mattilsynet.no/mat-og-drikke/kosttilskott/kosttilskudd-eller-treningsprodukt--hvilke-regler-gjelder>.
35. Mallick M, Camacho CB, Daher J, El Khoury D. Dietary Supplements: A Gateway to Doping? *Nutrients*. 2023;15(4):881.
36. Kozhuharov VR, Ivanov K, Ivanova S. Dietary Supplements as Source of Unintentional Doping. John Wiley & Sons, Inc; 2022. Report No.: 2314-6133.
37. Collins J, Maughan RJ, Gleeson M, Bilsborough J, Jeukendrup A, Morton JP, et al. UEFA expert group statement on nutrition in elite football. Current evidence to inform practical recommendations and guide future research. *Br J Sports Med*. 2021;55(8):416-.
38. Meyer T. The importance of nutrition in football: perspective of a national team's doctor. *Br J Sports Med*. 2021;55(8):412-3.
39. Antidoping Norge. Kosttilskudd [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 04. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/kosttilskudd>.
40. Angelsen M, Svihus B. D-vitamin [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 06. mars 2025; Hentet 2025 06. mars]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/D-vitamin>.
41. Perrone MA, Pieri M, Caminiti G, Ali W, Bernardini S, Parisi A, et al. Vitamin D Deficiency in Professional Football Players during Competitive Season of Italian First Division (Serie A). *Sports (Basel)*. 2024;12(6):153.
42. Sunn Idrett. Får du i deg nok vitamin D? [Internett] Oslo: Sunn Idrett; [Hentet 2025 04. mars]. Tilgjengelig fra: <https://sunnidrett.no/flere-far-for-lite-vitamin-d/#:~:text=Mangel%20p%C3%A5%20vitamin%20D%20er,tid%20i%20solen%20p%C3%A5%20sommeren>.
43. Varillas-Delgado D. Association of Genetic Profile with Muscle Mass Gain and Muscle Injury Prevention in Professional Football Players after Creatine Supplementation. *Nutrients*. 2024;16(15):2511.
44. Kvam M. Proteinbehov og trening [Internett] Tiller: Norsk helseinformatikk; [Sist oppdatert 05. des 2022; Hentet 2025 05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/kosthold/ernaring/proteintilskudd/proteintilskudd>.
45. Garthe I. Fakta om protein og idrett [Internett] Oslo: Olympiatoppen; [Hentet 2025 05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://olympiatoppen.no/fagomrader/idrettspernaering/faktaark/8.-fakta-om-protein-og-idrett/>.
46. Rusopplysningen. Alkohol [Internett] Oslo: Rusopplysningen; [Hentet 2025 05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://rusopplysningen.no/alkohol>.
47. Bramness JG. Rusmiddellidelser i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [Internett] Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019 [Sist oppdatert 15.05.2022; Hentet 2025

