

Yngre mannlige fotballutøveres holdninger til legemidler og kosttilskudd

Nadia Al-Haidari



Masteroppgave i farmasi

45 studiepoeng

Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2024

Yngre mannlige fotballutøveres holdninger til legemidler og kosttilskudd

Nadia Al-Haidari



Masteroppgave i samfunnsfarmasi
Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo

Mai 2024

Hovedveileder:

Ingunn Björnsdottir, seksjon for farmasi, Universitetet i Oslo

Eksternveiledere:

Astrid Gjelstad, Universitetet i Oslo og Antidoping Norge

Fredrik Lauritzen, Antidoping Norge

Sofie Christensen, Antidoping Norge

© Nadia Al-Haidari

2024

Yngre mannlige fotballutøvere sine holdninger til legemidler og kosttilskudd

Nadia Al-Haidari

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Innledning: Fotball, en av de mest populære idrettene globalt, er stadig påvirket av spørsmål rundt bruk av legemidler og kosttilskudd. I Norge, hvor rundt 1,9 millioner personer som deltar i organisert idrett må følge dopingreglementet, inneholder 13% av medikamentene stoffer fra dopinglisten. Blant norske fotballutøvere under 20 år har det blitt rapportert et forbruk av analgetika, antihistaminer og NSAIDs, med henholdsvis 14,3%, 10,3% og 8,6% mellom 2015-2019. Studier viser at unge utøvere ofte bruker smertestillende legemidler for å skjule skader for å fortsette trening, noe som kan forårsake større helseskader. Mellom 2013 og 2018 rapporterte 21% av norske utøvere med positive dopingprøver at utilsiktet inntak fra kosttilskudd var årsaken. God ernæring er essensielt for å maksimere prestasjon og fremme helse og restitusjon, og informert veiledning fra apotek og støttepersonell er avgjørende for å forbedre utøvernes livskvalitet og minimere risikoen for utilsiktet doping

Hensikt: Hensikten med denne studien er å søke å utforske yngre, spesifikt mellom alderen 18-19 år, mannlige fotballutøvere sine holdninger til legemidler og kosttilskudd.

Formålet er å prøve å identifisere faktorer som kan påvirke deres beslutningsprosess knyttet til bruk av legemidler og kosttilskudd i henhold til antidopingbestemmelsen, i tillegg til å få innsikt i hvordan antidopingregelverket blir oppfattet og etterlevd i denne spesifikke gruppen.

Metode: I denne kvalitative studien ble fokusgruppeintervjuet brukt som metode for datainnsamling, som deretter ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Prosjektet inkluderte 25 yngre elitefotballspillere som deltok i fokusgruppeintervjuene. Intervjuene ble gjennomført i perioden fra november 2023 til desember 2023.

Resultat: Yngre mannlige fotballutøvere bruker ofte vanlige reseptfrie smertestillende som ibuprofen og paracetamol for mindre smerter og ubehag, og noen ganger før kamper og trening for å forbedre ytelsen. Motivasjonen for bruk av kosttilskudd er for å oppnå ytelsesfordeler, bedre restitusjon, og generell helseforbedring. Utøverne har en stor tillit til råd fra fysioterapeuter og leger, og anser de som viktige informasjonskilder. Imidlertid viser studien at det var en mangel på kunnskap og aktiv bruk av antidopingregler

Konklusjon: Denne studien viser at yngre utøvere bruker smertestillende midler og kosttilskudd for å maksimere ytelse, og de stoler sterkt på råd fra fysioterapeuter og leger.

Imidlertid avslører studien en mangel på dypere forståelse og bruk av antidopingregler, noe som understreker behovet for forbedret kunnskap og kommunikasjon om antidoping for å sikre at utøverne følger regelverket nøye.

Abstract

Introduction: Soccer, one of the most popular sports globally, is continually influenced by issues surrounding the use of medications and supplements. In Norway, where approximately 1.9 million people participating in organized sports must adhere to doping regulations, 13% of medications contain substances from the doping list. Among Norwegian soccer players under 20 years, there has been reported consumption of analgesics, antihistamines, and NSAIDs, with respective rates of 14.3%, 10.3%, and 8.6% between 2015-2019. Studies indicate that young athletes often use pain relievers to conceal injuries and continue training, which can lead to more severe health issues. Between 2013 and 2018, 21% of Norwegian athletes with positive doping tests reported that unintentional intake from supplements was the cause. Proper nutrition is essential to maximize performance and promote health and recovery, and informed guidance from pharmacies and support staff is crucial to enhance athletes' quality of life and minimize the risk of unintentional doping.

Objective: The purpose of this master's thesis is to explore the attitudes of young male football players, specifically aged 18-19, towards medications and supplements. The aim is to identify factors that may influence their decision-making process regarding the use of medications and supplements in accordance with anti-doping regulations, as well as to gain insight into how the anti-doping rules are understood and adhered to by this specific group

Method: In this qualitative study, focus group interviews were used as the method for data collection, which were then analyzed using thematic analysis. The project included 25 young elite football players who participated in the focus group interviews. The interviews were conducted from November 2023 to December 2023

Results: Young male football players often use common over-the-counter pain relievers such as ibuprofen and paracetamol for minor pains and discomforts, and sometimes before games and training to enhance performance. The motivation for using supplements is to achieve performance benefits, improved recovery, and overall health improvement. The athletes have great trust in advice from physiotherapists and doctors, whom they consider important sources of information. However, the study shows that there was a lack of knowledge and active use of anti-doping rules

Conclusion: This study shows that young athletes use pain relievers and supplements to maximize performance, and they strongly rely on advice from physiotherapists and doctors. However, the study reveals a lack of deeper understanding and use of anti-doping rules, which underscores the need for improved education and communication about anti-doping to ensure that the athletes closely follow the regulations

Forord

Takk til de 25 utøverne som deltok i denne studien og takk til Norges fotballforbund som var positive til å delta i studien. Jeg håper følgende studie kan finnes nyttig og lærerikt til deres idrett.

En takk til Sofie Christensen, Astrid Gjelstad, Ingunn Björnsdottir, og Fredrik Lauritzen for hjelp underveis i prosjektet.

Tusen takk til Synne Strand som gjennomførte en lignende oppgave, men med jenter i fokus, for godt samarbeid og deltakelse i intervjuene.

Takk til Antidoping Norge for samarbeidet i dette prosjektet

Takk til onkel og pappa og resten av familien min for hjelp underveis i prosjektet når jeg trengte oppmuntring og motivasjon.

Denne masteroppgaven markerer slutten på farmasistudie ved Universitet i Oslo. En kjempestor takk til hele kull 2024, og en ekstra takk til min lesepartner, Emilie Eriksen, som har holdt ut med meg og hjulpet meg gjennom studiet og praksis

Til slutt vil jeg gi den største takken til Yasmeen, elsker deg mamma

Takk for meg

Nadia Al-Haidari

Oslo, mai 2024

Liste over forkortelser

WADA	World anti-doping agency
WADC	World anti-doping code
ADNO	Antidoping Norge
NSAIDs	Non-steroidal Anti-inflammatory drugs
TA	Tematisk analyse
OOO	Out of competition
IC	In competition
AAS	Anabole androgene steroider
EPO	Erythropoetin
GH	Veksthormon
COX	Cyklooksxygenase
FIFA	Fédération Internationale de Football Association
TSD	Tjenester for Sensitive Data
SIKT	Kunnskapssektorens tjenesteleverandør
ATC	Anatomisk Terapeutisk Kjemisk

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Antidoping	1
1.2 World Anti-Doping Agency (WADA).....	2
1.2.1 Antidoping Norge (ADNO).....	2
1.3 Dopinglisten	2
1.4 Legemidler.....	6
1.5 Smertestillende legemidler.....	7
1.5.1 NSAIDs	7
1.5.2 Paracetamol.....	8
1.6 Bruk av smertestillende legemidler i idretten.....	8
1.7 Legemiddelbruk blant den unge befolkningen.....	9
1.7.1 Legemiddelbruk blant unge utøvere	10
1.8 Kosttilskudd	11
1.8.1 Bruken av kosttilskudd i idrett	11
1.9 Idrettsfarmasi	13
1.10 Støttepersonnellets rolle og innflytelse.....	14
2. Hensikt	16
3. Metode.....	17
3.1 Kvalitativ forskningsmetode.....	17
3.2 Fokusgruppeintervju	17
3.3 Etikk	18
3.3.1 SIKT-godkjenning.....	18
3.3.2 Samtykkeprosessen.....	18
3.3.3 Konfidensialitet og anonymitet.....	19
3.3.4 Tjenester for Sensitive Data (TSD).....	19

3.4	Datainnsamling og gjennomføring	19
3.4.1	Rekrutteringsprosessen	19
3.4.2	Semi-strukturert intervjuguide.....	20
3.4.3	Pilotintervju	21
3.4.4	Gjennomføring av intervjuene.....	21
3.5	Datahåndtering og analyse	21
3.5.1	Transkribering	21
3.5.2	Tematisk analyse.....	22
4.	Resultater.....	28
4.1	Demografiske variabler.....	28
4.2	Bruk av legemidler	28
4.2.1	Legemidler som benyttes	29
4.2.2	Årsaker til bruk av legemidler	30
4.2.3	Tilgjengelighet på legemidler	31
4.2.4	Lagets holdninger til legemidler.....	32
4.3	Bruk av kosttilskudd	33
4.3.1	Kosttilskuddene som benyttes	34
4.3.2	Motivasjon bak bruken av kosttilskudd	34
4.3.3	Erfaringer og tanker rundt kosttilskudd	37
4.3.4	Innkjøp av kosttilskudd.....	38
4.4	Støttepersonellets rolle i legemiddel- og kosttilskudd bruk blant utøverne.....	38
4.4.1	Kilder til informasjon og rådgivning.....	39
4.4.2	Tillit til anbefalte legemidler og kosttilskudd fra leger og fysioterapeut	39
4.4.3	Tillit til anbefalte legemidler og kosttilskudd fra annet støttepersonell (tannlege, farmasøyt og andre spillere)	40
4.5	Holdninger til dopinglisten og rus	42

4.5.1 Bruken av dopinglisten	43
4.5.2 Gjennomføring og tanker rundt ren utøver.....	45
4.5.3 Holdninger til rusmidler	47
5. Diskusjon.....	48
5.1 Oppsummering av hovedfunnene fra studien.....	48
5.2 Diskusjon av funnene	48
5.2.1 Bruk av legemidler.....	48
5.2.2 Bruk av kosttilskudd.....	50
5.2.3 Tillit til støttepersonellet	52
5.2.4 Holdninger til antidoping.....	54
5.3 Metodediskusjon.....	55
5.3.1 Semi- strukturert intervju.....	55
5.3.2 Fokusgruppeintervjuet.....	56
5.3.3 Tematisk analyse.....	59
5.4 Forslag til videre forskning og veien videre	60
6. Konklusjon	62
7. Referanseliste	63
8. Vedlegg	73
Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....	73
Vedlegg 2: Første intervjuguide	75
Vedlegg 3: Endret intervjuguide.....	78
Vedlegg 4: Samtykkeskjema og informasjonsskriv	82
Vedlegg 5: Meldeskjema til SIKT	86
Vedlegg 6: Godkjenning fra SIKT.....	91
Vedlegg 7: Aldersbekreftelse fra SIKT	93
Vedlegg 8: Eksempel på tematisk analyse (Intervju 4).....	94

Tabell-liste

Tabell 1: Oversikt over de ulike stoffgruppene i dopinglisten 2024 og deres kjennetegn (21)

Tabell 2: Oversikt over demografiske variabler

Tabell 3: Skjematisk oversikt over hovedtema «*Bruk av legemidler*»

Tabell 4: Skjematisk oversikt over hovedtema «*Bruk av kosttilskudd*»

Tabell 5: Skjematisk oversikt over hovedtema «*Støttepersonellets rolle i legemiddel-og kosttilskudd bruk blant utøverne*»

Tabell 5: Skjematisk oversikt over hovedtema «*Holdninger til dopinglisten og rus*»

I utarbeidelsen av denne oppgaven ble ChatGPT versjon 3.5 og 4 benyttet som hjelpemiddel for språkvask og for å assistere med oversettelser fra engelskspråklig litteratur

1. Introduksjon

Konseptet idrett reflekterer mange ideelle verdier i det moderne samfunnet, slik som innsats, hardt arbeid, fremgang og rettferdig spill (1). For å lykkes i idrett kreves det fysiske evner og talenter for å møte sportens krav (2). Forskning indikerer at idrettsutøvere, på tvers av aldersgrupper, bruker smertestillende midler opptil fire ganger mer enn den generelle befolkningen innenfor samme aldersgruppe (3, 4). Blant den yngre generasjonen, alderen 14-20 år, observeres det ofte høye forventninger til forbedring og et betydelig press for å levere topp prestasjoner, mange med håp om en fremtidig profesjonell idrettskarriere (1). Blant norske fotballutøvere under 20 år har det blitt rapportert et forbruk av analgetika, antihistaminer og NSAIDs, med henholdsvis 14,3%, 10,3% og 8,6% mellom 2015-2019 (5). Disse legemidlene er ikke bivirkningsfrie til tross for at det selges reseptfritt på apotek og andre butikker (6). I tillegg har det blitt rapportert et forbruk på 27% av de fysisk aktive mellom 15-25 år på minst ett kosttilskudd, der proteinpulver og kreatin er de mest brukte (7). Blant de yngre idrettsutøverne er holdningen deres til bruk av legemidler og kosttilskudd, samt bevisstheten og kunnskapen rundt antidoping reglene avgjørende for formeringen av de kommende generasjonene innen idretten (8). For å sikre en helhetlig forståelse av dette fenomenet er det viktig å forstå litteraturen bak dette.

1.1 Antidoping

I dagens idrettsverden har kampen mot doping blitt en sentral prioritet for å sikre rettferdighet, helse og integritet i idretten. Fotball, som er en av de mest utbredte idrettene på global basis, har blitt stadig mer påvirket av spørsmål knyttet til bruk av legemidler og kosttilskudd (3, 9). Antidoping referer til bruk av forbudte stoffer i konkurransesammenheng innen idretten (10). Som følge av det økte presset i idrett kan det oppstå en økt fristelse for å ty til ulike substanser som kan bidra til at utøver oppnår sine mål. Doping har blitt identifisert som en alvorlig etisk og helsemessig bekymringspunkt (11). Internasjonale antidopingtiltak startet på alvor på 1960 og 1970 tallet, etter at dopingproblemer i idretten viste å ha en helserisiko da flere utøvere døde under konkurranser grunnet uregulert bruk av doping midler (12).

1.2 World Anti-Doping Agency (WADA)

WADA ble etablert i 1999 med det overordnede målet om å fremme en doping fri idrettsarena. Visjonen til WADA er formulert som «a world where all athletes can participate in a doping free environment». WADAs primære rolle er å utvikle, harmonisere og koordinere antidopingregler og retningslinjer på tvers av alle idretter og land (13).

Motivasjonen bak opprettelsen av WADA var etter gjentatte dopingskandaler, og en av de mest betydningsfulle hendelsene som satt i gang etableringen av WADA var den store dopingskandalen i sykling i 1998, kjent som Festina skandalen. Denne skandalen avdekket omfattende lagdoping, dette gjorde at antidoping verden måtte gjøre et stort skifte og etablere WADA (14). WADA ble derfor etablert for å fungere som en global autoritet for å beskytte idrettsutøvere, fremme prinsippene for ren idrett og bevare idrettens ånd på internasjonalt nivå (13). Verdens anti-doping kode (WADC) ble opprettet av WADA i 2004 og er det sentrale dokumentet som harmoniserer antidopingpolitikk, regler og forskrifter innen idrett og jobber med å fremme konsistens blant antidopingorganisasjoner på tvers (15).

1.2.1 Antidoping Norge (ADNO)

Antidoping Norge fungerer i dag som det nasjonale organet for antidopingaktiviteter i Norge og opererer i samsvar med retningslinjene fastsatt av WADA. ADNO er en selvstendig stiftelse og ble opprettet i 2003 av kultur og kirke departementet og Norges idrettsforbund og olympiske komite (NIF) (16). I Norge er enhver person over 15 år som deltar i organisert idrett på internasjonalt nivå eller på nasjonalt nivå underlagt dopingreglementet (17). Trolig er en stor andel av Norges befolkning forpliktet til å følge dopingreglementet, der det er ca. 1,9 millioner medlemmer i NIF (18). ADNO har utviklet et opplæringsprogram som heter Ren utøver (19). Ren utøver er et e-læringsprogram for idrettsutøvere og støttepersonell i Norge som gir informasjon om det viktigste innen antidoping (20).

1.3 Dopinglisten

Dopinglisten er en del av «world anti-doping program» og representerer den offisielle internasjonale standarden for de forbudte stoffene og metodene innenfor idretten (21). Dopinglisten gir en oversikt over kategoriserte grupper, S0-S9, M1 – M3 (metoder) og P1 (betablokkere) som viser de forbudte stoffene og metodene i idrett og når det er forbud

(Tabell 1). Dopinglisten oppdateres årlig etter en høringsrunde av WADA (21). For at et stoff eller metode skal havne på dopinglisten må den fylle to av tre kriterier (22):

1. Potensial for prestasjonsbedring: Substansen eller metoden vurderes ut fra dens evne til å øke idrettsutøverens ytelse (22).
2. Helserisiko for utøver: Substans gir en mulig helsefare eller skadelig virkning på utøver (22).
3. Brudd på idrettens ånd: Stoff eller metode er i strid med grunnleggende prinsipper for rettferdighet og integritet i idretten (22).

Dopinglisten inkluderer også vurderingen av substanser og metoder sine evner til å maskere bruken av forbundet stoffer som for eksempel diuretika, samt stoffer som brukes til behandling av bivirkninger av dopingmidler som aromatase hemmere som behandler bivirkningene av anabole steroider (21).

Tabell 1: Oversikt over de ulike stoffgruppene i dopinglisten 2024 og deres kjennetegn (21).

Stoffgruppe	Kjennetegn
Forbudt til enhver tid (OOC: Out of competition)	
S0. Ikke godkjente stoffer.	Stoffer i eksperimentell/utprøvende fase som er under utvikling (23).
S1. Anabole stoffer.	Typisk anabole androgene steroider (AAS) som er en samlebetegnelse for det mannlige kjønnshormonet testosteron (24). AAS brukt som dopingmiddel for økt muskelstyrke brukes i store doser som overstiger kroppens normale hormonproduksjon (25).
S2. Peptidhormoner, vekstfaktorer, relaterte substanser og mimetika.	Inkluderer hormoner med betydelig effekt på kroppen. De mest kjente dopingmidlene i denne gruppen er veksthormon (GH) og erythropoetin (EPO). GH gir økt muskelvekst, reduserer fettprosent og fremmer restitusjon (26). EPO virker ved å øke oksygentilførsel til musklene og på den måten øker den utholdenheten og prestasjonen til utøvere (27).