05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/rusmiddeldelser/?term=>.
48. Exner J, Bitar R, Berg X, Pichler E-M, Herdener M, Seifritz E, et al. Use of psychotropic substances among elite athletes - a narrative review. *Swiss Med Wkly*. 2021;151(7-8):w20412-w.
49. Murray K, Murphy C, Herlihy A, McCaffrey J, Codd M, Murray FE. Harmful alcohol consumption in elite sports players in Ireland. *Irish journal of medical science*. 2022;191(5):2091-8.
50. Antidoping Norge. Rusmidler på dopinglista [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/rusmidler-i-idretten>.
51. Norges idrettsforbund. Antidopingbestemmelser [Internett] Oslo: Norges idrettsforbund; [Hentet 2025 05. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.idrettsforbundet.no/tema/juss/nifs-lov/kapittel-12-antidopingbestemmelser/>.
52. Al-Haidari NGA. Yngre mannlige fotballutøveres holdninger til legemidler og kosttilskudd 2024.
53. Bryhn R. World Anti-Doping Agency [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 26. nov 2024; Hentet 2025 06. mars]. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/World\\_Anti-Doping\\_Agency](https://sml.snl.no/World_Anti-Doping_Agency).
54. Antidoping Norge. WADA [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 06. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/internasjonalt/wada>.
55. Bryhn R. Antidoping Norge [Internett] Oslo: Store medisinske leksikon; [Sist oppdatert 25. nov 2024; Hentet 2025 06. mars]. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/Antidoping\\_Norge](https://sml.snl.no/Antidoping_Norge).
56. Strand S. Yngre kvinnelige fotballspilleres holdninger til bruk av legemidler og kosttilskudd, og deres forhold til rusmidler og doping i idrett 2024.
57. Antidoping Norge. Dopinglisten 2025 [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 07. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten>.
58. Dopinglisten-2025 [Nettdokument].
59. Antidoping Norge. Legemiddelsøk [Internett] Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 2025 08. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/legemiddelsok>.
60. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
61. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002.
62. Johannessen A, Christoffersen L, Tuft PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. ed. Oslo: Abstrakt; 2016.
63. Vårdal L. Kvalitative og kvantitative metoder [Internett]: NDLA; [Sist oppdatert 17. jun 2019; Hentet 2025 10. mars]. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/subject:1:9bb7b427-3f5b-4c45-9719-efc509f3d9cc/topic:1:432baee9-5671-47ce-870e-48b8fc3b7a42/topic:1:7d43618f-5198-4b32-9e3f-74c7d73ffb27/resource:1:190746>.
64. George T. Semi-Structured Interview | Definition, Guide & Examples [Internett] Amsterdam: Scribbr; 2022 [Sist oppdatert 22. jun 2023; Hentet 2025 12. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.scribbr.com/methodology/semi-structured-interview/>.
65. Boswell A. Semi-structured interviews [Internett] Victoria: Lyssna; 2025 [Hentet 2025 12. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.lyssna.com/blog/semi-structured-interviews/>.

66. Moe M. Opptaker til intervju [Internett] Din Transkribent2021 [Hentet 2025 10. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.dintranskribent.no/opptaker-til-intervju/>
67. Transkriptor. Hvordan transkribere et intervju for kvalitativ forskning? [Internett] Dubai: Transkriptor; 2024 [Hentet 2025 10. mars]. Tilgjengelig fra: <https://transkriptor.com/no/hvordan-transkribere-et-intervju-for-kvalitativ-forskning/>.
68. Aanesen KH. Analyse og drøfting av kvalitative data [Internett]: NDLA; 2020 [Hentet 2025 10. mars]. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:860e0dc0-7691-4b90-ba3b-8a00c39c9448/topic:1:6422199b-cd4c-4728-8560-e357482c14d2/resource:24320210-122e-4b70-8248-f6f8bc7f6058>.
69. Dye T. Qualitative Data Analysis: Step-by-Step Guide (Manual vs. Automatic) [Internett]: Thematic; 2025 [Hentet 2025 26. mars]. Tilgjengelig fra: <https://getthematic.com/insights/qualitative-data-analysis/>.
70. Grønmo S. Kvalitativ metode [Internett] Oslo: Store norske leksikon; [Sist oppdatert 26. feb 2025; Hentet 2025 26. mars]. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/kvalitativ\\_metode](https://snl.no/kvalitativ_metode).
71. Halvorsen K, Jerpseth H. Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. Sykepleien forskning (Oslo). 2016(57440):e-57440.
72. Torp IS. Generelle forskningsetiske retningslinjer [Internett] Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2019 [Hentet 2025 10. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
73. Helsedirektoratet, Oslo universitetssykehus HF. Dine rettigheter når du deltar i en klinisk studie [Internett] Oslo: Helsedirektoratet; [Sist oppdatert 15. mars 2023; Hentet 2025 10. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/kliniske-studier/vilkar-og-rettigheter-ved-deltakelse/>.
74. Sikt. Meldeskjema [Internett] Oslo: Sikt; [Hentet 2025 26. mars]. Tilgjengelig fra: <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>.
75. Universitetet i Oslo. Søknader: Sikt, REK og Internetisk Komite [Internett] Oslo: Universitetet i Oslo; 2024 [Sist oppdatert 13. juni 2024; Hentet 2025 26. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/grupper/quali-lab/kvalitativ-ressursportal/etikk-og-personvern/soknader---sikt-rek-og-internetisk-komite/>.
76. Universitetet i Oslo. Om Tjenester for sensitive data [Internett] Oslo: Universitetet i Oslo; 2014 [Sist oppdatert 29. mars 2022; Hentet 2025 26. mars]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>.
77. Øien L. Bør og kan friske idrettsutøvere ta astmamedisin? [Internett] Oslo: Forskning.no; 2020 [Hentet 2025 19. apr]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskning.no/doping-medisiner-norges-idrettshogskole/bor-og-kan-friske-idrettsutovere-ta-astmamedisin/1734284>.
78. Janse van Rensburg DC, Jansen van Rensburg A, Fowler P, Fullagar H, Stevens D, Halson S, et al. How to manage travel fatigue and jet lag in athletes? A systematic review of interventions. Br J Sports Med. 2020;54(16):960-8.
79. Ferry BMD, DeCastro AMD, Bragg SP. Common Prescription Medications Used in Athletes. Prim Care. 2020;47(1):49-64.
80. Anderssen H. Voltarol blir reseptbelagt [Internett] Oslo: Health Talk; 2020 [Sist oppdatert 02. jan 2024; Hentet 2025 17. apr]. Tilgjengelig fra: <https://www.healthtalk.no/pharma-og-biotek/voltarol-blir-reseptbelagt/114281>.