S3. Beta- 2- agonister.	Beta-2 agonister utøver sin terapeutisk virkning ved å binde seg til beta-2 reseptorer og gi en bronkдилatasjon (utvidelse av luftveiene) (28). Denne terapeutiske effekten forbedrer oksygenopptaket i lungene som medfører til maksimal ytelse for aerobe øvelser. Grunnet denne prestasjonsfremmende effekten, er beta-2-agonister inkludert i dopinglisten på grunn av dens brudd med idrettens ånd og dens prestasjonsfremmende effekt (29).
S4. Hormon- og metabolske modulatorer.	Inneholder flere grupper av syntetiske forbindelser, eller andre, som virker ved å modulere ulike endogene hormonelle veier og lokale muskelspesifikke signaloverføringsveier (30). Brukes som doping for prestasjonsbedring eller motvirke uønskede bivirkninger (aromatasehemmere) mot for eksempel AAS (30)
S5. Diuretika og maskerende stoffer.	Diuretika er medikamenter som virker på nyrene for å øke urinproduksjonen. Imidlertid blir de også misbrukt i idrett, ettersom deres farmakologiske virkning har fått noen utøvere til å tro at økt urinutskillelse vil skjule bruk av andre forbudte stoffer. Videre har diuretika blitt misbrukt for å midlertidig redusere vekt i idretter som baseres på vektclasser (31)
Forbudt i konkurranse (IC: in competition)	
S6. Stimulerende stoffer	Gruppe substanser som påvirker sentralnervesystemet og kan redusere symptomer på utmattelse og mangel på energi. Stimulerende midler som amfetamin, kokain og efedrin brukes både for å øke kroppens yteevne under konkurranser og for vektreduksjon før konkurranser (26)
S7. Narkotika	Betydningen av ordet er stoffer som kan indusere narkose, som kan defineres som en tilstand av ufølsomhet (32). Hovedsakelig er denne gruppen på dopinglisten ettersom det er i strid med idrettens ånd og kan være helsefarlig, noen har også en prestasjonsfremmende effekt ved å maskere smerte (26).

S8. Cannabinoider	Cannabinoider stammer fra cannabis og brukes hovedsakelig som rusmiddel for personlig nytelse og avslapning. Selv om de farmakologiske effektene av cannabinoider mest sannsynlig vil føre til forverring av prestasjonen snarere enn forbedring brytes den idrettens ånd (33).
S9. Glukokortikoider	Glukokortikoider, også kjent som kortikosteroider, er et hormon med ulike fysiologiske effekter inkludert antiinflammatoriske, immunsuppressive og metabolske effekter (34). Glukokortikoider brukes vanligvis til behandling av leddgikt, astma og eksem. Innen doping blir glukokortikoider typisk benyttet for raskere restitusjon (26).
M1. Manipulering av blod og blodkomponenter	Denne gruppen innebærer bloddoping. Denne inkluderer metoder som manipulerer blodets sammensetning som å øke oksygenopptaket i blod for økt utholdenhet (26)
M2. Kjemisk og fysisk manipulasjon	Manipulering av dopingprøve ved å forbytte prøven eller sabotere prøven ved for eksempel tilsetning av stoffer som vanskeliggjør sporing av forbudte stoffer i laboratoriet (26)
M3. Gendoping	Øke prestasjonsevnen ved å tilføre gener eller virus DNA for å i kroppens celler (26)
Forbudt i konkurranse i enkelte idrett (presisjonsidretter)	
P1. Betablokkere	Betablokkere brukes til behandling av høyt blodtrykk og hemmer virkningen av adrenalin og noradrenalin og reduserer blant annet hjerterytmen. I idretten brukes det for å redusere symptomer på stress (26)

Enkelte stoffer skal aldri brukes og er forbudt til enhver tid (OOC: out of competition), både i og utenfor konkurranse (21). Andre substanser på dopinglisten er kun forbudt i konkurranse (IC: in competition) og det forventes at disse stoffene ikke skal kunne spores i urin eller blodprøver under selve konkurransen (21). I tillegg deles stoffene inn i spesifiserte og ikke-spesifiserte stoffer, grunnet at noen stoffer kan komme inn i kroppen på et eller annet vis.

Spesifiserte stoffer kan finnes i kroppen, og kan ha en legitim forklaring på tilstedeværelsen, det betyr at det kan være en akseptabel årsak til forekomsten. Ikke-spesifiserte stoffer skal derimot ikke være i kroppen da det ikke vil være en god nok årsak for dette (21).

1.4 Legemidler

Legemidler defineres som enhver substans som benyttes for å forebygge, diagnostisere, behandle eller lindre symptomer på sykdommer eller unormale helsetilstander (35). Disse substansene påvirker ofte de kjemiske prosessene i kroppens celler på varierende måter. For eksempel, noen legemidler erstatter stoffer som kroppen mangler, som hormonet insulin (35). Insulin produseres i bukspyttkjertelen og er viktig i reguleringen av blodsukkernivået. Personer med diabetes type 1 har insulinmangel fordi deres immunforsvar angriper de insulinproduserende cellene (36). Ettersom insulin er et anabolt hormon, da den har en muskeloppbyggende effekt, er det klassifisert under gruppe S2 på dopinglisten (Tabell 1) (37). Andre legemidler kan ha forebyggende og lindrende virkning, slik som legemidler for astma (38). Astma er en inflammatorisk luftveissykdom som fører til innsnevring av bronkiene (luftveiene), noe som resulterer i symptomer som tung pust (39). I Norge antas det at mellom 2-4% av voksne og 3-11% av barn lider av astma (39). Behandlingen for astma inkluderer ofte bruk av beta-2-agonist som inhalasjon for å utvide luftveiene (28). Som tabell 1 viser, er beta-2-agonister kategorisert under gruppe S3 på grunn av deres potensielt prestasjonsfremmende effekter (29).

I 2022 ble reseptpliktige legemidler til en samlet verdi på 31.8 milliarder kroner benyttet av den norske befolkningen, med et gjennomsnitt på 1.6 legemiddeldoser per innbygger ifølge apotekforeningen (40). Det er avgjørende at personer som trenger medisinsk behandling for ulike helsetilstander er klar over at de kan være blant de 1,9 millioner utøverne som er forpliktet til å følge dopingreglementet (18), og at om lag 13% av legemidlene i Norge er underlagt dopinglisten (41).

Når en idrettsutøver står ovenfor nødvendigheten av medisinsk behandling som involverer stoffer som er oppført på dopinglisten, kan det være aktuelt å søke om medisinsk fritak. Med et medisinsk fritak gis utøver en offisiell godkjenning for bruk av aktuelle stoffer i forbindelse med behandling. Ved en positiv dopingprøve avsluttes saken dersom utøver har fått medisinsk fritak for det aktuelle forbudet stoffet, ellers så blir utøver bedt om å søke om medisinsk fritak avhengig av idrettsutøver sitt nivå. Nasjonale toppidrettsutøvere er pålagt å sende inn søknad

om medisinsk fritak på forhånd til ADNO. Internasjonale toppidrettsutøvere skal grundig undersøke regelverket for medisinsk fritak hos det relevante internasjonale særforbundet som er gjeldende for deres idrett, også på forhånd (42). Når det gjelder alle andre utøvere fra fylt 15 år som ikke er nasjonale toppidrettsutøvere kan de sende søknad om medisinsk fritak på forhånd og skal ellers søke når ADNO ber om det (42).

Det er ulike kriterier som må fylles for at en utøver skal få innvilget medisinsk fritak for bruk av substanser som er oppført på dopinglisten (43):

1. Betydelige helseplager: Bruken av det ulovlige stoffet må være nødvendig for behandling av den medisinske tilstanden. Dette kravet skal understøttes av klinisk dokumentasjon fra lege som bekrefter diagnosen (43).
2. Ingen prestasjonsforbedring: Stoffet skal ikke kunne gi noe prestasjonsfremmende effekt utover normalnivå. For eksempel vil insulin, som gjenoppretter insulinnivået til normalt hos diabetikere, ikke resultere i en prestasjonsfremmende fordel (43).
3. Ingen andre behandlingsalternativer: Utøveren må ha forsøkt andre rimelige behandlingsalternativer før medisinsk fritak skal vurderes (43).
4. Fravær av tidligere bruk: Det aktuelle medikamentet skal ikke være et resultat av tidligere bruk (43)

1.5 Smertestillende legemidler

Smertestillende, også kjent som analgetika, omfatter vanligvis legemidler som paracetamol og ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs) som ibuprofen, diflufenac og naproksen. Ved alvorlige smerter kan også opioider som morfin tas som smertestillende, forskrevet av legen (44).

1.5.1 NSAIDs

NSAIDs, kjent for sine smertestillende, antiinflammatoriske og febernedsettende egenskaper, virker ved å hemme aktiviteten til enzymet cyklookkxygenase (COX) som er involvert i syntesen av prostaglandiner i de fleste celletyper, inkludert i inflammatoriske celler. Prostaglandiner spiller en sentral rolle i mekanismer som vasodilatasjon, økt kapillær permeabilitet og tiltrekning av inflammatoriske celler til områder med celledskade, noe som

bidrar til smerte og betennelse. I tillegg deltar prostaglandiner i viktige kardiovaskulære, renale og gastrointestinale funksjoner (45). COX finnes i to former: COX-1 og COX-2. Tradisjonelle NSAIDs hemmer både COX-1 og COX-2 enzymer, mens selektive NSAIDs (koksiber) hemmer hovedsakelig effekten av COX-2 enzymene. Den viktigste forklaringen på de antiinflammatoriske og analgetiske effektene av NSAIDs er hemmingen av COX-2 (46). NSAIDs kan administreres oralt, topikalt (for eksempel Voltarol gel), intramuskulært og intravenøst. Langvarig eller høydose bruk av NSAIDs kan føre til bivirkninger (45). Bivirkningene skyldes hovedsakelig hemmingen av COX-1, som finnes i mange celler og vev. Hemmingen av COX-1 reduserer blodplatens aggregasjon. I tillegg har prostaglandiner en beskyttende effekt i mageslimhinnen. Ved hemming av prostaglandin vil denne beskyttende effekten også reduseres, noe som forstyrrer balansen mellom beskyttende og skadelig faktor i slimhinnene. Derfor kan NSAIDs øke blødningstendensen og følgelig øke risikoen for magesår og gastrointestinale blødninger (46).

1.5.2 Paracetamol

Paracetamol deler visse farmakologiske virkninger med NSAIDs, men utviser en lavere analgetisk effekt sammenlignet med NSAIDs når smerter er assosiert med inflammasjon. I motsetning til NSAIDs påvirker paracetamol ikke blodplateaggregasjon i samme grad og forårsaker heller ikke betydelig skade på ventrikkelslimhinnen. Den smertelindrende virkningen av paracetamol skyldes både sentrale og perifere mekanismer, inkludert en svak hemming av COX-2 i sentralnervesystemet (CNS) (47). Administrasjonsformer for Paracetamol inkluderer oral administrasjon som tablett og mikstur, samt rektal administrasjon i form av stikkpiller eller intravenøs infusjon. Paracetamol er vanligvis det foretrukne førstevalget blant smertestillende legemidler på grunn av dets lave bivirkningsprofil (47).

1.6 Bruk av smertestillende legemidler i idretten

Det er rapportert at idrettsutøvere på tvers av alle aldersgrupper og nivåer tar smertestillende legemidler opptil fire ganger mer som den generelle befolkningen i samme aldersgruppe (3, 4). For idrettsutøver er det ikke uvanlig å oppleve idrettsskader som påvirker muskler, ledd og sener. I slike tilfeller benytter utøvere ofte smertestillende eller anti-inflammatoriske medikamenter for å muliggjøre fortsatt trening og deltakelse i konkurranse i løpet av

restitusjonsperioder (45). Bruken av slike legemidler i denne konteksten gir ikke en utilsiktet prestasjonsfordel, men beslutningen om å benytte dem reiser etiske spørsmål.

Mellom 30-50% av idrettsutøvere er rapportert å være hyppig brukere av smertestillende NSAIDs både under konkurranser og treninger (48). Samme artikkel påpeker bekymringen rundt at det ikke er rapportert en sammenheng mellom skade og bruken av NSAIDs og derfor antas det et misbruk og feilpraksis av legemiddelbruk i idretten. Det ble også nevnt at NSAIDs kunne brukes uten medisinsk indikasjon eller til og med når utøvere var friske og uskadde kun for å maskere symptomer for å tilpasse trening (48).

Ytterligere data indikerte at en betydelig andel idrettsutøvere tar NSAIDs som forebyggende tiltak før atletisk deltakelse for å hindre en potensiell betennelse eller smerte (6).

Fotball er en populær lagsport og er en fysisk krevende sport, spesielt for profesjonelle fotballutøvere. Når det gjelder bruken av smertestillende legemidler innen fotball har dette blitt overvåket siden Fédération Internationale de Football Association (FIFA) verdensmesterskapet i 2002 (49). Det ble rapportert at 69% av de voksne mannlige fotballspillerne brukte legemidler, der over halvparten brukte NSAIDs og opptil 1/3 brukte det før hver kamp (49).

1.7 Legemiddelbruk blant den unge befolkningen

I henhold til en studie fra 2022 har det vært en markert økning i bruk av legemidler blant unge i Norge de siste 15 årene (50). Resultatet av studien indikerer at NSAIDs samlet sett var de mest hyppig brukt smertestillende legemidlene, etterfulgt av opioider og paracetamol. Bruken av smertestillende har vist en jevn økning med alderen, spesielt blant individer i alderen 15-29 år. Videre viser studien at i 2019 utgjorde andelen gutter i alderen 15 år og eldre, som fikk utlevert paracetamol, 2.1- 4.4%, mens andelen for NSAIDs var 6-12% (50). Det viser seg også en betydelig økt prevalens av ikke-medisinsk bruk av smertestillende legemidler der denne økningen er betydelig blant dagens ungdom (51). Det viser seg at en av grunnene til den økte prevalensen blant dagens ungdom i USA er foreldrenes vaner og innflytelse i tillegg til den økte tilgjengeligheten av reseptfrie smertestillende legemidler. Ungdommer som var vant til at foreldrene tokk smertestillende legemidler hjemme kunne oppfatte disse legemidlene som trygge og greit å ta (51).

1.7.1 Legemiddelbruk blant unge utøvere

En upublisert studie, LEKONI-studien, har registrert oppgitte legemidler og kosttilskudd på doping skjemaene i perioden 2015 til 2019 i Norge (52). Studien viste at de tre mest rapporterte ATC kodene for mannlige fotballutøvere under 20 år var N02B (andre analgetika og antipyretika som paracetamol), R06A (antihistaminer som Zyrtec) og M01A (NSAIDs som ibuprofen) (5). ATC koder er et internasjonalt klassifiseringssystem for legemidler (53). Flere studier indikerer regelmessig bruk av smertestillende legemidler blant unge utøvere i verden (54-56). I en metaanalyse fra 2021 ble det undersøkt prevalens av analgetika bruk blant 44 381 unge utøvere mellom alderen 15-24 år fra 19 forskjellige land (54). Deltakerne var fra forskjellige idrettsgrener, inkludert fotball, og var fra alle idrettsnivåer. Studien resulterte med en prevalens av NSAIDs på 48% der eliteutøvere benyttet det mest hyppig. Prevalensen for paracetamol var på 21%. De to mest rapporterte årsakene for bruk av smertestillende legemidler var for sportsrelaterte skader og for å forebygge eller lindre smerte for å kunne delta i idrett. Samme studie utviste en bekymring for legemiddelbruken og konkluderte med at videre forskning burde fokusere blant annet på forbrukermønsteret (54). I en annen studie fra 2000 i Amerika ble det forsket på universitets utøvere sine kunnskap, holdninger og bruk av smertestillende legemidler (56). En andel på 29% av deltakerne mente at det ikke var noe galt i å bruke smertestillende legemidler på kampdager når de var skadet for å håndtere smerten. Disse utøverne brukte smertestillende legemidler for å maskere skader slik at de kunne fortsette med trening. I tillegg ble det observert en stor ekstern påvirkning på utøverne fra lagkamerater, familie, venner og annet støttepersonell når det gjaldt beslutningen om bruk av smertestillende legemidler og mange utøvere selvmedisinerte seg med legemidler de fikk av venner og lagkamerater. Studien konkluderte med at mange av utøverne møtte på et press på hva som forventet av dem som kunne lede til misbruk av disse legemidlene. I tillegg var det en mangel på kunnskap rundt de eventuelle bivirkningene av legemidlene. Studien påpekte også bekymringen rundt at mange utøvere valgte å benytte seg av smertestillende legemidler ved skade for å kunne delta i idretten i stedet for å hvile. Ray Tricker mente, i sin studie fra 2000, at det var et tydelig behov for å inkludere informasjon og veiledning rundt bruken av smertestillende legemidler og at et slikt uansvarlig bruk kunne ha store konsekvenser som å sette helsen til utøver i fare og pådra seg enda større skader (56).

1.8 Kosttilskudd

Kosttilskudd er næringsstoffer i konsentrert form og referer til næringsmidler som konsumeres i tillegg til den vanlige dietten (57, 58). Kosttilskudd kan kategoriseres ulikt, innen idrett kategoriseres kosttilskudd generelt inn i fire hovedgrupper ifølge ADNO (59): Vitamin - eller mineraltilskudd (tran og omega-3), sportsprodukter (protein/karbohydrat tilskudd), ergogene/prestasjonsfremmende tilskudd (koffeinholdige produkter og kreatin) og naturpreparater (alger, røtter og urter). I tillegg finnes det blandingsprodukter som kan inneholde flere av de overnevnte kategoriene, et eksempel på dette er pre-workout (59).

Et variert kosthold vil kunne dekke næringsbehovet, også ved høy fysisk trening. Noen næringsstoffer, som vitamin D, kan derimot være en utfordring å få tilstrekkelig inntak av, og da kan kosttilskudd være et alternativ (57). I Norge er kosttilskudd underlagt regelverket for matvarer, og det er derfor av særlig betydning, for utøvere spesielt, å nøye undersøke innholdet i disse produktene, da reguleringen ikke er like streng som for legemidler (58). Utsiktet doping kan skje når utøver med et uhell får i seg forbudte stoffer fra kosttilskudd, forurenset mat eller legemidler fra utlandet (45). Utsiktet doping representerer en reell utfordring og dette ser man i en del tilfeller i de positive prøvene ved dopingkontroll, der utøver hevder å ha fått i seg stoffet ubevisst (60). Mellom 2013 til 2018 hevdet 21% av utøverne som hadde en positiv prøve at kosttilskudd var kilden til utsiktet doping (7). En internasjonal studie observerte en forureningsrate mellom 12-58% i kosttilskudd som ble analysert fra 2002 til 2005. I de fleste tilfellene var disse kosttilskuddene forurenset med anabole stoffer, stimulerende stoffer og/eller beta-2 agonister som ikke var oppført som innholdsstoffer på preparatene (61).

1.8.1 Bruken av kosttilskudd i idrett

Bruken av kosttilskudd er utbredt blant utøvere, og det anslås at 40% av idrettsutøvere bruker kosttilskudd, med variasjoner opptil 100%, avhengig av idrettsgren (62). Det er ikke unormalt at en idrettsutøver tyr til bruk av kosttilskudd, og dette valget kan være motivert av flere faktorer (63):

1. Erstatning av mangelfullt kosthold
2. Tilførsel av ekstra næring for å forbedre trening og konkurranseprestasjon
3. Lindring av skader eller sykdom
4. Lettelse av restitusjonstiden ved skader eller sykdom
5. Oppnåelse av ergogen (prestasjonsfremmende) fordel under trening eller konkurranse

God ernæring spiller en sentral rolle i idrettsutøvelsen for å maksimere prestasjon, sikre optimal helse og fremme effektiv restitusjon (63). Videre kan utøvere bli påvirket av andres praksis innenfor idrett, observasjoner av medieomtale eller andre plattformer, og dette kan også påvirke beslutningen om å bruke kosttilskudd (63). I Norge bruker 27% av de fysisk aktive mellom 15-25 år minst ett kosttilskudd, der proteinpulver og kreatin er de mest brukte (64). En studie fra de olympiske lekene i Sydney i 2000 ble det utført 2 758 dopingkontroller, der informasjon om legemiddelbruk og kosttilskudd bruk de siste 3 dagene ble samlet inn som en del av rutinemessig testing. Resultatene viste bruk av mer enn 17 ulike kosttilskudd hvor multivitaminer, C-vitamin, kreatin og aminosyrer var blant de mest brukte kosttilskuddene (65). Da ønsket var å forske på motivasjonen og grunnen til inntak av kosttilskudd blant utøvere fant en studie at det var for bedre helse der hovedkilden for informasjon var foreldrene deres (66). I tillegg har det blitt observert i en annen studie at hovedmotivasjonen for bruk av kosttilskudd blant universitets utøvere var for restitusjon etter trening og inntak av protein ved utilstrekkelig diett (67).

Prestasjonsfremmende tilskudd (Kreatin)

Prestasjonsfremmende tilskudd, også kjent som ergogene tilskudd, påstås å gi en prestasjonsfremmende effekt i treningsammenheng (59). Kreatin, en kjemisk forbindelse essensiell for energilagring i muskelceller i form av kreatinfosfat (68), representerer en av de mest brukte ergogene kosttilskuddene (7, 68). Vanlige kostholds kilder for kreatin inkluderer matvarer som kjøtt og fisk. Produksjonen av kreatin skjer primært i nyrene gjennom en enzymatisk prosess som resulterer i dannelse av kreatin, sammensatt av arginin, glysin og metionin. Når kreatin bindes til fosfat, tjener det som en betydelig energikilde for kroppens celler, spesielt for muskelceller som krever store mengder energi som muskelceller og hjerneceller (68). Kreatin er et populært kosttilskudd innen styrketrening, og forskning indikerer en forbedring i høyintensiv treningsprestasjon ved bruk av kreatin (68, 69). Videre antyder flere studier at kreatin kan bidra til raskere restitusjon etter intense treningsøkter (69-

71). Det har også blitt dokumentert at både langvarig og kortvarig bruk av kreatin er vel tolerert og trygt for friske individer (69).

Sportstilskudd (proteintilskudd)

Sportstilskudd er kosttilskudd som benyttes typisk i treningssammenheng, proteintilskudd er et eksempel på dette (59). Proteiner er kroppens byggesteiner og spiller en avgjørende rolle i flere biologiske prosesser i kroppen inkludert celle- og vevsoppbygging, samt produksjon av hormoner og enzymer (72, 73). Menn som utfører omfattende utholdenhetstrening, har vist et daglig proteinbehov på mellom 1,2 til 1,6 gram protein per kilogram kroppsvekt, og dette kan vanligvis dekkes gjennom et variert kosthold som inkluderer proteinrike matvarer som meieriprodukter, kjøtt og egg (73). Inntak av protein før og/eller etter trening har vist seg å ha en effekt på økning av muskelmasse (74). Likevel er det totale daglige proteininntaket og kaloriinntaket over tid som spiller den avgjørende rollen når det gjelder å tilpasse seg treningen (74). Videre indikerer en studie at et proteininntak på mer enn 1,6 gram per kilogram kroppsvekt daglig ikke gir ytterligere effekter på muskelvekst (75). Typiske proteintilskudd inkluderer proteinbarer og proteinpulver (73). Et annet populært proteintilskudd er BCAA, som inneholder aminosyrene leucin, valin og isoleucin (64). I en undersøkelse fra 2021 i USA ble det rapportert at over halvparten (59,8%) av de 102 unge fotballutøverne (gjennomsnittsalder på 17 år) brukte proteintilskudd. Kun 29,4% rapporterte bruk av pre-workout (76). Pre-workout går derimot under kategorien «blandingsprodukter» i følge ADNO (59)

1.9 Idrettsfarmasi

Farmasøyer har også en viktig rolle innenfor antidopingarbeidet der de har en rolle for utlevering av legemidler og rådgivning, inkludert legemidler til idrettsutøvere (77).

Deres kunnskap rundt legemiddelbruk, farmakologi og legemiddelkjemi utgjør en verdifull ressurs. Som praktiserende farmasøyt på apoteket står de daglig overfor en rekke kunder, der noen kan være involvert i organisert idrett og dermed underlagt antidoping reglementet og som søker veiledning og bevisstgjøring rundt legemiddelbruk (78).

Farmasøytens kunnskap innen farmakologien og legemiddelbruken kan spille en forebyggende rolle ved å forhindre utilsiktet misbruk av legemidler eller kosttilskudd blant idrettsutøver (79). En farmasøyt vil ha tilstrekkelig kunnskap til å forklare til en utøver at et høyt forbruk av NSAIDs kan gi bivirkninger som gastrointestinale blødninger og at det ikke

bør tas hvis det ikke er behov, og at det heller ikke har en prestasjonsfremmende effekt (6). En farmasøyt vil også kunne veilede utøver om riktig bruk av kosttilskudd og svare på spørsmål knyttet til når det er behov for det. Farmasøyten kan informere om at de fleste får i seg nok næring i et sunt og variert kosthold, og ta kosttilskudd er ment for supplement og ikke en erstatning (80).

Verdien av rådgivning fra farmasøyter angående antidoping er anerkjent av idrettsutøvere, som påpekt i en studie fra 2014 (81). En studie ønsket å forske på farmasøytenes kunnskap rundt antidoping i Australia. Resultatene viste at over halvparten av farmasøytene i studien ga riktig antidopingrådgivning (77). Det var derimot mange som manglet grunnleggende kunnskap og ressurser som kunne forhindre antidopingbrudd. Det ble altså identifisert en kunnskapsmangel for rådgivning og veiledning til utøverne, noe som indikerer et ytterligere behov for utdanning innen idrettsfarmasi. Informerte råd ved kjøpsteder, spesielt av idrettsfarmasøyter, kan være særlig betydningsfullt for å forbedre utøveren sin livskvalitet og samtidig redusere risikoen for utilsiktet doping (77).

1.10 Støttepersonellets rolle og innflytelse

Det viser seg at et støttende personlig nettverk rundt utøver har innflytelse på sportslig suksess (82). Støttepersonell, som omfatter en rekke mennesker rundt utøver, utgjør et sentralt nettverk med mulig innflytelse på utøverens liv. Dette nettverket inkluderer trener, foreldre, medspillere og fysisk trener blant annet. Det er av essensiell betydning at støttepersonellet har oppdatert og grunnleggende kunnskap om antidoping, gitt deres betydningsfulle rolle i utøvers liv (83). Foreldrene til idrettsutøvere, spesielt for unge utøvere der noen også fremdeles bor hjemme, kan utøve betydelig innflytelse. Det er derfor nødvendig at også foreldre har tilstrekkelig kunnskap innen antidoping. Manglende grunnleggende kunnskap om antidoping blant foreldre kan potensielt føre til utilsiktet doping (84). WADC fastslår at støttepersonellet også er underlagt antidopingregelverket, og de bærer et ansvar for å sikre at utøveren ikke bare følger idrettens etikk, men også overholder retningslinjene og bestemmelsene i antidopingregelverket og ha en god innflytelse på utøverne (85). Likevel sier prinsippet «strickt liability» i WADC at utøverne er selv ansvarlige for stoffer som blir funnet i dopingprøvene deres, uavhengig om det er intensjonelt eller ikke (86).

Det har blitt rapportert at kunnskapsrike og dyktige støttepersonell rundt utøver kan forbedre prestasjon og minimere risiko for skade som kan redusere behovet for inntak av forbudte stoffer (87). Innflytelsen fra støttepersonellet på utøverens doping, både bevisst og utilsiktet,

stammer fra utøvers tillit til støtteamet og deres høye anseelse på grunn av deres kunnskap og beslutningsposisjon (88)

2. Hensikt

Hensikten med denne studien er å utforske yngre, spesifikt mellom alderen 18-19 år, mannlige elite fotballutøvere sine holdninger til legemidler og kosttilskudd. Formålet er å prøve å identifisere faktorer som kan påvirke deres beslutningsprosess knyttet til bruk av legemidler og kosttilskudd i henhold til antidopingbestemmelsen, i tillegg til å få innsikt i hvordan antidopingregelverket blir oppfattet og etterlevd i denne spesifikke gruppen.

Problemstillingene i denne masteroppgaven er dermed:

1. Hvilke holdninger og erfaringer ytrer yngre mannlige fotballspillere når det gjelder bruk av legemidler og kosttilskudd?
2. I hvor stor grad har yngre mannlige fotballutøvere tillit til støttepersonellet?
3. I hvor stor grad har de yngre mannlige fotballutøvere kunnskap og kjennskap til antidoping og dopinglisten?

3. Metode

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitative forskningsmetoder samler inn data i form av tekstuelle materialer med det overordnede målet å oppnå en dypere forståelse for et gitt fenomen (89) ved å fokusere på å innhente deltakerens følelser, tanker, atferd og erfaringer. Denne metodiske tilnærmingen egner seg spesielt godt for å besvare spørsmål som «hvordan» og «hvorfor» et fenomen oppstår eller utvikler seg. I motsetning til kvantitative forskningsmetoder som hovedsakelig samler inn numeriske data for å svare på spørsmål om «hvor mye» eller «hvor mange» (90). Det finner ulike måter å gjennomføre kvalitative studier på, inkludert deltakende observasjon, ustrukturerte intervjuer, etnografi, fokusgruppeintervjuer og kvalitative innholdsanalyser (89). Valget av metode i en kvalitativ studie er hovedsakelig styrt av den overordnede problemstillingen, med sikte på å sikre innsamling av mest mulig relativ data. En stor fordel med kvalitative studier er fleksibiliteten, noe som muliggjør dybdeforskning og etterfølgende oppfølging for å utforske spesifikt hva som ligger bak verbale uttrykk (90).

3.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuer representerer en intervjumetode som tar sikte på å utnytte kommunikasjonen mellom forskningsdeltakerne for å skape data. Slik gruppebasert interaksjon får deltakerne til å engasjere seg i gjensidig samtale. Gjennom en slik kollektiv dialog vil forsker kunne oppnå en dypere forståelse av hvorfor individer har spesifikke holdninger eller perspektiver på et fenomen. Under denne prosessen vil det kunne muliggjøre utforskning og avklaring av deltakernes synspunkt på en måte som kan være mer uformell og tilgjengelig, sammenlignet med tradisjonelle individuelle intervjuer. Videre vil fokusgruppeintervjuer som kvalitativ forskningsmetode kunne gi deltakerne muligheten til å diskutere, reflektere og fremme ulike synspunkter gjennom kollektiv refleksjon. Dette bidrar til å skape et rikere datagrunnlag (91). Denne studien skal forske på yngre utøvere sine holdninger og perspektiver om legemidler og kosttilskudd. Et fokusgruppeintervju vil kunne gi et dypere innblikk i utøverne sine perspektiver og holdninger ved å skape en diskusjon mellom deltakerne som kan skape rikere data ved at utøverne utveksler meninger og erfaringer med hverandre. Det er interessant å utforske utøvernes kunnskap og erfaringer, samtidig som forsker kan observere gruppens dynamikken og avdekke eventuelle sosiale

normer, verdier og gruppepress som kan påvirke deres holdninger som er interessant spesielt gitt aldersgruppen og utøvernivå (91).

3.3 Etikk

3.3.1 SIKT-godkjenning

Gitt at personopplysninger skulle behandles i forbindelse med det aktuelle forskningsprosjektet og i lys av institusjonens (UiO) avtale med Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) om personvern, var det nødvendig å melde prosjektet til SIKT for godkjenning. Dette trinnet var påkrevd før selve forskningsprosjektet kunne igangsettes (92). Søknaden til SIKT innebar å oppgi informasjon om behandling av personopplysninger, samt detaljer om behandlingsansvarlig, prosjektinformasjon og utvalg i studien (Vedlegg 5). Videre ble det stilt krav om å inkludere intervjuguide og skriftlig samtykkeskjema (Vedlegg 2-4) i søknaden. Søknaden ble sendt inn til vurdering 19.september 2023 og ble godkjent den 5.oktober 2023. Denne godkjennelsen var gyldig frem til 15.august 2024 (Vedlegg 6).

3.3.2 Samtykkeprosessen

I denne studien ble det ivaretatt kravet om informert samtykke, som var avgjørende for å kunne bruke dataene i studien. Informert samtykke ble innhentet skriftlig, hvor deltakerne signerte og daterte dokumentet (Vedlegg 4). Dette dokumentet ble videre oppbevart utilgjengelig for alle andre enn forsker. Samtykkeskjema ble utformet slik at det inneholdt tilstrekkelig informasjon om studiens formål og deltakernes rolle i forskningen. Det ble grundig informert om hvem som ville ha tilgang til deres identitet og hvordan denne informasjonen skulle bli håndtert. Deltakerne ble også nøye informert om hva deres deltakelse i studien innebar, og det ble klargjort at de hadde rett til å trekke seg fra studien når som helst. Det ble også presisert at denne retten gjaldt selv etter at intervjuene var gjennomført, med unntak av etter publisering av master oppgaven, hvor dataene ikke lenger kunne trekkes tilbake. Det skriftlige samtykkeskjemaet ble også underlagt en vurdering av SIKT og ble funnet å oppfylle kravene for personvern og etiske retningslinjer (Vedlegg 6).

3.3.3 Konfidensialitet og anonymitet

Konfidensialitet og anonymitet utgjør sentrale prinsipper i forskningsetikk, spesielt i konteksten av kvalitativ forskning der personopplysninger om deltakerne tas i bruk (90). Konfidensialitet handler om å beskytte deltakernes identitet og personlige integritet gjennom hele forskningsprosessen. Dette inkluderer ikke bare å anonymisere deltakernes navn, men også å sikre at annen informasjon som skole og arbeidssted ikke kan føre til at deltakerne identifiseres (90). Konfidensialitet ble opprettholdt gjennom hele studieprosessen. Deltakerne og klubbene ble anonymisert allerede ved transkripsjon og samtykkeskjemaene ble oppbevart utilgjengelig for alle andre enn forsker. I tillegg ble det gjort uvesentlige endringer i noen sitater i selve oppgaven for å beskytte deltakernes anonymitet.

3.3.4 Tjenester for Sensitive Data (TSD)

Lydopptakene av intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en diktafon-app. På grunn av den sensitive karakteren av denne typen datainnsamling, som kategoriseres som «strengt fortrolig» i henhold til retningslinjer fastsatt av Instituttet, ble det nødvendig med spesielle sikkerhetstiltak (93). I samsvar med disse retningslinjene ble prosjektet meldt inn til TSD, et system for lagring og behandling av sensitive data. Dette ble gjort for å sikre at lydopptakene ble forsvarlig ivaretatt i en sikret database, der tilgangen var begrenset til autoriserte personer (94). Opptakene ble umiddelbart etter intervjuene sendt inn og lagret i TSD-databasen som var tilgjengelig for prosjektets forskere gjennom VMware Horizon Client, et program for tilgang til virtuelle datamaskiner. Dette sørget for at dataene ble lagret og behandlet i samsvar med strenge sikkerhetsstandarder, og at risikoen for uautorisert tilgang eller lekkasje av sensitive opplysninger ble betydelig minimert (95).

3.4 Datainnsamling og gjennomføring

3.4.1 Rekrutteringsprosessen

Ved utvelgelsen av deltakerne for denne studien ble det lagt vekt på flere viktige faktorer for å sikre representativitet og mulighet for generalisering av resultatene. Først og fremst var målet å rekruttere mannlige fotballutøvere i alderen 18-19 år som spilte i eliteklubber i Norge. Ønsket var å på 4-6 utøvere fra hver klubb til å delta i gruppeintervjuene. Videre var det et mål å oppnå geografisk spredning blant de utvalgte klubbene for å sikre en bred representasjon av fotballmiljøet i Norge, og for å kunne generalisere resultatene nasjonalt

(Tabell 2). Rekrutteringsprosessen ble gjennomført mellom forsker og en kontaktperson innen hver klubb gjennom e-post. Dette valget ble gjort av praktiske hensyn. Forsker sendte ut e-post til de aktuelle kontaktpersonene for klubbene med vedlagt informasjonsskriv som inneholdt detaljert informasjon om studiens formål, design og prosedyrer (Vedlegg 1). Klubbene ble spurt om deres interesse for å delta i studien, og det ble oppnådd enighet om å gjennomføre totalt fem separate fokusgruppeintervjuer med fem forskjellige eliteklubber. Totalt var det 3 fotballutøvere som viste seg å være 17 år gamle. Etter en bekreftelse av SIKT om at det ikke var noe problem ble disse utøverne også inkludert (Vedlegg 7).

3.4.2 Semi-strukturert intervjuguide

I den aktuelle kvalitative studien ble det anvendt en semi-strukturert intervjumetode. Semi-strukturerte intervjuer er preget av forberedte spørsmål, men med fleksibilitet til å tilpasse seg situasjoner underveis, og uten en fastsatt rekkefølge av spørsmål. Denne tilnærmingen muliggjør en dynamisk interaksjon mellom forsker og deltaker, der intervjueren kan følge deltakerens fortelling og tilpasse spørsmålene etter behov. Semi-strukturerte intervjuer er velegnet når forskeren søker å forstå deltakernes perspektiver, samtidig som det gir rom for å utforske nye temaer eller dykke dypere inn i aktuelle temaer (90).

Intervjuguiden ble utarbeidet i tråd med det overordnede forskningsspørsmålet og ble delt inn i ulike temaer og undertemaer som var relevante for studiens formål (Vedlegg 4 og 5). Det ble kjøpt inn noe smått å spise under intervjuet som ble tilbudt til deltakerne. Intervjuene startet alltid med noen innledende spørsmål for å etablere en god tone med deltakerne og skape en avslappet og tillitsfull atmosfære. Deretter ble intervjuguiden organisert i fire hoveddeler: legemidler, kosttilskudd, antidoping og Ren utøver (e-læringsprogram i antidoping), hvor hvert hovedtema inkluderte flere underliggende temaer med relevante spørsmål. For å sikre at spørsmålene var tilpasset studiepopulasjonen, som bestod av yngre mannlige fotballspillere, ble språket og formuleringen av spørsmålene justert i henhold til aldersgruppe og deres forståelsesnivå (90).