81. 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;5:1260806-.
82. de la Puente Yagüe M, Collado Yurrita L, Ciudad Cabañas M, Cuadrado Cenzual M. Role of Vitamin D in Athletes and Their Performance: Current Concepts and New Trends. *Nutrients*. 2020;12(2):579.
83. Leitch BA, Wilson PB, Ufholz KE, Roemmich JN, Orysiak J, Walch TJ, et al. Vitamin D Awareness and Intake in Collegiate Athletes. *J Strength Cond Res*. 2021;35(10):2742-8.
84. Fazio C, Elder CL, Harris MM. Efficacy of Alternative Forms of Creatine Supplementation on Improving Performance and Body Composition in Healthy Subjects: A Systematic Review. *Journal of strength and conditioning research*. 2022;36(9):2663-70.
85. Romero-García D, Martínez-Sanz JM, Sebastián-Rico J, Manchado C, Vaquero-Cristóbal R. Pattern of Consumption of Sports Supplements of Spanish Handball Players: Differences According to Gender and Competitive Level. *Nutrients*. 2024;16(2):315.
86. Aguilar-Navarro M, Baltazar-Martins G, Brito de Souza D, Muñoz-Guerra J, del Mar Plata M, Del Coso J. Gender Differences in Prevalence and Patterns of Dietary Supplement Use in Elite Athletes. *Research quarterly for exercise and sport*. 2021;92(4):659-68.
87. Sousa-Rufino C, Pareja-Galeano H, Martínez-Ferrán M. Dietary Supplement Use in Competitive Spanish Football Players and Differences According to Sex. *Nutrients*. 2025;17(4):602.
88. Shoshan T, Post E. Prevalence of Protein and Pre-Workout Supplement Use among High School Football Players and Potential Product Contamination. *Global pediatric health*. 2021;8:2333794X211031202-2333794X.
89. A. S. Kirthick Kumaran DG, L. Keerthi Sasanka. Awareness on use of steroid drugs among football players. *Journal of Pharmaceutical Research International*. 2020.
90. Zuckerman SL, Tang AR, Richard KE, Grisham CJ, Kuhn AW, Bonfield CM, et al. The behavioral, psychological, and social impacts of team sports: a systematic review and meta-analysis. *Phys Sportsmed*. 2021;49(3):246-61.
91. Kanayama G, Pope HG. History and epidemiology of anabolic androgens in athletes and non-athletes. *Mol Cell Endocrinol*. 2018;464:4-13.
92. Henriksen HCB, Havnes IA, Jorstad ML, Bjornebekk A. Health service engagement, side effects and concerns among men with anabolic-androgenic steroid use: a cross-sectional Norwegian study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2023;18(1):19-.
93. Voravuth N, Chua EW, Tuan Mahmood TM, Lim MC, Wan Puteh SE, Safii NS, et al. Engaging community pharmacists to eliminate inadvertent doping in sports: A study of their knowledge on doping. *PLoS One*. 2022;17(6):e0268878-e.
94. Lauritzen F, Solheim A. The purpose and effectiveness of doping testing in sport. *Front Sports Act Living*. 2024;6:1386539-.
95. Nicholls AR, Fairs LRW, Plata-Andrés M, Bailey R, Cope E, Madigan D, et al. Feasibility randomised controlled trial examining the effects of the Anti-Doping Values in Coach Education (ADVICE) mobile application on doping knowledge and attitudes towards doping among grassroots coaches. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2020;6(1):e000800-e.
96. Garcia-Marti C, Ospina-Betancurt J, Asensio-Castaneda E, Chamorro JL. Study of an Anti-Doping Education Program in Spanish Sports Sciences Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16324.