Etter gjennomføringen av de to første intervjuene ble det identifisert behov for å inkludere ytterligere spørsmål som ble ansett som relevante for forskningen. Som et resultat ligger det to utkast av intervjuguiden, hvor vedlegg 2 referer til de to første intervjuene og vedlegg 3 referer til de tre påfølgende intervjuene.

3.4.3 Pilotintervju

For å forberede gjennomføringen av hoved intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju 21.oktober 2023 som en testkjøring av intervjuguiden. Pilotintervjuet ble utført med fire deltakere i alderen 22-24 år, som aktivt trente på treningssenter. Deltakerne hadde en kjent relasjon til forskeren og intervjuet ble gjennomført hjemme hos forsker. Spørsmålene ble stilt i henhold til den vedlagte intervjuguiden. Siden deltakerne ikke var toppidrettsutøvere, ble det observert at ikke alle spørsmålene var relevante eller forståelige for dem. Pilotintervjuet varte i 46 minutter og hadde som hensikt å evaluere intervjuguiden og identifisere eventuelle behov for endringer.

3.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Alle fem intervjuene ble gjennomført i samsvar med klubbens ønsker, og ble gjennomført på klubbens egne lokaler. Under slike gruppeintervjuer er det essensielt å etablere en tillitsfull atmosfære. Det var derfor fordelaktig at intervjuene ble gjennomført i omgivelser og lokaler som utøver følte seg trygge i. Før intervjuene startet, ble samtykkeskjema og informasjonsskriv sendt til kontaktpersonen i klubben med et ønske om å gi dette videre til utøverne som skulle delta i studien. Deltakerne signerte samtykkeskjema og fikk anledningen til å stille spørsmål rundt forskningen før intervjustart. De fleste av deltakerne kjente hverandre fra før i de ulike klubbene, og dynamikken var derfor allerede etablert, noe som var til fordel for intervjuprosessen. Gjennomsnittlig varte de fem intervjuene i 40 minutter. Under intervjuene var deltakerne, intervjueren og en medarbeider til stedet. Medarbeideren, som var en medstudent, var til stede for å ta lydopptak av intervjuene som en ekstra sikkerhet, i tillegg til forsker sitt opptak, slik at det ville være et ekstra opptak tilgjengelig i tilfelle det oppstod problemer i etterkant.

3.5 Datahåndtering og analyse

3.5.1 Transkribering

Å transkribere innebærer å transformere tale til tekst. Dette er en tidskrevende prosess men er en nødvendig del av metoden for å kunne analysere dataene (96). I denne studien ble alt av intervjuer transkribert enten samme dagen eller dagene etter. De to siste intervjuene ble transkribert noen uker senere, spesifikt 3 uker senere. Transkriberingen ble gjennomført av forsker alene i et rom eller i et rom hvor innholdet på dataskjermen ikke var tilgjengelig for

noen andre. Til sammen tok transkriberingsprosessen totalt 3 uker. Utrykk som latter og lyder som «mhm» ble også notert i transkriberingen, dette var for å forstå mer betydningen bak taler som for eksempel ved ironi, som kunne si noe om holdninger til ulike temaer. Personene ble markert som bokstaver mellom A-F, avhengig av antall og intervjunummer, for å opprettholde anonymiteten og integriteten til deltakerne.

3.5.2 Tematisk analyse

Tematisk analyse (TA) er en metode som benyttes mye innen kvalitativ forskning. Analysen går ut på å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller temaer i data som fanger opp det viktigste (97). TA er gjerne den første kvalitative analysemetoden en forsker bør lære seg ettersom den gir grunnleggende kunnskap og erfaringer som forsker kan ta med seg videre for å utføre andre kvalitative analyser. I en data rik forskning, som fokusgruppe intervjuer, er det også egnet med tematisk analyse. Systematisk analyse og organiseringen av data i et slikt tilfelle er avgjørende. Ved hjelp av tematisk analyse vil man kunne identifisere sentrale temaer og mønstre som befinner seg på tvert av datasettene (97). Forsker benyttet Braun og Clark til 6 trinns metode for gjennomføring av TA (96).

Før selve 6 trinns analysen i TA måtte forsker vurdere noen spørsmål:

Hva teller som et tema?

Tema i en TA referer til det som fanger opp noe vesentlig med dataene med tanke på forskningsspørsmålet. Det representerer et mønster, svar eller mening med datasettet, men det er derimot ikke noe fasit på hvor stort eller utbredt et tema må være. Spørsmål om hva som teller som tema innebærer en vurdering av uttalelsene innen hvert datasett og på tvers av datasettene. Prevalensen av en uttalelse er derimot ikke avgjørende for å identifisere et tema. Forsker må derfor bruke egen dømmekraft for å identifisere og vurdere temaer. Det er altså ikke noe fasit på hvor mange «setninger» som må bli sagt om en spesifikk emne for at det skal markeres som et tema eller ikke. Et tema kan altså gis en stor plass i noen dataelementer og ingen eller lite i andre. Nøkkelen til et tema er ikke avhengig av kvantifiserbare mål, men heller om det fanger opp noe viktig i forhold til det overordnede forskningsspørsmålet. TA kan derfor variere med hvordan prevalens måles, og det er derfor viktig for forsker å bruke skjønn. Samlet sett er vurderingen av temaer i tematisk analyse en kompleks prosess som

krever forsker sin dømmekraft, fleksibilitet og kritisk refleksjon for å identifisere og tolke temaer på en betydningsfull måte med tanke på det overordnede forskningsspørsmålet (96).

Hvilken del av datasettet skal inkluderes i analysen?

Det er viktig å bestemme hvilken tilnærming som passer best til datasettet med tanke på forskningsspørsmålet. Det er normalt to ulike tilnærminger: en bred beskrivelse av hele datasettet eller å fokusere på en mer detaljert redegjørelse for ett bestemt tema eller en gruppe av temaer. Dersom forsker velger den første tilnærmingen innebærer dette å gi en omfattende oversikt over de dominerende og/eller viktigste temaene som er i hele datasettet. Her skal leser få en helhetlig forståelse av datasettet og temaene. Denne tilnærmingen kan føre til at dybde og kompleksitet i dataene går tapt, likevel kan det være en nyttig metode når forsker undersøker et lite utforsket område eller jobber med deltakere der deres syn på emnet ikke er godt kjent (96).

Dersom forsker velger den andre tilnærmingen, skal forsker ha en detaljert redegjørelse for ett bestemt tema eller gruppe av temaer. I dette tilfelle skal forsker fokusere på å gi mer detaljert analyse av det temaet, og dette temaet skal være av interesse fordi det er sentralt for forskningsspørsmålet. Ved å fokusere på et bestemt tema eller gruppe av temaer kan forsker dykke dypere inn i materialet og gi en grundigere forståelse av de aktuelle temaene. I denne studien inkluderes hele datasettet for å få et bredt overblikk over temaer som gjelder hele datasettet (96).

Induktiv eller deduktiv tematisk analyse?

Induktiv og deduktiv tematisk analyse representerer to ulike tilnærminger til identifisering og analyse av temaer eller mønster i datasettene. I en induktiv tilnærming vokser temaene frem fra dataene selv, uten forhåndsdefinerte hypoteser eller teorier. Denne tilnærmingen lar temaene oppstå organisk fra dataene og koder dataene uten å prøve å passe dem inn i forhåndsdefinerte rammer. Denne tilnærmingen er data-drevet (96)

I en deduktiv tematisk analyse identifiseres temaer og mønsteret med utgangspunkt i forskerens teoretiske eller analytiske interesser for området. Denne tilnærmingen bygger på eksisterende teorier og rammeverk. Forsker vil på denne måten lete etter bevis eller mønster som kan gi svar på det relevante forskningsspørsmålet. Denne tilnærmingen er med andre ord analytiker drevet. Analysen i denne forskningen er induktiv der koder og temaer dannes ut fra hva deltakerne sier (96).

Semantisk eller latente temaer?

Dette spørsmålet skal vurderes for å finne nivået av analysen, om analysen fokuserer på semantiske eller latente temaer. I en sematisk analyse ligger fokuset på den bokstavelige betydningen av ordene og sitatene som finnes i dataene. Analytiker fokuserer altså på det som direkte blir sagt uten å lete etter underliggende betydning bak det som blir sagt. Dette nivået viser en progresjon i beskrivelsen hvor data er organisert slik at man kan se et mønster hvor det er en teoretiske betydningen av mønstrene ofte i forhold til tidligere litteratur (96).

I en latent tematisk analyse avdekkes underliggende meninger og antakelser i dataene.

Analysen innen denne tilnærming er ofte mer fortolkede og teoretisk orientert. Forsker går dypt inn i å identifisere direkte betydninger og ideologier som ligger til grunn for det det som blir sagt (96). Semantisk og latent analyse er med andre ord to ulike tilnærminger til identifisering og analyse av temaer i dataene, med forskjellige implikasjoner for hvordan dataene blir forstått og tolket (96). I denne forskningen ønsker forsker å beskrive overflaten og betydningen bak forskningsspørsmålet, derfor hadde forsker en sematisk tilnærming til dataene (96).

Analyse steg for steg (6 trinns analyse)

1. Gjør deg kjent med dataene dine

Det er viktig i første trinn å fordype seg inn i innholdet i dataene. En slik fordykning innebærer gjentatt lesing av dataene der man gjerne leser gjennom på en aktiv måte slik at man legger merke til ulike mønstre og betydninger. Det er ideelt å lese gjennom data minst en gang før man setter i gang med koding. Under denne prosessen er det fint å ta notater eller merke ideer for koding (96).

Ved arbeid med verbal data, som fokusgruppeintervju i dette tilfellet, må det transkriberes til skriftlig form for å gjennomføre tematisk analyse (TA). Transkriberingsprosessen i seg selv er en fin måte å bli kjent med materiale på å la seg merke mønsteret og viktige fenomener (96).

2. Generere innledende koder

Neste sted i analysen er å lage innledende koder til dataene. Koder identifiserer et trekk ved dataene som kan virke av interesse for forsker. På denne måten organiserer man data på en meningsfull måte. Koding er avhengig av om forsker har en induktiv eller deduktiv tilnærming til dataene, hvor i dette tilfellet er det induktivt som betyr at kodingen er drevet av dataene. Kodingen er også avhengig av om forsker inkluderer hele datasettet eller deler av

det. I denne studien inkluderes hele datasettet. Det fins ulike måter å kode på, metoden som benyttes i denne studien var ved å skrive koder på tekstene som analyseres (96) (Vedlegg 8).

De viktigste nøkkelordene for denne fasen er:

- Kode for så mange potensielle mønstre/temaer som mulig: Forsker skal være åpen for alle mulige temaer og mønstre i dataene, dette er for å sikre at ingen viktige eller interessante funn går tapt (96).
- Kodeekstrakter av data: Viktig å beholde konteksten rundt kodene, som betyr å passe på å inkludere datautdragene. Dette er viktig for å ikke miste konteksten med kodingen, og en fin måte å vise hvordan kodene gjenspeiler seg og spiller i selve dataene (96).
- Kan kode samme utdrag med flere koder: samme utdrag/sitat kan passe inn i flere temaer, dette er viktig å ha i mente. Ved å tillate overlappende eller multiple kodinger av samme utdrag kan gi en mer nyansert forståelse for dataene (96).

3. Søke etter temaer

I fase 3 starter organiseringen av de ulike kodene som er blitt identifisert inn i mulige temaer. Fokuset i denne fasen er å analysere kodene på et bredere nivå av temaer. I denne fasen går man bort ifra å identifisere koder til å danne mer overordnede temaer som representerer de gjennomgående mønstrene og meningene i datasettet.

Forsker tar kodene som er blitt identifisert og starter å gruppere de i mulige temaer basert på deres likhet og sammenheng. Etter identifiseringen av de mulige temaene samler forsker de relevante kodete dataene innenfor temaene for å skape et bilde av hvordan temaene oppfører seg i datasettet. Det kan være nyttig å bruke visuelle verktøy i denne prosessen som tabeller eller tankekart for å se sammenhengen enklere og visuelt. I denne studien brukte forsker tabeller som et visuelt verktøy.

Deretter ser man på forholdet mellom kodene, temaene og de ulike nivåene av temaene som overordnede hovedtemaer og undertemaer. Det kan være noen koder som ikke passer inn i noen temaer og disse kan settes til side midlertidig. Til slutt samler man kandidattemaene og undertemaene sammen med alle utdragene som er inkludert i disse kodene. Dette gir en bedre oversikt (96).

4. Gjennomgang av temaene

I fase 4 foregår en gjennomgang av kandidattemaene som ble identifisert i fase 3. Dette innebærer en grundig og nøye gjennomgang av disse kandidattemaene for å sikre at de fanger de viktige i datasettet.

Denne fasen starter med at forsker går gjennom kandidattemaene og vurderer de. Noen av disse temaene kan vise seg å ikke burde inkluderes enten fordi det ikke er nok data som støtter den eller fordi dataene er altfor forskjellige til å passe sammen. Andre kandidattemaer skal kanskje sammenslås hvis de er overlappende. Denne prosessen gjøres på 2 nivåer der det ene nivået går ut på å gjennomgå temaene på nivået av de kodede utdragene for å se om det danner et mønster. Hvis det viser seg å være en sammenheng går man videre til nivå 2 der man går gjennom temaene i forhold til hele datasettet for å vurderes deres viktighet. I dette nivået leser man gjennom datasettet nok en gang og vurderer om de ulike temaene fungerer i forhold til datasettet, i tillegg kan man kode eventuelle tilleggsdata innenfor temaene som er blitt laget.

På slutten av denne fasen skal forsker ha en god forståelse av hva de forskjellige temaene er og hvordan de passer sammen og hva det sier om datasettet (96).

5. Definere og navngi temaer

Etter fase 4 sitter forsker igjen med et tematisk kart over dataene, prosessen i fase 5 er å definere avgrense hvert tema som forskeren ønsker å presentere i analysen.

Her må man identifisere hva hvert tema handler om og bestemme hvilket aspekt/fenomen av dataene hvert tema fanger. Det er viktig å prøve å unngå at et tema dekker for mye eller er for komplekst. Måten å gjøre det på er å gå tilbake til sammenstilte datautdrag for hvert tema og organisere dem i en sammenhengende «fortelling». Videre skal det skrives ned en detaljert analyse for hvert tema. Her skal man identifisere historien som hvert tema forteller og vurdere hvordan den passer inn i den overordnede historien som blir formidlet gjennom dataene, og om det besvarer eller har et forhold til det overordnede forskningsspørsmålet. Undertemaer innen hovedtemaer skal også identifiseres. Undertemaer gir struktur til et stort og komplekst tema. På slutten av fase 5 skal man kunne tydelig definere hva hvert tema handler om og hva det ikke handler om, forsker skal også kunne beskrive innholdet i hvert tema i et par setninger. Til slutt gis hvert tema et navn, navnene må være konsise, slagkraftige og umiddelbart gi leseren en forståelse av hva tema handler om (96)

6. Representasjon av resultat

Trinn 6 er den endelige representasjonen av resultatene fra den tematiske analyse. Resultatet skal fortelle den komplekse historien til dataene på en måte som overbeviser leser om verdien og fylldigheten av analysen (96).

4. Resultater

Denne analysen fokuserer på holdninger til legemidler og kosttilskudd blant unge fotballutøvere. Den baserer seg på fokusgruppeintervjuer som avdekker viktige temaer knyttet til bruk, tilgjengelighet og sosiale aspekter av legemiddel og kosttilskudd bruk, i tillegg til deres holdninger til dopingreglementet.

4.1 Demografiske variabler

Totalt ble det gjennomført fem fokusgruppeintervjuer med yngre mannlige fotballspillere som tilhører eliteserien. Deltakernes alder spente fra 18 til 19 år, med tre av utøverne som var 17 år gamle. Blant disse elitelagene var tre lokalisert geografisk på Østlandet, mens de to gjenværende var plassert i Nord-Norge og Vestlandet.

Tabell 2: Oversikt over demografiske variabler

	Antall deltakere og «navn»	Varighet av intervju (min)	Geografisk lokasjon
Intervju 1	5 (A ₁ -E ₁)	21	Østlandet
Intervju 2	5 (A ₂ -E ₂)	33	Østlandet
Intervju 3	4 (A ₃ -D ₃)	49	Østlandet
Intervju 4	6 (A ₄ – F ₄)	40	Vestlandet
Intervju 5	5 (A ₅ – E ₅)	56	Nord-Norge

4.2 Bruk av legemidler

Primært benyttet informantene seg av smertestillende medikamenter som ibuprofen og paracetamol. Hovedmotivasjonen bak bruken av disse legemidlene var å håndtere mindre plager som hodepine eller småskader. Det var også flere som tok legemidler før konkurranser eller treningsøkter for å kunne fortsette til tross for eventuelle skader. Andre informanter tok imidlertid kun medikamenter ved behov, for eksempel ved sykdom eller alvorlige skader. Utøverne hadde enkel tilgang til reseptfrie medisiner, men det var vanlig praksis å rådføre seg med en fysioterapeut eller fysisk trener før bruk dersom det oppstod problemer på

treningsarenaen. Generelt ble temaet legemidler sjelden diskutert blant deltakerne i hverdagen.

Tabell 3: Skjematisk oversikt over hovedtema «*Bruk av legemidler*»

Bruk av legemidler	
Undertema	Koder
Legemidler som benyttes	Smertestillende legemidler Voltarol gel Ingenting Allergitabletter Ventoline
Årsaker til bruk av legemidler	Småpåkjenninger Hodepine Restitusjon Yte sitt beste og føle seg bedre Pushe seg ekstra før kamp eller trening Kun ved sykdom og behov
Tilgjengelighet på legemidler	Medisin bag Foreldre kjøper inn Hjemme
Lagets holdninger til legemidler	Lite snakket om Personlig tema

4.2.1 Legemidler som benyttes

Blant deltakerne ble det identifisert flere vanlige reseptfrie smertestillende legemidler, med ibuprofen og paracetamol som de mest nevnte. Imidlertid var det også flere av utøverne som ikke benyttet seg av noen form for legemidler. Enkelte deltagere rapporterte å anvende varme salver som et alternativ til medisiner. Voltarol gel ble også referert til som et anvendt legemiddel, spesielt knyttet til idrettsaktiviteten, som illustrert av sitatet: «*Voltarol gel har jeg brukt før ja, det har jeg brukt mye innenfor fotball*» (Utøver C₄, intervju 4, side 3). Nesespray ble også nevnt å brukes av noen utøvere.

Kun et fåtall deltakere (to utøvere) nevnte bruk av Ventolin, som var forskrevet av lege, men dette var ikke en kontinuerlig praksis og ble kun brukt i perioder. Andre deltagere rapporterte

bruken av allergitabletter, også disse reseptbelagte, men det var begrenset bruk av slike medikamenter. I hovedsak var det primært reseptfrie smertestillende midler som ble diskutert når det gjaldt legemiddelbruk blant utøverne, mens enkelte deltakere ikke benyttet seg av medisiner i det hele tatt.

4.2.2 Årsaker til bruk av legemidler

I studien av unge mannlige fotballutøvere ble det identifisert en utbredt bruk av smertestillende legemidler, spesielt ibuprofen og paracetamol, for å lindre mindre smerter, som for eksempel hodepine før trening eller ved leggetid når søvnen blir forstyrret. Noen utøvere benyttet også disse medikamentene mot «småpåkjenninger» i håp om en helbredende effekt. En deltaker, Utøver A₂, reflekterte over den utbredte bruken av smertestillende medikamenter innen fotballmiljøet, bemerkende at det virker som om det brukes for en rekke ulike plager som «vondt i tåa», «hodepine» eller absolutt alt selv om det er uklart om de faktisk har effekt mot alt de benyttes for:

«Ja det er jo egentlig for alt mulig, i fotballen så tror jeg det blir brukt mot absolutt alt. Om du har vondt i tåa så tar du det for det så tar man paracet. Det kan være mot absolutt alt. Vet ikke om det har effekt mot alt det blir brukt mot men det blir i hvertfall brukt en del da hvis du har en påkjenning eller hodepine eller hva som helst egentlig» (Utøver A₂).

Intervju 2, side 3

Det ble også observert at noen utøvere anså smertestillende legemidler som helt nødvendig for «restitusjon» ved skade, og betraktet dem som den raskeste veien til å komme tilbake til spill som utøver A₂ uttaler. Videre mente enkelte at disse legemidlene kunne forbedre deres fysiske og mentale tilstand ved at man føler seg bedre eller at det «gir en annen energi» og dermed øke prestasjonsnivået ved skade og kunne yte sitt beste. Utøver A₂ uttrykte betydningen av legemidler i denne sammenhengen, der han understreker viktigheten av å komme tilbake i spill så snart som mulig, gitt at bruken er innenfor lovlige og etiske rammer.

«Hvis du er skada og sånt så kan det jo være helt nødvendig og du vil jo gjerne komme deg tilbake så fort som mulig og da kan jo legemidler være effektivt i hvert fall så lenge det er lovlig og innenfor det som er greit» (Utøver A₂).

En betydelig andel av utøverne innrømte å bruke smertestillende legemidler før både kamper og treninger for å tåle smerte eller ubehag og dermed kunne prestere. Dette var spesielt uttrykt i situasjoner der utøverne ønsket å konkurrere. Noen uttrykte også intensjonen om å bruke smertestillende legemidler for å presse seg selv ekstra, spesielt under viktige kamper eller mesterskapsfinaler, til tross for å ha en for skade eller ubehag:

«Kommer jo an på hvor viktig kampen hadde vært, om det er en sånn NM finale og du vet du kan starte men at du må ta noe for å kunne gjøre det på en måte» (Utøver C₃).

I tillegg ble det nevnt av en utøver at han heller tar smertestillende enn å gå av treningen med engang. En annen utøver nevnte bruk av nesenspray før kamp for å løsne opp ved forkjølelse. På den andre siden var det også en gruppe utøvere som kun brukte legemidler når det var nødvendig, og forsøkte å unngå unødvendig bruk av smertestillende legemidler og andre legemidler. Disse deltakerne rapporterte kun å bruke smertestillende ved «sykdom» eller alvorlige skader, og unngikk å ta det hvis de ikke hadde behov for det, som illustrert av uttalelsen til utøver A₃:

«Prøver alltid å unngå å ta paracet og sånt, så jeg tar jo bare når jeg virkelig trenger det da egentlig. Fikk kneet ute av ledd for sånn en uke siden og da tokk jeg det. Men da var det sikkert et år da, siden sist. Men nei ikke noe mer enn det man får av fysio og leger da» (Utøver A₃)

4.2.3 Tilgjengelighet på legemidler

Legemidler ble nevnt i noen av klubbene å være tilgjengelig under trening og kamper i en «medisin bag». Det ble gitt inntrykk av at det var en kontrollert tilgang gjennom fysioterapeuten deres. Det ble oppfattet som en etablert praksis å henvende seg til fysioterapeuten for å be om smertestillende medikamenter eller andre medikamenter før man selv tok initiativ til å bruke dem. Selv om tilgangen til medisinbaggen varierte noe fra klubb

til klubb, med noen klubber som hadde den tilgjengelig til enhver tid og andre som hadde medisinene låst i skap, var det likevel en utbredt kultur som understreket betydningen av å konsultere fysioterapeuten eller det medisinske personalet før bruk av legemidler, spesifikt hvis det oppstod noe i treningsarena.

«Altså vi har jo lett tilgang til Ibux og sånt også, du kan sikkert gå inn å ta hvis du vil men det er vel vanlig gå spørre det er det. Jeg tror de fleste gjør det» (Utøver A₂).

Intervju 2, side 6

Andre utøvere påpekte også at det ofte var vanlig at legemidler som smertestillende medisiner ble oppbevart hjemme hos foreldrene, spesielt blant de som fortsatt bodde hjemme, og at det var enkelt å ta disse hjemmefra. Disse medisinene ble ofte oppbevart i en husholdnings skuff eller på kjøkkenbenken, ifølge noen av uttalelsene fra deltakerne. Videre ble det bemerket at noen utøvere indikerte at foreldrene var ansvarlige for å skaffe slike forsyninger til dem.

«Nei vi har en helt skuff hos mamma hvor det er plassert alt etter hva hun trenger, hva jeg kan ta, ganske systematisk. Hos pappa er alt bare i et skap i en sånn liten krokke» (Utøver E₅)

Intervju 5, side 29

4.2.4 Lagets holdninger til legemidler

Det kom frem at temaet legemidler sjeldent ble snakket om og tatt opp blant gruppene da det ikke var et særlig diskutert eller relevant tema. Det ble bemerket at legemidler ble benyttet for mindre plager som hodepine eller andre plager, og dette ble oppfattet som et noe lite tema. Videre ble det uttrykt en usikkerhet rundt hvorvidt temaet diskuteres blant 18-åringer i særlig grad.

Under Intervju 3 ble det stilt spørsmål ved om temaet kanskje ikke ble diskutert tilstrekkelig, og det var enighet om at det trolig blir snakket for lite om. Det ble også antydnet at temaet kan oppfattes som en personlig sak, spesielt når det gjelder spesifikke medisiner som for eksempel melatonin som utøver A₃ påpeker under følgende dialog:

«Jeg tror det blir litt lite snakket om, ja nei jeg føler egentlig vi ikke snakker kanskje nok? Jeg vet ikke» (Utøver C₃)

«Nei jeg tror ikke vi snakker noe mye om det» (Utøver A₃)

«Ja nei fordi jeg tror det blir en litt sånn personlig greie da, fordi noen kan se på det som litt negativt og da har man kanskje ikke så lyst til å snakke om det i garderoben da» (Utøver C₃)

«Si jeg hadde startet på melatonin da så er det ikke sikker jeg hadde sagt det til gutta liksom» (Utøver B₃).

Intervju 3, side 13

4.3 Bruk av kosttilskudd

Det var utbredt bruk av kosttilskudd blant utøverne, med en betydelig anvendelse av vanlige vitaminpreparater som multivitaminer, tran og C-vitamin. I tillegg var det en kultur for inntak av energidrikker, kaffe og andre sportsprodukter. Flere utøvere hadde eksperimentert med ulike tilskudd, med hovedmotivasjonen å oppnå bedre helse og velvære, forbedret restitusjonstid og å oppnå marginale prestasjonsforbedringer. Mange utøvere oppbevarte kosttilskudd hjemme, mens andre primært kjøpte dem i fysiske butikker i Norge.

Tabell 4: Skjematisk oversikt over hovedtema «Bruk av kosttilskudd»

Bruk av kosttilskudd	
Undertema	Koder
Kosttilskudd som brukes	Vitaminer og mineraler Sportsprodukter
Motivasjonen bak bruken av kosttilskudd	Den ekstra prosenten Ekstra energi Raskere restitusjon og skadeforebygging Bedre helse Dekke protein behovet Nysgjerrighet

Erfaringer og tanker rundt kosttilskudd	Bruk av kreatin og proteinpulver Brukes ved behov
Innkjøp av kosttilskudd	Foreldre Fysisk butikk Nettet

4.3.1 Kosttilskuddene som benyttes

Det fremkom en utbredt praksis med bruk av vitaminer og mineraler blant de undersøkte utøverne i denne studien. En betydelig observasjon er den omfattende bruken av slike vitaminer og mineraler inkludert vitamin C, Vitamin D, magnesium, tran og multivitamin. I tillegg til tradisjonelle kosttilskudd, utviste utøverne også en bemerkelsesverdig interesse for sportsprodukter som kreatin, pre-workout, energidrikker og kaffe. Det ble også referert til bruk av BCAA og ashwaghanda piller som tilhører kategoriene blandingsprodukter og naturprodukter. Novonight ble også nevnt som middel en utøvere brukte for søvn. Det var en utbredt kultur blant majoriteten av klubbene og drikke energidrikk og kaffe: «Jeg føler litt sånn, på vårt idrettsmiljø, er det mer sånn energidrikk eller sånn kaffe og sånt det går i» (Utøver A4, Intervju 4 side 14)

4.3.2 Motivasjon bak bruken av kosttilskudd

Utrykk som «liten prosent», «bli bedre av det», «ekstra prosentene» ble anvendt av utøverne som en begrunnelse for bruken av kosttilskudd. Det ble understreket at det ble ansett som verdifullt å ta kosttilskudd dersom det kunne gi en marginal forbedring, og dette ble ikke betraktet som negativt, men heller som positivt. En utøver nevnte at han benyttet seg av kosttilskudd for den «lille ekstra prosenten» og for å kunne gå gjennom hele dagen uten vondt i hodet eller kroppen. To andre utøvere poengterte at det var en liten prosentandel av idrettsutøvere som ble profesjonelle fotballspillere, og derfor ble den ekstra prosenten sett på som avgjørende for å kunne ta seg videre og forbedre seg. Det var derfor en motivasjon å ta kosttilskudd dersom det bidro til at utøverne kom til topps. Flere uttrykte oppfatningen om at kosttilskudd potensielt kunne bidra med den lille ekstra biten for å oppnå «ekstra energi» og dermed forbedre idrettsprestasjon. Utøver B5 i følgende sitat ser på kosttilskudd som noe man kan ta som ikke trenger legemidler, men som kan hjelpe deg en liten prosent, videre forklarer han:

«Der jo veldig lav prosent av spillerne som blir profesjonelle i fotball så når du da får forskjellige ting kasta på deg, det her kan hjelpe deg litt, bare bittelitt, så tar du du tenker jo at det ikke er en negativ ting å ta et kosttilskudd hvis du kan blir bedre av det» (Utøver B₅)

Intervju 5, side 18

En ytterligere motivasjon for bruken av kosttilskudd var behovet for å sikre tilstrekkelig proteininntak i hverdagen, spesielt på dager hvor de ikke mottok tilstrekkelig protein gjennom ordinært kosthold, for eksempel under skoletiden. Flere utøvere uttrykte at deres vanlige kosthold ikke alltid tilfredstilte deres behov for proteiner, og dermed følte de behovet for å supplere med proteinpulver for å dekke dette gapet, spesielt siden de trener så ofte som de gjør og er i høyintensitetstreninger. Noen utøvere benyttet også proteinpulver og kreatin spesifikt med hensikt om å øke muskelmasse og forbedre eksplosiviteten.

I en samtale i en av intervjuene ble det diskutert hvorfor de tok kosttilskudd, her ble det diskutert at de tar det for den ekstra prosenten som nevnt tidligere, men også for raskere restitusjon og skadeforebygging. På grunn av høyintensitet treningene hadde de lyst til å ta kosttilskudd dersom det hjalp. Enkelte utøvere konsumerte kosttilskudd før trening, inkludert pre-workout for å oppnå økt energi under trening. Dette ble begrunnet med behovet for ekstra energi for å opprettholde treningsrutinen, spesielt etter gjentatte økter gjennom uken samt styrketrening med laget. Det ble også nevnt i samme diskusjon fra intervju 5 at kreatin var populært en periode fordi de hørte at det skulle gi en viss prosent ekstra ut av hver treningsøkt og da tok man selvfølgelig de 5 grammene som utøver A₅ uttrykker:

«Jeg tror det er derfor kreatin var veldig populært en stund, det var kanskje 2 år. Når vi kom hit så var det i hvert fall veldig populært blant spillerne. Det var fordi man hadde hørt at man får en viss prosent ekstra ut av hver treningsøkt sånn at man bygger muskler fortere, at man blir mer atletisk da. Så hvis man kan blir det av å ta 5 gram eller hva så gjør man jo selvfølgelig det da» (Utøver A₅).

Intervju 5, side 25

Andre utøvere valgte å ta kosttilskudd med formål å forebygge sykdom, styrke immunforsvaret, forbedre livskvaliteten og oppnå optimal fysisk helse. Noen utøvere

bemerket også at de følte kosttilskudd hadde en positiv effekt på deres mentale velvære, og rapporterte om økt glede og bedre humør av det, selv om de var usikre på om denne effekten skyldes placebo:

«Det handler jo litt om bare få det du trenger for at kroppen skal fungere optimalt, fordi vi holder jo på med idrett og det er høy belastning og har du mangler på enkelte stoffer eller vitamin eller noe sånt, så er jo det viktig at du får det i balanse» (Utøver D₄).

Intervju 4, side 15

Det ble også nevnt at flere brukte kosttilskudd på grunnlag av anbefalinger fra andre utøvere og ut av ren nysgjerrighet. Det ble observert en tendens til en noe mer utbredt kultur for å diskutere og anbefale kosttilskudd sammenlignet med legemidler. En av utøverne erkjente å ha anbefalt kosttilskudd, som for eksempel kreatin, til andre på laget, mens en annen utøver begynte å bruke kreatin etter å ha hørt at det ville gjøre han mer robust. Det var også flere utøvere som hadde hørt at magnesium hjalp mot krampe og brukte derfor dette. I tillegg ble det nevnt av utøver C₃ *«Ser jo ofte folk som bruker kreatin og proteinpulver»* (Utøver C₃, intervju 3, side 21) som også viser en viss påvirkning på utøverne. Følgende dialog representerer prøve kulturen for kosttilskudd, som både oppstår av nysgjerrighet og anbefalinger fra andre utøvere.

«Vi har diskutert liksom kreatin osv» (Utøver A₂)

«Ja det har vi gjort» (Utøver E₂)

«Det er jo prat om det, det er det» (Utøver A₂)

«Men det er så forskjellig fra person til person liksom, om hva som funker for deg» (Utøver E₂)

«Det er derfor man må teste og nesten se selv» (Utøver A₂)

Intervju 2, side 11

4.3.3 Erfaringer og tanker rundt kosttilskudd

Kreatin fremstod som et betydelig populært kosttilskudd blant flere av utøverne, og ble hyppig referert til som et produkt som hadde blitt eksperimentert med. Likevel var det flere som valgte å avslutte bruken etter en periode, hovedsakelig på grunn av resultatene som vektøkning. Denne vektøkningen ble betraktet som ugunstig av noen utøvere, da det kunne føre til mindre hastighet på banen, noe som kunne påvirke deres prestasjon. Av den grunn var det derfor enkelte utøvere som valgte å avstå fra å starte på kreatin på grunn av dette.

«Jeg tror mange som mest ble tunge av å bruke det for det gjør jo at kroppen tar opp mer væske, så da du blir, jeg merka i hvert fall når man blir plutselig 4 kg tyngre så er man ikke like rask på banen» (Utøver A₅)

Intervju 5, side 31

Når det gjald sportsprodukter som pre-workout, viste flere utøvere en viss grad av skepsis. Det ble bemerket at det virker overdrevet, og noen sa at det så «sykt» ut. Andre assosierte pre-workout med styrketrening og derfor var det ikke like relevant for de: *«Er ikke pre-workout bare waste når man spiller fotball er ikke det mer for styrketrening»* (Utøver E₅ intervju 5, side 21). Noen klubber utviste også en ekstra negativ holdning til pre-workout, der en utøver reflekterte: *«I hvert fall ikke pre-workout, jeg tror hvis du kommer med sånn pre-workout på trening så tror jeg at alle ser på deg og bare hva holder du på med liksom»* (Utøver C₄ intervju 4, side 14), noe som indikerer en skeptisk holdning til dette produktet. I tillegg ble det observert en større åpenhet rundt bruken av proteinpulver sammenlignet med pre-workout. En utøver uttrykte for eksempel at han kunne vært villig til å prøve proteinpulver, men hadde ingen interesse for pre-workout.

Bruken av kosttilskudd viste seg å være variabel blant utøverne og ingen av utøverne rapporterte å bruke kosttilskudd daglig. Sporadisk bruk var et gjentakende mønster. For eksempel, en utøver tok jern og magnesium tabletter hvis han følte behov for det, for eksempel før en treningsøkt når han ikke hadde spist tilstrekkelig eller manglet matlyst. En annen utøver tok tran og magnesium dagen før en kamp, mens en annen brukte forskjellige kosttilskudd etter behov, men ikke daglig. Flere utøvere hadde prøvd proteinpulver og kreatin, men brukte det ikke fast eller hadde sluttet med det.

4.3.4 Innkjøp av kosttilskudd

Majoriteten av utøverne oppga å ha kosttilskudd liggende hjemme, ofte oppbevart i en skuff hos foreldrene eller at det var foreldrene som stod for innkjøpet. For de utøverne som selv kjøpte kosttilskudd, ble det oppgitt at det vanligvis ble kjøpt på dagligvarebutikker, helsekostforretninger som sunkost, proteinfabrikken eller sportsforretninger som XXL. Det ble også nevnt av en av utøverne at han selv ikke handlet mye på nettet og utviste en ekstra grad av forsiktighet når det gjaldt netthandler, spesielt fra utenlandske nettsider. De andre utøverne i det intervjuet uttrykte enighet med dette synspunktet.

4.4 Støttepersonellets rolle i legemiddel- og kosttilskudd bruk blant utøverne

Utøverne viste stor tillit til lagets fysioterapeut og konsulterte dem ofte ved spørsmål eller bekymringer. De generelt stolte også på anbefalinger gitt av andre lagkamerater, foreldre og annet støttepersonell. Det rådet en generell holdning blant utøverne om at helsepersonellet hadde tilstrekkelig kunnskap og derfor hadde utøvere tillit til deres beslutninger.

Tabell 5: Skjematisk oversikt over hovedtema «*Støttepersonellets rolle i legemiddel-og kosttilskudd bruk blant utøverne*»

Støttepersonellets rolle i legemiddel-og kosttilskudd bruk blant utøverne	
Undertema	Koder
Kilder til informasjon og rådgivning	Fysioterapeuten Foreldre Internett Egen dømmekraft Pakken/pakningsvedlegg
Tillit til anbefalte legemidler og kosttilskudd fra leger og fysioterapeut	Stoler blindt Forventning om kunnskap
Tillit til anbefalte legemidler og kosttilskudd fra annet støttepersonell (tannlege, farmasøyt og andre spillere)	Usikkerhet Tillit til tannlegen Tillit til farmasøyten Tillit til hverandre erfaringer

4.4.1 Kilder til informasjon og rådgivning

Flere uttalte at de hadde kontaktet fysioterapeuten deres ved spørsmål om legemidler eller kosttilskudd, spesielt hvis det oppstod situasjoner under trening. Mange utøvere støttet seg på fysioterapeuten dersom det oppsto spørsmål angående legemidler eller skader. Imidlertid var det en viss grad av usikkerhet rundt dette, indikert av uttalelser som "kanskje". Andre utøvere oppga å ha kontaktet sine foreldre hjemme, som «muttern». Ved forekomst av skader eller plager under trening, var det vanlig å ta opp problemene med fysioterapeuten eller treneren på stedet.