97. Caceres-Ayala C, Pautassi RM, Acuña MJ, Cerpa W, Rebolledo DL. The functional and molecular effects of problematic alcohol consumption on skeletal muscle: a focus on athletic performance. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2022;48(2):133-47.
98. Törrönen J, Roumeliotis F, Samuelsson E, Kraus L, Room R. Why are young people drinking less than earlier? Identifying and specifying social mechanisms with a pragmatist approach. *Int J Drug Policy*. 2019;64:13-20.
99. Henriksen K, Stambulova N. The social environment of talent development in youth sport. *Front Sports Act Living*. 2023;5:1127151-.
100. Benítez-Sillero JdD, Martínez-Aranda LM, Sanz-Matesanz M, Domínguez-Escribano M. Determining Factors of Psychological Performance and Differences among Age Categories in Youth Football Players. *Sustainability*. 2021;13(14):7713.
101. Silva JR, Buchheit M, Hader K, Sarmento H, Afonso J. Building Bridges Instead of Putting Up Walls: Connecting the “Teams” to Improve Soccer Players’ Support. *Sports Med*. 2023;53(12):2309-20.
102. Charmant WM, van der Wees PJ, Staal JB, van Cingel R, Sieben JM, de Bie RA. A framework exploring the therapeutic alliance between elite athletes and physiotherapists: a qualitative study. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*. 2021;13(1):1-122.
103. Savin-Baden M, Major CH. *Qualitative research : the essential guide to theory and practice*. London: Routledge; 2013.
104. Saarijärvi M, Bratt E-L. When face-to-face interviews are not possible: tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2021;20(4):392-6.
105. Svartdal F. Hawthorne-effekt [Internett] Oslo: Store Norske Leksikon; [Sist oppdatert 06. juli 2021; Hentet 2025 27. apr]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Hawthorne-effekt>.

## 9 Vedlegg

### Vedlegg 1: 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 skrevet 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 (forskningsjef).

### **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 frivilling 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 oppfølgingsspørsmål 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.
- Lyddopptaket 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 intervjuedeltakerne 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 lyddopptakene 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](mailto:kristina.knisenko@hotmail.com), mobil: 46809342
- Aleksandar Kokorina, [aleksandar.kokorina@gmail.com](mailto:aleksandar.kokorina@gmail.com), mobil: 41281883
- Ingunn Björnsdóttir, [ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no](mailto:ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no), mobil: 93621551
- Astrid Gjelstad, [astrid.gjelstad@antidoping.no](mailto:astrid.gjelstad@antidoping.no), mobil: 97517947
- Vårt personvernombud i UiO: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller på telefon: 73 98 40 40.

## Referanser

- (1) 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
- (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 2: Intervjuguide

### Intervjuguide:

#### Introduksjon

- Fortelle om prosjektet, bakgrunn og formål med forskningen: bedre forståelse av kulturen rundt idrettsutøveres legemiddelbruk i norsk fotball. Samle inn informasjon gjennom semistrukturerte kvalitative intervjuer, som kan hjelpe oss å fremme riktig legemiddelbruk og større bevissthet om antidoping reglementet.
- Forklare hvordan intervjudata skal brukes videre.
- Avklare eventuelle spørsmål omkring samtykke og anonymitet.
- Spørre om noe er uklart.
- Informere om lydopptak og lagring av data (via telefon, lagres kun på UiOs disk).
- Informere om tidsbruk (omtrent 1 time).