I en dialog ble det diskutert hvordan utøverne ville håndtere situasjoner der de hadde spørsmål om et legemiddel de hadde fått. Noen uttalte at de kanskje ville spurt fysioterapeuten eller søke informasjon på nettet eller vente til neste legetime. En annen utøver nevnte at han vanligvis leste informasjonen på baksiden av pakken og søkte etter en forenklet versjon på nettet, og hvis det var noe spesielt, ville han ta det opp med foreldrene.

Andre uttrykker en preferanse for å søke informasjon på nettet, ved å bruke ressurser som «Helse Norge», «Felleskatalogen» eller generelle google-søk. En utøver nevnte også at han hadde tatt anbefalinger om dosering av kreatin fra «eksperter» på TikTok.

4.4.2 Tillit til anbefalte legemidler og kosttilskudd fra leger og fysioterapeut

Flere utøvere uttrykker en betydelig tillit til råd og veiledning fra fysioterapeuter og leger, spesielt i idrettsrelaterte sammenhenger der fysioterapeuter ofte er involvert. Uttrykk som "stoler blindt på fysisk trener og fysio", samt generelle uttrykk som "stoler blindt", ble hyppig brukt om disse støttepersonene. I tillegg indikerer følgende dialog, der utøver C fremhever at støttepersonell har stor "innflytelse" på hans valg av behandlingsmetoder, at han velger å "lytte til" dem. I samme dialog fremgår det at utøverne C og B ikke har sjekket eller dobbeltsjekket legemidler som ble foreskrevet av leger eller fysioterapeuter, da de har tillit til dem. Flere utøvere uttrykte også at de mente at støttepersonellet, inkludert fysioterapeuter og leger, har god "kontroll" og "peiling".

*«Føler de har en ganske stor innflytelse på det jeg da velger å ta i bruk, det er jo liksom de som kan det meste på en måte så det er liksom de jeg velger å lytte til»
(Utøver C₄)*

«De har jo kontroll da, og spesielt fysio og legen kan de ulike, spesielt når det er sånn idrettslege liksom, at han kjenner til det og at det, at vi kan stole på han da fordi han har vært borti det før og at han kan reglene for de ulike tingene» (Utøver F₄)

«Men hvis dere får noe på resept, si at dere er syke, sjekker dere det opp mot en for eksempel dopingliste eller stoler dere blind på det dere får?» (Intervjuer)

«Ja der er jeg nok litt dårlig på det, stoler nok blindt på, i hvert fall fastlege. I hvert fall tidligere så tar du bare uten å sjekke egentlig» (Utøver C₄)

«Ja jeg er litt på det samme» (Utøver D₄)

«Ja jeg er enig, jeg dobbeltsjekker ikke så mye i hvert fall, bare stoler på hva legen og fysio sier» (Utøver B₃)

Intervju 4, side 9

En interessant observasjon i intervju 3 var et tilfelle med en av utøverne som fikk Ventoline på resept fra legen sin, utøver hadde fått beskjed av legen om å høre med fysioterapeuten på laget i forhold til doping og legemiddelet før bruk, noe som viser at til og med legen har en tillit når det gjelder antidopingregelverket til fysioterapeuten:

«Legen min sa til meg en gang at jeg måtte høre med fysio i laget om jeg kunne ta noe i forhold til doping. Jeg skulle ha noe form for Ventoline, så fikk jeg beskjed om å høre med fysio og de først» (Utøver C₃)

Intervju 3, side 7

4.4.3 Tillit til anbefalte legemidler og kosttilskudd fra annet støttepersonell (tannlege, farmasøyt og andre spillere)

Under intervjuene var det av interesse å utforske hva utøverne ville gjort hvis de fikk en resept fra tannlegen etter å ha fjernet visdomstennene sine, særlig da de allerede hadde vist en betydelig tillit til leger og fysioterapeuter. Utøverne uttrykte tillit til det de hadde fått fra

tannlegen. De så på forholdet til tannlegen som separat fra deres idrettsaktiviteter, og derfor ble det ikke ansett som relevant å for eksempel dobbeltsjekke legemidlene de fikk fra tannlegen. En utøver uttalte at han ikke trodde tannlegen ville gi ham "dopende" medisiner. Dette illustrerer en oppfatning blant flere utøvere om at de får riktig behandling, uten nødvendigvis å vurdere innholdet i legemidlene de mottar. Mange utøvere stoler på at de mottar adekvat behandling, og glemmer å vurdere om det kan være legemidler de ikke kan bruke, eller om behandlingen kun er relevant på kort sikt uten langsiktig effekt. Andre utøvere ga uttrykk for at de ikke engang hadde vurdert å sjekke legemidlene fra tannlegen, da de anser dem som "fagpersoner av en grunn".

I følgende dialog ble det stilt spørsmål om de hadde stolt på legemidlene de hadde fått av tannlegen, det ble observert at en utøverne ikke hadde opplevd en slik scenario før men at de hadde nok tatt pillene, etter litt frem og tilbake i diskusjonen.

«Stoler på det vet du» (Utøver D₃)

Alle sammen ler og sier seg enig

*«Dere forhører dere ikke med noe trener eller noen andre før dere tar det?»
(Intervjuer)*

«Ringer fysio da» (Utøver A₃)

«Hadde du gjort det?» (Utøver E₄)

«Hadde jo ikke gjort det, men så har jeg jo ikke hatt noe sånt bedøvelse eller noe sånt før» (Utøver A₄)

«Jeg hadde aldri gjort det, hadde stolt på tannlegen. Hadde bare tatt pillene» (Utøver E₄)

«Vi hadde sikkert nevnt for fysio at vi hadde tatt noe for tanna liksom men jeg hadde nok ikke spurt han om å se på hva det er liksom jeg tar» (Utøver D₄).

«Nei det tror jeg nok ikke jeg heller hadde gjort» (Utøver B₄)

«Nei same» (Utøver C₄)

Intervju 3, side 13-14

Under intervjuene ble det også rettet spørsmål mot utøvernes tillit til anbefalinger fra apoteket, og om de ville ha stolt på disse anbefalingene og tatt legemidlene. Responsen var preget av noe usikkerhet; noen uttrykte at de bare ville ha tatt det de fikk anbefalt, mens andre betraktet det som et personlig valg og derfor ville ha undersøkt legemiddelet nærmere før de eventuelt hadde tatt det. Denne usikkerheten skyldtes delvis mangel på erfaring med slike situasjoner. I tillegg ble det nevnt fra en annen utøver at de som jobbet på apoteket ikke visste at han drev med toppidrett og syntes det var derfor vanskelig å si noe på. En annen utøver hadde stolt på den eventuelle anbefalte kremen av apotekeren og det gjald flere utøvere, det ble også nevnt av en annen utøver at det ikke hadde vært en tanke at han ikke kan ta en krem ettersom det «bare» er en krem.

Utøverne viste en stor tillit til hverandre når det gjald tidligere bruk av legemidler eller kosttilskudd, spesielt hvis en utøver hadde opplevd samme smerte eller plager som en annen utøver opplevde nå. Dersom en utøver på laget hadde fått noe anbefalt fra en lege, var det vanlig å akseptere dette rådet uten å nødvendigvis undersøke det nærmere. Tilliten til tidligere erfaringer og bruk av legemidler og kosttilskudd mellom utøverne var en viktig faktor i beslutningsprosessen deres. En av utøverne uttrykte at han sjeldent hadde tenkt så langt som å sjekke nærmere hvis en annen utøver på laget hadde fått noe av legen.

«Altså for eksempel hvis jeg vet at han ene lagkameraten har vært borti, altså hvis jeg får noe anbefalt, så vet jeg at han som sitter ved siden av meg har brukt det. Så hadde jeg nok spurt litt om hvordan han gjorde det og hva han opplevde på en måte. Men som du sa Istad så er vi ganske unge så i vår gangalder det er det ganske få som har vært gjennom noe ordentlig behandling» (Utøver C₄)

Intervju 4, side 12

4.5 Holdninger til dopinglisten og rus

Det var generelt en manglende kunnskap om antidoping og dopinglisten blant informantene. De fleste hadde hørt om dopinglisten, men hadde ikke selv konsultert den. Mange så ikke

nødvendigheten av å sjekke kosttilskudd eller legemidler mot dopinglisten, enten fordi de fikk anbefalinger fra støttepersonell eller fordi de var kjent med produktene.

De fleste som hadde gjennomført ren utøver, hadde blitt introdusert for dette konseptet gjennom initiativ fra idrettsskolen. Flere assosierte ren utøver med et diplom. Det var en generell negativ holdning til rusmidler, der mange uttrykte at de hadde valgt å satse på idretten og derfor måtte unngå slike substanser.

Tabell 6: Skjematisk oversikt over hovedtema «Holdninger til dopinglisten og rus»

Holdninger til doping og rus	
Undertema	Koder
Bruken av dopinglisten	Aldri brukt Hørt om Sjekket før Burde sjekke Ingen behov for å bruke
Gjennomføring og tanker rundt ren utøver	Diplom Doping kurs Kjedelig WADA Skolesammenheng
Holdninger til rusmidler	Negativ holdning

4.5.1 Bruken av dopinglisten

Majoriteten av utøverne hadde minimal erfaring med å bruke dopinglisten, men de var kjent med dens eksistens. Når spørsmål om dopinglisten ble brakt opp, bemerket flere utøvere at de aldri hadde undersøkt den og visste lite om den, men de hadde hørt om den: «*Jeg har hørt om det, men aldri brukt det*» (Utøver B₃, intervju 3 side 25). To utøvere i denne studien hadde ikke engang hørt om dopinglisten før intervjuene. Det var noen utøvere som hadde vært innom og sjekket opp legemidler, men ikke ofte ble det uttalt. Noen hadde gjort det en gang, men husket ikke hva de hadde sjekket heller, en utøver hadde «*Vært innom og sjekket 3 ganger*» (Utøver D₃, Intervju 3 side 25). Det ble også uttrykt av noen utøvere at de «*tror*» de hadde sjekket dersom de startet på noe faste legemidler eller kosttilskudd. I tillegg ble det nevnt av noen utøvere at de hadde sjekket spesielt hvis det var legemidler fra utlandet, «*whey*

protein» ble nevnt å importeres fra USA og derfor burde sjekke det opp. De som også hadde tidligere tatt ut i dopingkontroll var mer innstilt på å sjekke ting de tar, ettersom de ikke vil bli tatt på noe hvor de ikke mener å dope seg.

Uttrykket "burde sjekke" ble gjentatte ganger nevnt i flere av intervjuene, men det var få som faktisk hadde gjort det. Dialogen nedenfor fra intervju 2 er en fin illustrasjon av holdningen til dopinglisten blant utøverne. Utøver A₂ forklarte at hans tidligere erfaringer med dopingkontroller, samt frykten for å bli feilaktig anklaget, motiverte ham til å sjekke dopinglisten, spesielt dersom det var et legemiddel som ble tatt på eget initiativ. Han refererte også til tidligere saker, som "Johaug-saken", som ble nevnt i flere intervjuer, som ytterligere bidro til hans bekymring og forsiktighet rundt dopingproblematikk. Likevel utrykte samme utøver at han ikke hadde sjekket legemiddelet dersom det var fra fysioterapeuten eller legen ettersom han antok de visste og hadde sjekket:

«Burde jo sjekke med antidoping da for å være helt sikker, så da er det greit å sjekke for å ikke bli tatt for noe» (Utøver B₂)

«Men jeg tror ikke det er sånn at vi går inn og sjekker det liksom, aldri vært innom å sjekket» (Utøver E₂)

«Har du ikke?» (Utøver A₂)

«Nei ikke egentlig (Utøver E₂)»

«Det hender jo hvis jeg skal få tak i noen kremer eller noe sånt så pleier jeg å gå inn å sjekke. Fordi det har jo vært så mye med sånn Johaug og sånne saker man blir litt skremt og jeg har vært i et par dopingtester selv og verste er om jeg hadde blitt tatt på et eller annet da hvor jeg ikke mener å dope meg liksom, hvert fall hvis det er noe nytt jeg bruker da, hvis ikke det er fra fysio eller lege fordi da stoler jeg blindt på det, at de har sjekket. Men er det noe jeg fikser selv så pleier jeg ta å sjekke» (Utøver A₂)

Intervju 2, side 6-7

De fleste utøverne følte heller ikke behovet for å konsultere dopinglisten, da de kun tok medisiner og kosttilskudd som de var kjent med fra før og hadde behov for. Dermed så de ikke hensikten med å undersøke listen nærmere. Flere utøvere uttrykte at tanken om å ikke kunne bruke for eksempel en krem ikke hadde krysset tanken deres, da de ikke hadde kommet over stoffer eller substanser som ville kreve en slik kontroll. Noen hadde heller ikke opplevd situasjoner som ville gjøre at de måtte undersøke listen.

Det var også flere utøvere som stolte fullt og helt på legenes og fysioterapeutens råd når det gjaldt legemidler og kosttilskudd, og noen uttrykte til og med at de hadde informert legen om sin idrettsutøvelse på høyt nivå, eller bedt legen om å sjekke medisinen for dem. Imidlertid gjorde ikke alle dette. Til tross for en erkjennelse av behovet for å være mer oppmerksomme og å følge riktig prosedyre, var det en generell mangel på initiativ blant utøverne når det kom til å faktisk konsultere dopinglisten.

«Skal jeg være helt ærlig har jeg aldri sjekka ass, men med de tinga. Men hvis det er sånn, man kan jo være selv og være litt i tvil og sjekke. Men for meg så har kreatin og proteinpulver og sånt så tenker jeg at det helt klart ikke skal være på lista liksom følte på en måte det ikke er doping liksom, men jeg vet ikke» (Utøver B₃).

Intervju 3, side 2

4.5.2 Gjennomføring og tanker rundt ren utøver

En betydelig del av utøverne som hadde gjennomført «Ren utøver» hadde et vagt minne om det eller kunne ikke huske nøyaktig hva det var. Mange assosierte «Ren utøver» med å motta et «diplom» etter å ha gjennomgått en rekke spørsmål. Dette «diplomet» ble ansett som et slags bevis på at de hadde fullført kurset, og det var hovedgrunnen til at de deltok. Imidlertid var det en viss usikkerhet blant noen av utøverne og klubbene deres. Noen husket ikke om de hadde fullført kurset, og andre var usikre på om de hadde tatt det i det hele tatt.

Flere av utøverne hadde gjennomgått "Ren Utøver"-programmet i skolesammenheng, ikke gjennom sin idrettsklubb. Dette resulterte i at noen utøvere ikke engang hadde gjennomført programmet eller hørt om det i det hele tatt. Det var en varierende praksis blant klubbene når det gjaldt initiativet for gjennomføring av "Ren Utøver"-programmet; noen klubber hadde tatt initiativet selv, mens andre utøvere hadde deltatt gjennom skolen. Noen klubber gjennomførte

"Ren Utøver"-programmet årlig og var derfor godt kjent med den, mens andre klubber hadde mindre kjennskap til programmet og var usikre på om de hadde gjennomført den. Det var enkelte klubber der usikkerhet rådet om hvorvidt de hadde gjennomført programmet i det hele tatt. Imidlertid var noen utøvere klar over at idrettsskoler var opptatt av "Ren Utøver".

En av utøverne påpekte i intervjuet at som en toppidrettsutøver burde han være mer bevisst på antidoping, og han uttrykte frustrasjon over at klubben ikke hadde tilrettelagt for dette, spesielt siden han ikke gikk på en idrettsskole. Dette antyder behovet for en mer enhetlig tilnærming til antidopingopplæring blant idrettsutøvere, uavhengig av om de går på idrettsskoler eller ikke:

«Nei ikke sant, og da er det ikke vår feil på en måte. Jeg vil jo ikke peke på noe liksom men vi burde jo, vi som toppidrettsutøvere, burde jo ha noe bevissthet rundt det da. Nå har noen hatt det på skolen men vi burde jo få det i fotballen også liksom, er du ikke enig» (Utøver B₃).

Intervju 3, side 28

Majoriteten av utøverne oppfattet "Ren Utøver"-programmet som kjedelig, og mange mente at mye av den presenterte informasjonen ble glemt etter kort tid. Likevel så noen på programmet som en verdifull oppfriskning. Noen utøvere uttrykte at de opplevde mye av informasjonen som irrelevant, og derfor hoppet de over deler av kurset. Det var også en oppfatning blant noen utøvere at det var en del unødvendig informasjon i programmet som kunne vært kuttet ut til fordel for å fremheve de viktige elementene.

Flere utøvere fikk med seg kunnskapen om WADA og den tilhørende dopinglisten, og de betraktet dette som det mest vesentlige å ta med seg videre som toppidrettsutøvere. Imidlertid mente de at mye av den øvrige informasjonen ble forbigått raskt. Dette indikerer behovet for en mer effektiv og fokusert tilnærming til antidopingopplæring, med vekt på de mest relevante og nødvendige aspektene for utøvernes forståelse og overholdelse av antidopingregler

«Ja man får jo sikkert litt oppfriskning, men jeg føler at det er noe av det som går i glemmeboken det er det nok. Det er kanskje litt det at det er kjedelig noen ganger» (utøver C₄)

Intervju 4, side 24

4.5.3 Holdninger til rusmidler

Den overordnede holdningen til rusmidler blant utøverne som deltok i denne studien var negativ. Det var en felles enighet om at bruk av rusmidler var uakseptabelt, og at det var nulltoleranse for slik atferd. Utøverne delte en kollektiv oppfatning om at som aktive fotballspillere var det en selvfølge å avstå fra rusmidler, og at dette var noe de hadde blitt oppdratt til å unngå. Som toppidrettsutøvere som hadde valgt å satse på fotball, mente de at det var en del av deres forpliktelser å avstå fra rusmidler.

Flere av utøverne hadde blitt utsatt for tilbud om rusmidler, men de valgte å takke nei. De så på dette som en negativ praksis, og de ønsket ikke å bli assosiert med rusmidler av frykt for at det skulle spre seg rykter om dem. På grunn av den felles oppfatningen om å avstå fra rusmidler, var det lite diskusjon om emnet blant utøverne, da det ble ansett som en selvfølge å holde seg unna. Denne felles holdningen til avholdenhet fra rusmidler bidro til å skape en atmosfære av gjensidig forståelse og respekt blant utøverne.

«Altså man får jo tilbud av å være med ut med gutta liksom, men når man har trening klokken 8 dagen etter så er man liksom fornuftig nok til å bli hjemme da, heller satse fotball det er jo noe vi alle har valgt» (Utøver E₂).

Intervju 2, side 14

5. Diskusjon

5.1 Oppsummering av hovedfunnene fra studien

Hensikten med denne studien var å utforske yngre, spesifikt mellom alderen 18-19 år, mannlige fotballutøvere sine holdninger til legemidler og kosttilskudd. Formålet var å tilstrebe å identifisere faktorer som påvirker beslutningsprosessen deres knyttet til bruken av legemidler og kosttilskudd i henhold til antidopingbestemmelsen, i tillegg til å skape innsikt til hvordan antidopingregelverket blir oppfattet og etterlevd i denne spesifikke gruppen.

Studiens resultater er begrenset til å gjelde mannlige yngre fotballutøvere i eliteserien i Norge, og kan ikke nødvendigvis overføres til andre divisjoner i Norge eller andre idretter. Studiens funn er basert på gjennomførte fokusgruppeintervjuer som har blitt analysert ved tematisk analyse.

Studien avdekket flere viktige funn, blant annet rapporterte de yngre mannlige fotballutøvere bruken av vanlige reseptfrie smertestillende legemidler som ibuprofen og paracetamol. Disse ble hovedsakelig brukt for mindre smerter og ubehag. Det var også flere tilfeller der utøverne tok disse smertestillende legemidlene før kamp og trening for å kunne yte ekstra og pushe seg. Når det gjelder bruk av kosttilskudd, var motivasjonen ofte å oppnå en liten ytelsesfordel som kunne bidra til bedre prestasjoner, raskere restitusjon, og generelt bedre helse.

Utøverne viste også en betydelig tillit til råd og veiledning fra sitt støttepersonell, som inkluderte fysioterapeuter og leger. Støttepersonellet ble sett på som viktige kilder til informasjon, og utøverne stolte ofte blindt på deres anbefalinger.

Imidlertid var det en bemerkelsesverdig mangel på kunnskap blant utøverne når det kom til antidopingregler og bruk av dopinglisten. Selv om de fleste var kjent med listen sin eksistens, var det få som aktivt sjekket denne listen før de tok i bruk nye legemidler eller kosttilskudd.

5.2 Diskusjon av funnene

5.2.1 Bruk av legemidler

Bruken av smertestillende legemidler er utbredt blant eliteidrettsutøvere på verdensbasis, med spesielt høy prevalens innen fotball. En studie fra FIFA verdensmesterskapet for menn i 2014 i Brasil indikerte en prevalens på 54,2% for bruk av NSAIDs innen en måned blant deltakerne (98). Informantene i den pågående studien rapporterte et betydelig forbruk av reseptfrie

smertestillende legemidler, hvor ibuprofen og paracetamol var mest brukt. Resultatene i denne studien antyder at flere unge mannlige elitefotballutøvere bruker smertestillende legemidler for å forbedre prestasjon eller muliggjøre deltakelse til tross for smerter eller mindre ubehag og påkjenninger. En systematisk gjennomgang fra 2022 rapporterte en utbredt kultur for bruk av smertestillende legemidler blant ungdomsutøvere, med formål å maskere smerte, der årsaken var for å maskere smerte og skade i forbindelse med trening og konkurranser (54).

Gitt de høye fysiske kravene i toppfotball, er denne praksisen ikke overraskende, i tillegg til at fotball er en kontaktsport der risikoen for skader ved fysisk kontakt med motstander som kan forårsake idrettsskader (99, 100). Blant yngre konkurrerende idrettsutøvere viser det seg å være en risikokultur der smerter er normalisert og glorifisert, og flere yngre utøvere konkurrerer til tross for skader (101). Det har også blitt bemerket at ungdom- og seniorutøvere kan skjule smertene sine for å kunne delta i trening og konkurranse, og at det er nærmest normen (100).

I motsetning til individuell sport, kan utøvere i lagsport være mer påvirket av frykt for å skuffe laget og et press fra lagkamerater, i tillegg til et behov for å kunne spille en viktig kamp for å kunne beholde plassen sin på laget eller for å kunne kvalifisere seg til en viktig kamp eller finale (101, 102). Skillet mellom å bli profesjonell fotballspiller og ikke er liten blant yngre utøvere (103). Dette skillet legger et ekstra lag av press på utøverne, da betydningen av enkelte kamper kan være en avgjørende betydning for deres fremtidige karriere (104). Som et resultat kan behovet for å benytte smertestillende legemidler før en kamp eller under en kamp være av lavere terskel enn en ellers person ville gjort.

Videre indikerer funnene fra denne oppgaven også mangler i utøvernes kunnskap om effekten og risikoen ved bruk av smertestillende legemidler der mange utrykte at de ikke visste om de smertestillende legemidlene de benyttet hadde effekt i det hele tatt. I midlertidig reiser dette en bekymring rundt hvorvidt disse legemidlene benyttes fornuftig og innenfor sunne og riktige rammer, eller om de brukes som en enkel utvei for å kunne spille tross skader og helseproblemer. Det blir derimot nevnt at tilgjengeligheten på disse smertestillende legemidlene i treningsarena er under kontroll av fysioterapeuten eller fysisk trener noe som kan indikere at det er et kontrollert bruk, til tross for at det ikke gjelder alle klubbene. Disse legemidlene er ikke bivirkningsfrie til tross for at det selges reseptfritt på apotek og andre butikker, og kan forårsake bivirkninger som gastrointestinale og kardiovaskulære tilstander, samt muskuloskeletale og nyrebivirkninger (6). Langvarig og kontinuerlig bruk av NSAIDs har også blitt rapportert å kunne ha en negativ effekt på det sentrale nervesystemet (100).

Bivirkninger ved langvarig bruk av paracetamol er derimot mindre klare, men de to mest gjentakende bivirkningene er hypertensjon (høyt blodtrykk) og GI-blødning (105).

Dette er noe flere utøvere burde bli mer oppmerksomme på og informasjon som burde deles på en god og riktig måte til utøvere generelt.

Disse funnene om legemiddelbruk indikerer viktigheten med å iverksette strategier for å regulere tilgangen til smertestillende legemidler og fremme en bevisst og forsvarlig praksis blant utøverne. Ettersom tema legemidler ble ansett som et personlig tema blant mange utøvere skal man ikke se bort ifra mørketall i denne studien da kanskje ikke alle var komfortable med å dele.

5.2.2 Bruk av kosttilskudd

Denne studien observerte at utøvernes hovedmotivasjon for å benytte kosttilskudd blant annet er drevet av ønsket om å få det lille ekstra for å bli bedre, redusere restitusjonstiden og forbedre den generelle helsen og velværet som er i tråd med tidligere studier (106). De høye fysiske kravene til trening og konkurranse kan bidra til å drive utøvere mot ernæring, inkludert kosttilskudd i tro om at det er en fordel for å kunne maksimere sin prestasjon (107). Det er generelt akseptert og normalisert at idrettsutøvere bruker kosttilskudd for å forbedre restitusjon og prestasjon og for å kompensere for mangelfullt kosthold (107). Interessen blant utøverne i den pågående studien for spesifikke sportskosttilskudd som kreatin, pre-workout, proteinpulver og energidrikker tyder på en kultur der slike produkter anses som attraktive for å oppnå prestasjonsforbedringer. Flere utøvere ble motivert til å ta kosttilskudd for å oppnå små, men potensielt avgjørende forbedringer i prestasjonen, og uttrykte at selv små forbedringer kan være avgjørende for deres suksess i idretten, spesielt med tanke på veien til å bli profesjonell fotballspiller. Der marginene mellom suksess og nederlag er små, kan små faktorer bli de som bestemmer utfallet av idrettskonkurranser og kan være en årsak til hvorfor utøvere søker etter enhver mulighet til å forbedre seg (108). Deltakernes utøvernivå og alder kan derfor gjøre den spesifikke gruppen i den pågående studien ekstra sårbare for aggressiv markedsføring av kosttilskudd (107). I tillegg kan det antas at slike idrettsgrupper også er mer mottakelige for å prøve ut nye ting dersom de ser at det hjelper på andre lagkamerater eller om «de beste utøverne bruker det» som ofte siteres for å rettferdiggjøre bruk av kosttilskudd (109). Dette påvirkningen kalles for «Vicarious reinforcement», og er når individer påvirkes ved observasjon av andre, som observasjoner i form av suksess og progresjon (110).

Utøverne i den pågående studien rapporterte et forbruk av vitaminer- og mineraler som vitamin C, vitamin D, magnesium, tran og multivitamin, noe som indikerer en bevissthet om ernæring i idretten og en motivasjon for bedre helse og velvære. Dette samsvarer med funn fra andre studier som viser at en av hovedmotivasjonene for bruk av vitaminer og mineraler blant utøvere er for bedre helse og velvære (108, 109). På lignende vis viste en studie gjennomført i Canada blant yngre idrettsutøvere i alderen 11-25 år at kosttilskudd ble brukt med formål om å øke energinivået, styrke immunforsvaret, raskere restitusjon og økt ytelse. Det ble også rapportert at deltakerne i alderen 11-17 år fokuserte mer på vitaminer og mineraler som kosttilskudd mens de i alderen 18-25 tok mer erogene kosttilskudd som koffein og kreatintilskudd. Det er verdt å merke seg at funnene i den nevnte studien kommer fra utøvere innen ulike idrettsgrener og ikke nødvendigvis eliteutøvere. Deltakerne rapporterte at deres primære kilde til informasjon om kosttilskudd var støttepersonell som familie og venner, samt trenere noe som stemmer overens med funnene i den pågående studien (111). En annen studie fant i midlertidig ingen aldersbasert forskjell når det gjaldt inntak av kosttilskudd, men at alder var en påvirkningsfaktor, der eldre utøvere konsumerte mer enn yngre (112).

Kosttilskudd kan være gunstig i visse situasjoner som ernæringsmessige utfordringer som for eksempel dersom utøver er veganer eller har en medisinsk tilstander som tilsier et behov (108). Derimot kan feilaktig eller overdreven bruk kan forårsake redusert prestasjon, skade helse og også føre til utilsiktet doping (106). Observasjonene fra den pågående studien der utøverne ikke brukte kosttilskudd fast, men heller ved behov som for eksempel dager med lavt proteininntak, lavt energinivå eller før kampdager/under kampdager er også blitt observert i andre studier, som studien gjennomført blant eliteutøvere i Valencia under 2021-2022-sesongen. Studien fant at flertallet av utøverne konsumerte kosttilskudd under trening eller på kampdager, og spesielt etter trening. Funnene i studien viste også at motivasjonen bak bruken av kosttilskudd var for å forbedre sportsprestasjoner, for å ta vare på helsen og for utseendemessige årsaker (113). Det ble også nevnt av utøverne at de heller ikke var sikre på om dette inntaket av kosttilskudd hadde noe effekt. Det at utøverne i den pågående studien og i andre studier tar kosttilskudd ved behov kan indikere en mangel på kunnskap eller bevissthet om kosttilskuddenes mulige fordeler. Likevel kan det reflektere en preferanse blant yngre utøvere for å oppnå ernæring gjennom naturlig mat og drikke, og dermed ser de ikke behovet for regelmessig bruk av kosttilskudd

En ukritisk og mangelfull kunnskap rundt bruk av kosttilskudd er derfor bekymringsverdig og krever tiltak (108). I Norge er kosttilskudd underlagt regelverket for matvarer, og det er derfor av særlig betydning å nøye undersøke innholdet i disse produktene, da reguleringen ikke er like streng som for legemidler (58). Utsiktet doping kan skje når utøver med et uhell får i seg forbudte stoffer fra kosttilskudd, forurenset mat eller legemidler fra utlandet (45). Utsiktet doping representerer en reell utfordring og dette ser man i en del tilfeller i de positive prøvene ved dopingkontroll der utøver hevder å ha fått i seg stoffet ubevisst (60).

5.2.3 Tillit til støttepersonellet

Leger og annet helsepersonell spiller en avgjørende rolle i å opprettholde integriteten i grunnprinsippene for ren idrett. Når de gir medisinsk behandling til utøvere, er det avgjørende at de er kjent med og tar hensyn til antidopingreglene til den relevante idrettsorganisasjonen (114). Støttepersonellet rundt idrettsutøverne, som ofte er den første kontaktpersonen for utøverne, må derfor ha en viss forståelse og kunnskap om antidopingregelverket. I tråd med funnene fra denne studien, viser det seg at utøverne har stor tillit til fysioterapeuten og legen, men spesielt fysioterapeuten. Dette kan være positivt, ettersom utøverne søker råd og veiledning fra profesjonelle, og dermed unngår potensielt skadelige beslutninger om selvmedisinering av kosttilskudd og legemidler. Imidlertid reiser denne avhengigheten av støttepersonell spørsmål om utøvernes evne til å ta informerte valg selv. Deres tendens til å stole blindt på anbefalinger kan føre til mangel på kritisk vurdering, spesielt hvis informasjonen som gis er feilaktig eller hvis helsepersonellet ikke er fullt oppdatert om gjeldende antidopingregler. Denne dynamikken kan også føre til utsiktet doping. WADA sin statistikk viser en årlig forekomst av positive doping prøver på 1-2% av totalt 340 000 prøver på verdensbasis. I flere av disse tilfellene hevder utøverne at inntaket av de forbudte substansene skjedde ubevisst (60). Dette betyr at utøver har et stort ansvar over seg selv og utøver må derfor ha tilstrekkelig kunnskap spesielt i slike områder hvor det er risiko for ubevisst doping (60).

Utøvernes tillit og relasjon til støttepersonell som trenere, familiemedlemmer og lagkamerater har vist seg å forme utøvernes holdninger mot doping, som tyder på viktigheten av et sosialt støtte (88). Den pågående studien viste både at innflytelse fra fysioterapeuten, familie og lagkamerater kunne påvirke beslutningsprosessen for bruk av legemidler og kosttilskudd ettersom flere hadde spurt de om tips. Samme funn har vist seg i en annen studie der

lagkamerater og trenere viser seg å ha en stor innflytelse på utøverne (115). I den pågående studien ble trener derimot sjeldent nevnt som en kontaktperson, spesielt når det gjaldt medisinsk hjelp, noe som avviker fra andre studier (100, 99). Det er usikkert hvorfor dette er, men en faktor kan være at trener er mer fokusert på sportslig prestasjon og treningsteknikker og ikke er innblandet i deres kosthold og skaderutine, og at det derfor er mer naturlig å ty til helsepersonellet. En utøver i den nevnte studien uttalte at dersom en av lagkameratene sine brukte kreatin og ble større og sterkere av det, hadde han også startet på det dersom han ble bedre av det (115). Som sagt ble dette også observert i den pågående studien, der flere utøvere uttalte å ha prøvd kreatin blant annet fordi de fikk det anbefalt av andre lagkamerater og så at det hadde en effekt på andre. Dette understreker igjen at utøvere og mennesker generelt blir påvirket av å observere andre. Observasjoner av andres suksess, kjent som «Vicarious reinforcement» (110).

Tilliten til støttepersonell kan delvis forklares med utøvernes alder, da denne studien fokuserte på utøvere i alderen 18-19 år, og det er mulig at de i større grad stoler på de eldre personene som helsepersoneller og foreldre. En interessant observasjon er at flere utøvere la vekt på legens eller fysioterapeutens vurdering av legemiddelbehandling for å unngå feilmedisinering. Dette viser at utøverne primært fokuserer på legemidlenes medisinske hensikt, fremfor å vurdere de potensielle overtredelsene av antidopingregelverket. Det antyder at doping ikke nødvendigvis er det første som kommer til utøvernes tanker, spesielt hvis det er et legemiddel eller kosttilskudd de har fått av helsepersonell.

Noen utøvere nevnte også at de ville søke informasjon på internett, men det var ingen spesifikk nettside som ble nevnt å brukes av flere. Noen nevnte at de sjekket informasjon på emballasjen, noe som viser en proaktiv holdning, men det er også risikabelt hvis informasjonen misforstås eller mindre pålitelige kilder.

Andre studier støtter opp om viktigheten av tillit til fysioterapeuter og andre helsepersonell blant idrettsutøvere. I en studie fra 2019 fra Ghana, ble det forsket på idrettsutøvere sine forventninger til fysioterapi i rehabilitering av skader. Studien var basert på spørreskjema som ble sendt ut til 120 utøvere fra forskjellige idretter der 40% av disse var fotballutøvere mellom alderes 18-36 år. Resultatene fra denne studien viste at utøverne hadde en høy forventning til fysioterapeutene spesielt når det gjaldt resultatene ved behandling og forventet et høyt nivå av profesjonalitet av fysioterapeutene (116). Dette funnet sammenfaller med funnene fra denne oppgaven da de yngre utøverne hadde en forventning om at fysioterapeuten hadde den

kunnskapen som skulle til på grunn av deres utdanning, profesjonalitet og tidligere erfaringer. En nederlandsk studie fra 2020 utforsket det terapeutiske samarbeidet mellom fysioterapeuter og eliteutøvere gjennom intervjuer (117). En av hovedfunnene i studien var viktigheten av tillit mellom både fysioterapeuten og utøver for å sikre optimal behandling. Utøverne ønsket å stole på fysioterapeuten og stolte på at fysioterapeuten deres gjorde det som var best for deres interesse. I samme studie blir det også en forventning om at fysioterapeuten burde ha omfattende kunnskap rundt skader ettersom de har den utdannelsen (117).

5.2.4 Holdninger til antidoping

Kunnskap om antidoping er essensielt for å forebygge doping innen idretten (118). Resultatene fra denne studien indikerer at selv om de fleste utøverne er kjent med dopinglisten og WADA, er det få som aktivt bruker denne ressursen før de tar i bruk nye legemidler eller kosttilskudd. Studiedeltakerne rapporterte at de hadde begrenset erfaring med legemiddelbruk fra leger, med mindre det var relatert til skader. Det var flere som mente at de «kanskje» ville ha sjekket dersom de startet på et fast legemiddel eller kosttilskudd, noe som tyder på at de tar fast bruk av legemidler og kosttilskudd mer alvorlig. Noen uttrykte muligens en manglende forståelse av viktigheten av dopingkontroller og de potensielle konsekvensene av å bruke forbudte stoffer. Dette kan føre til utilsiktet doping, en uheldig konsekvens av en slik holdning (119). Mange utøvere antydte at de ikke følte behov for å konsultere dopinglisten når de brukte legemidler eller kosttilskudd de allerede var kjent med, som for eksempel kreatin. Noen få viste imidlertid en økt bevissthet om risikoen ved å bruke nye produkter, spesielt de som hadde tidligere erfaring med antidopingarbeidet eller som hadde blitt påvirket av tidligere dopingsaker, som Johaug-saken (120). Tilliten til fysioterapeuten og legen var også en årsak til at dopinglisten sjeldent ble brukt ettersom mange ikke følte behovet for å sjekke noe de fikk av disse helsepersonellene. Dette er derimot en risiko dersom det er mangel på kunnskap fra helsepersonell eller mangel på oppdatering.

En studie fra 2023 gjennomført i Kypros forsket på 164 idrettsutøvere på videregående for å undersøke deres kunnskap og holdninger rundt antidoping. Funnene i denne studien viste seg å være at deltakerne hadde en generell mangel på informasjon og kunnskap om antidoping. I tillegg indikerte resultatene fra studien at deltakerne ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om forbudte stoffer og metoder (121). Disse funnene samsvarer og stemmer med funnene fra denne oppgaven der utøverne ga inntrykk at av de kunne lite om antidoping.