#### Åpningsspørsmål

- Kort presentasjon av meg selv.
- Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
- Hvor lenge har du vært i det nåværende teamet?
- Hvordan har sesongen gått så langt?
- Hvordan er forholdet mellom deg og spillere?

#### Legemidler

- Kan du fortelle litt om hvordan du tenker legemiddelbruken i idretten er?
- Hva er din erfaring i forhold til bruk av legemidler hos fotballspillere?
- Brukes det mye reseptbelagte legemidler blant spillere? - Hva med reseptfritt?
- Hvordan opplever du er kunnskap om legemidler blant fotballspillere?
- Synes du spillere kommer alltid til støttepersonell med spørsmål om bruk av legemidler, eller tar de den avgjørelsen ofte selv?
- Hvilke legemidler synes du brukes mest i fotball?
- Smertestillende, astmamedisiner, medisiner til lokalt bruk?
- Følger du at fotballspillere deler medisiner mellom hverandre?
- Hva synes du om overforbruk av legemidler blant idrettsutøvere i dette teamet?
- Hvordan håndteres det behov for reseptfrie legemidler ved for eksempel forkjølelse, allergi, hudsykdommer, søvn, lettere smerter?

- Finnes det noen særlig kommunikasjon med apotek i forbindelse med henting og utlevering av medisiner til spillere?
- Utveksler du erfaringer om spilleres legemiddelbruk med noen andre i teamet?

## Kosttilskudd

- Hvilke tanker har du rundt bruk av kosttilskudd i idretten?
- Hva slags type kosttilskudd?
- Hva er dine tanker rundt bruk av pre-workout, proteinpulver osv?
- Hvor finner du informasjon om et kosttilskudd er tillat å bruke i idretten?
- Hvor anbefales det at man kjøper kosttilskudd produkter fra? - Norsk apotek, på nettet, utlandet?
- Følger du at kosttilskudd er noe idrettsutøver "må ha"?

## Doping/antidoping

- Hva er det første du tenker på når du hører på ordet doping?
- Hvor finner du informasjon om et legemiddel er på dopinglista eller ikke? - Hva synes du om fotballspillere sjekker den informasjonen selv, eller stoler de mest på råd fra støttepersonell på teamet?
- Har du hørt om astmakalkulator til ADN?
- Hva slags forbindelse har trenere med antidoping i idretten tror du?
- Tror du at doping er mer eller mindre synlig i fotball sammenlignet med andre idretter i Norge?
- Hvilke tanker har du om bevisst mot ubevisst doping?
- Er det mulig å konkurrere på toppnivå uten doping?
- Hva tenker du er spillerens ansvar, og hva er ditt ansvar ift doping?
- Er du kjent med "ren utøver" kurset? Hva er din tanke rundt den?

## Rusmidler

- Hva tenker du om økende bruk av rusmidler i samfunnet og idretten?
- Hva slags påvirkning kan dette ha på idretten i årene framover?
- Hvor mye alkohol og rusmidler brukes det på fest tror du? Er fotballspillere i teamet deres ofte på sosiale arrangement?
- Hvordan ville du håndtert informasjon at en fotballspiller fra teamet dit hadde ruset seg på en treningsdag eller en kamp? Hvordan ville du håndtert det?

## **Avslutning**

- Er det noe mer du vil fortelle enn det vi allerede har snakket om?
- Har du noen spørsmål til meg?
- Er det noe som er uklart?

# Vedlegg 3: Meldeskjema til SIKT

04.05.2025, 22:54

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## 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 sammenheng 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 Björnsdottir, ingunn.bjornsdottir@famasi.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, eliteserien, 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. utfordringer, kulturelle og organisatoriske faktorer. Intervjuene vil være i en-til-en formatet, og skal ta ca. 1 time. På forhånd skal intervjuedeltakerne 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-diktafon 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-diktafor 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 brannsikkerskap, 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 publikasjon?**

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 4: Vurdering fra SIKT

04.05.2025, 23:05

Vurdering av behandling av personopplysninger - Ref. 865591



## 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.