En annen studie som er verdt å nevnte hadde som hensikt å utforske preferanser hos utøvere når det gjelder opplæring om antidoping. Studien inkluderte 630 fotballspillere der majoriteten var fra Norge og noen var fra Litauen og Hellas. Resultatene fra denne studien viste at majoriteten av spillerne fikk informasjon om antidoping gjennom fotballklubben, og det var kun en andel på 13,8% som var klare over antidopingreglementet og kun 42,4% av disse igjen var villig til å lære mer om antidoping (118).

I denne oppgaven fikk de fleste utøverne informasjon gjennom skolen, og noen fikk informasjon gjennom fotballklubben deres. Det var derimot bekymringsverdig at flere ikke hadde hørt om antidoping, og ikke visste hvor de eventuelt skulle søke opp om substanser er på dopinglisten. Det var derimot en holdning blant utøverne at de ønsket å lære mer. Disse funnene tyder på at det er viktig å øke bevisstheten og kunnskapen om dopingreglementet blant unge utøvere, og at det kan være behov for bedre opplæring og informasjon fra idrettsorganisasjoner og klubber. Det er også viktig å adressere tilliten til støttepersonell som leger og fysioterapeuter, og å sikre at de har tilstrekkelig kunnskap om dopingreglementet for å veilede utøvere på en ansvarlig måte.

5.3 Metodediskusjon

5.3.1 Semi- strukturert intervju

I denne studien ble semi-strukturerte intervjuer valgt som intervju type for datainnsamling (90). For å sikre at relevante temaer ble dekket og for å kunne opprettholde en systematisk tilnærming gjennom intervjuene, ble det utviklet en intervjuguide på forhånd. Denne guiden ble sendt inn til SIKT sammen med søknaden tidlig i mastersemesteret, noe som kan betraktes som en begrensning gitt at forskningshensikten ikke var fullstendig definert på dette tidspunktet (Vedlegg 5). Likevel, kan dette også ses som en fordel ettersom det bidro til at spørsmålene i større grad forble åpne og mindre påvirket av forskerens meninger. Etter å ha gjennomført de to første intervjuene, ble det gjort små justeringer i intervjuguiden. Dette var med på å sikre at relevante temaer ble ytterligere utforsket, og at forskeren oppnådde en dypere forståelse av datamaterialet. Det bør imidlertid bemerkes at det finnes to andre typer intervjuer som kunne vært anvendt: ustrukturerte og strukturerte intervjuer (90).

Ustrukturerte intervjuer kjennetegnes ved få eller ingen forhåndsbestemte spørsmål, noe som gjør at intervjuet tar form i en mer uformell samtale (90). Denne intervjutypen tillater stor grad av fleksibilitet, men det kan også føre til at intervjuet avviker fra hovedformålet.

Ustrukturerte intervjuer er derimot egnet ved sensitive temaer der forsker ønsker en dypere forståelse, for eksempel pasienters erfaringer. Etersom denne studien involverte fokusgruppeintervjuer med flere deltakere, ville et ustrukturert intervju være uegnet, da samtaleemnet enkelt kunne avvike fra forskningsspørsmålet (90).

Når det gjelder strukturerte intervjuer, som spørreskjemaer, følges intervjuet nøyaktig etter de forhåndsbestemte spørsmålene. Det gir ikke rom til å stille oppfølgingsspørsmål for å få en dypere forståelse av et fenomen (90). Mens spørreskjemaer kan være en fordel for spesifikke fenomener, ønsket forskeren i denne studien å utforske deltakernes holdninger og perspektiver rundt forskningsspørsmålet noe som krevde rom for oppfølgingsspørsmål.

Bruken av semi-strukturert intervju muliggjorde en grundig utforskning av deltakernes oppfatninger og erfaringer knyttet til forskningsspørsmålet. Forskeren kunne stille oppfølgingsspørsmål for å få en dypere forståelse av interessante temaer som ble diskutert. En begrensning ved denne fleksibiliteten var imidlertid at intervjuene involverte flere deltakere, og det var ofte diskusjoner rundt bordet som kunne føre til avvik fra hovedformålet med intervjuet. Det var derfor viktig at forskeren hadde kontroll på intervjuguiden og kunne gripe inn for å rette opp i dette, derfor ble intervjuene pugget på forhånd. I motsetning til et individuelt intervju hvor kun forsker og deltaker er til stedet, noe som naturligvis forenkler styringen av intervjuet. En annen begrensning med intervjutypen var forskernes relative uerfarne rolle som intervjuer. Selv om et pilotintervju ble gjennomført, kunne forskerens ferdigheter ha blitt styrket dersom flere pilotintervjuer hadde blitt gjennomført. Likevel gikk intervjuene som planlagt og alle spørsmål ble stilt.

5.3.2 Fokusgruppeintervjuet

Den valgte metoden for denne studien, fokusgruppeintervjuer, representerte en passende tilnærming for å oppnå en dypere forståelse av deltakernes synspunkter og erfaringer, spesielt når forsker ønsket å utforske felles holdninger og oppfatninger i et sosialt miljø som ikke er mulig i et individuelt intervju (122).

Rekrutteringsprosessen i denne studien ble gjennomført gjennom en kontaktperson innen hver klubb, som var kjent med deltakerne fra før av. Dette valget ble gjort av praktiske hensyn, men det innebærer at kontaktpersonens kjennskap til deltakerne potensielt kunne ha påvirket deltakernes respons i forkant av intervjuene, noe som kan være en begrensning med denne studien (123). Det kan derimot argumenteres for at de yngre utøvernes seriøsitet i forhold til

prosjektet kan ha blitt forsterket nettopp på grunn av deres kjennskap til og respekt for kontaktpersonen, noe som kan betraktes som en betydelig fordel.

Denne studien omfattet 25 fotballutøvere. Ifølge tall fra Norges Fotballforbund er det 187 534 mannlige fotballspillere i Norge. Blant disse er det 1 606 mannlige fotballspillere i alderen 16-18 år fordelt på de 10 største klubbene, men denne opptellingen skiller ikke mellom idrettsnivåer (124). Dermed representerer denne studien kun 1,5% av det totale antallet fotballutøvere i denne aldersgruppen innenfor disse klubbene. I Norge finnes det totalt 1 676 fotballklubber. Selv om disse tallene ikke direkte kan sammenlignes med deltakerutvalget i studien, gir de en kontekst som viser at utvalget på 25 deltakere ikke er tilstrekkelig for å generalisere resultatene fra studien med sikkerhet. Dette representerer en begrensning ved studien. Likevel var utvalget av klubbene strategisk valgt fra ulike områder i Norge for å nettopp kunne generalisere resultatene nasjonalt, i tillegg til at fokusgruppeintervjuer inkluderer flere deltakere per området (Tabell 2).

Under en av intervjuene oppsto det en misforståelse hvor kontaktpersonen hadde inkludert tre utøvere som var 17 år gamle. Av etiske hensyn ble det etterfølgende sendt en forespørsel til SIKT for å avklare samtykkekrav for denne aldersgruppen. Med godkjenning fra SIKT ble disse utøverne inkludert i analysen (Vedlegg 7). Uten denne godkjenningen ville utelukkelsen av disse deltakerne representert en vesentlig begrensning, ettersom verdifull data kunne gått tapt. Denne situasjonen tydet også på at kontaktpersonen muligens ikke hadde gjennomgått informasjonsskrivet nøye, noe som i seg selv kan utgjøre en begrensning hvis det fører til feil informasjonsformidling til deltakerne.

Det var viktig for forsker å skape en trygg og komfortabel atmosfære for deltakerne. Intervjuene ble derfor gjennomført i treningsarenaene til klubben. For å lette på stemningen innledningsvis hadde forsker alltid med seg noe småmat som utøverne kunne spise på og forsker kunne samtidig benytte anledningen på starten til å bli bedre kjent med deltakerne. Generell informasjon om prosjektet og om konfidensialiteten til utøverne ble forklart av forsker før hvert intervju slik at de kunne stille spørsmål dersom de lurte på noe før de skrev under på samtykkeskjemaet. Imidlertid kan opprettholdelsen av konfidensialitet anses som en potensiell begrensning i fokusgruppeintervjuer. Med flere deltakere til stede kan enkelte informanter frykte at sensitiv informasjon kan bli delt videre av andre deltakere, som for eksempel kontaktpersonen eller lagkamerater. Dette kan påvirke deltakernes villighet til å dele åpent om erfaringer.

Det var en homogenitet blant deltakerne i de ulike gruppene, noe som forsterket gruppedynamikken ved å muliggjøre enklere gjenkjennelse av hverandres erfaringer blant deltakerne og redusere strategisk kommunikasjon. Deltakerne var jevnaldrende, av samme kjønn og var lagkamerater i samme fotballmiljø. Denne homogeniteten kan imidlertid ha begrenset mangfoldet av diskuterte temaer ettersom gruppen delte mange likhetstrekk. Denne likheten kan også ha satt en begrensning dersom en av utøverne mente noe annet, men ikke ønsket å uttrykke dette da deltaker kunne skille seg ut. Deltakernes endringer i atferd og meninger når de vet de ble observert, både av de andre deltakerne og forsker, kalles også for «Hawthorne effekten» (125). Denne effekten representerer en svakhet ved studien, der noen deltakere kanskje holdt tilbake informasjon om sine faktiske erfaringer i ulike situasjoner.

Deltakernes kjennskap og forhold til hverandre bidro til en flyt i samtalene og diskusjonene noe som ikke nødvendigvis hadde oppstått dersom deltakerne var ukjente med hverandre (126). Kjennskapen til hverandre bidro til å fremme dynamiske interaksjoner og dialoger mellom deltakerne. Dette resulterte i en dypere utforskning av deltakernes synspunkter og erfaringer.

Uenighet mellom deltakerne bidro også til produksjon av nødvendig data ettersom flere synspunkter rundt et tema ble uttrykt. Kjennskapen til hverandre kan også ha bidratt til å senke terskelen for å dele personlige erfaringer, samtidig som deltakerne kunne velge når de ønsket å besvare spørsmål eller trekke seg tilbake ettersom flere deltakere var til stedet. I et individuelt intervju kan temaer oppfattes som mer seriøse og alvorlige, ettersom det kun er deltakeren og forskeren til stede.

Likevel kan denne kjennskapen til hverandre fra før ha satt en begrensning på hva deltakerne ønsket å dele av personlige erfaringer i frykt for at det skal bli sagt videre eller bli dømt (Hawthorne effekten) (125, 127). Forskeren hadde også muligheten til å observere gruppedynamikken og samspillet mellom deltakerne, som avslørte spesifikke holdninger og perspektiver på visse temaer som ellers ikke ville blitt avdekket i et individuelt intervju. For eksempel ble holdningen til utøverne til rusmidler tydeligere når temaet ble diskutert, deres holdninger endret seg og det ble mindre sagt rundt bordet. Det kan derfor antas at visse opplevelser ble holdt tilbake rundt de sensitive temaene som rusmidler.

Det var ikke uventet at deltakerne i den aktuelle aldersgruppen ikke hadde mye erfaring med legemiddelbruk, og dette begrenset studien til en viss grad, da det ble mer hypotetiske svar og ønsketenkning enn faktiske tidligere erfaringer som satte en begrensning med studien. Likevel

fikk forskeren innsikt i deltakernes holdninger til ulike situasjoner. For eksempel nevnte flere deltakere at de «kanskje» hadde sjekket dopinglisten, men når andre deltakere stilte seg kritisk til dette, endret deltakerne sine meninger. Dette kan derimot både være en årsak av «Hawthorne effekten» eller rett og slett mangel på kunnskap eller usikkerhet rundt håndtering av slike situasjoner

5.3.3 Tematisk analyse

Tematisk analyse anses som en grunnleggende metode innen kvalitativ forskning og betraktes som den første analysemetoden som forskeren bør mestre, da den legger grunnlaget for å forstå og anvende mer avanserte metoder i fremtiden (96). Denne metoden er spesielt egnet for å håndtere store mengder data, slik som data fra fokusgruppeintervjuer (96).

I denne studien ble tematisk analyse valgt grunnet forskerens manglende erfaring med kvalitative studier og analyse av data fra intervjuer (96). Analyseprosessen fulgte Braun og Clark sin 6 trinns analyse, hvor hvert trinn ble nøye vurdert for å opprettholde analysens kvalitet (96). En teknisk fordel ved transkripsjonene var at det ble gjort to lydopptak av hvert intervju, noe som var spesielt gunstig når flere utøvere snakket samtidig i et stort rom. Dette sikret også en reserve i tilfelle tekniske problemer med et av opptakene skulle oppstå.

Transkripsjonsprosessen kunne være en utfordring spesielt når det var mye som ble sagt på kort tid, og forskeren måtte kunne skille mellom deltakernes stemmer. De to siste intervjuene ble transkribert 3 uker etter gjennomføring og var en liten utfordring da forskeren hadde mindre fersk hukommelse av deltakernes stemmer, noe som gjorde transkripsjonsprosessen mer krevende. Forsker noterte derimot detaljer om deltakernes plassering umiddelbart etter alle intervjuene for å bevare oversikten.

Etter transkripsjonene satt forsker igjen med store mengder data og forsker var derfor enda mer opptatt av struktur og oversikt fra starten av på grunn av manglende erfaring. Tabeller ble hovedsakelig benyttet for å få en visuell oversikt.

En av de store fordelene med tematisk analyse er dens fleksibilitet. Forsker hadde muligheten til å vurdere temaenes relevans i forhold til forskningsspørsmålet. Selv om et tema hadde en lav prevalens, kunne forskeren likevel anerkjenne dets betydning og trekke det frem som et viktig funn (96). For eksempel, selv om bare én utøver nevnte å ha fått beskjed fra legen om å rådføre seg med fysioterapeuten før inntak av legemidler, ble dette ansett som et viktig funn

og inkludert i resultatene. Videre ga tematisk analyse forskeren muligheten til å legge til ekstra temaer i ettertid, noe som ga rom for revisjoner og forbedringer underveis i analysen (96) som var en stor fordel ettersom forsker var uerfaren og dette ga derfor mulighet for forbedring og rom for feil som kunne rettes opp i.

Likevel var det en utfordring å unngå forskningsbias, da forskeren naturligvis ønsket å finne svar som støttet formålet med forskningen. Muligheten til å bruke egen dømmekraft under analysen, kan ha gjort at noen temaer ble vektlagt mer enn andre (128). Dette ble derimot håndtert ved å være bevisst på eventuell forskningsbias og ved å sikre at alle temaene ble grundig vurdert. I tillegg ble det valgt en induktiv tilnærming, der temaene utviklet seg organisk fra datasettene og ikke baserte seg på forskerens teorier eller interesser spesifikt for å unngå forskerbias. Som resultatene viser ble temaene delt opp litt i samsvar med intervjuguiden, dette var derimot naturlig ettersom intervjuene var delt opp i disse temaene, dette kan blir sett på som både en styrke og en svakhet med studien, men som nevnt tidligere så ble intervjuet utarbeidet før problemstillingene var utarbeidet.

5.4 Forslag til videre forskning og veien videre

Videre forskning

Denne studien er begrenset til yngre mannlige fotballutøvere i Norge, det er derfor av interesse å utforske andre divisjoner innen samme idrett for å få en bedre forståelse om det er en forskjell mellom ulike profesjonsnivået. I tillegg hadde det vært interessant å forske videre på andre idrettsgrener. Slik forskning vil kunne bidra til en større forståelse for utøvernes holdninger til legemidler og kosttilskudd og kan på den måten styrke antidopingarbeidet i fremtiden. Det hadde også vært interessant å ha en studie som inkluderer flere utøvere for å kunne generalisere det enda mer som nevnt i metodediskusjonen. Kvinner er også aktuelt å undersøke, det er derimot en pågående studie som ser på kvinner i samme aldersgruppe innen fotball, det hadde derfor vært spennende å sammenligne for å se om det er noe forskjell mellom kjønn.

I tillegg er funnene rundt tilliten til støttepersonell interessant og derfor kan videre forskning med fokus støttepersonellens perspektiver utøverne være interessant, spesielt fysioterapeutenes og foreldrenes perspektiver blant yngre utøvere.

Undersøkelse av ulike klubbers rutiner når det gjelder opplæring rundt antidoping hos utøver kan også være interessant. På den måten kan man utforske om det er noe forskjell på opplæring i for eksempel klubbene og idrettsskolene og eventuelt hvor kunnskapsgapet eventuelt foreligger.

Veien videre i idretten

Basert på funnen fra denne studien ser man forhåpentligvis et større bilde av yngre fotballutøvere sine holdninger til legemidler og kosttilskudd. Det er viktig å ta med seg videre viktigheten av støttepersonellet rundt spillerne der det viser seg en mangel på kunnskap rundt antidoping og en ekstremt stor tillit til støttepersonellet, spesielt lagets fysioterapeuter. Det er derfor viktig videre å forsterke kunnskapen til støttepersonellet ved å for eksempel tilby jevnlig kurs eller andre ressurser, det samme til utøverne.

I tillegg er det viktig å jobbe med å fremme en kultur hvor åpen diskusjon om bruk og effekt av kosttilskudd og legemidler er normen, slik at muligheten for å rette opp i eventuelle feilbruk og unødvendig bruk kan gjøres.

Andre helsepersonell som farmasøyter og tannleger viser seg også å ha en rolle i antidopingarbeidet, og er viktige kilder for sikker informasjon og veiledning.

6. Konklusjon

Denne studien avdekker holdningene og erfaringene til unge mannlige elitefotballspillere i Norge når det gjelder bruk av kosttilskudd og legemidler, samt deres tillit til støttepersonell og kjennskap til antidopingregelverket. Resultatene indikerer at yngre mannlige fotballspillere i aldersgruppen 18-19 år har en viss avslappet og åpen tilnærming til bruk av smertestillende legemidler som ibuprofen og paracetamol, ofte for å håndtere mindre smerter og ubehag i forbindelse med trening og kamper. Bruken ser ut til å være motivert av ønsket om å maksimere ytelsen og kunne spille til tross for skade. Når det gjelder kosttilskudd, viser funnene at spillerne bruker disse for å oppnå små marginale fordeler som kan forbedre deres prestasjon og kunne yte sitt beste for å bli best, noe som reflekterer en høy grad av målrettethet og konkurransedrevet motivasjon.

Studien avdekker også en sterk tillit til støttepersonell, inkludert fysioterapeuter og leger. Denne tilliten kommer blant annet av en oppfatning blant utøverne om at støttepersonell har nødvendig kompetanse for å gi råd og veiledning som er for utøvernes beste interesse og som er i tråd med antidopingreglementet. Utøverne stoler ofte blindt på anbefalingene fra disse ekspertene, noe som peker mot en viktig avhengighet av kvalifisert og pålitelig støtte i deres sportslige karriere.

Til tross for en bevissthet om antidoping dopinglisten, viser resultatene at det er en mangel på dypere kunnskap og aktiv bruk av dopinglisten blant utøverne. Dette antyder at mens spillerne er informert om at det finnes regler, mangler de detaljert forståelse og praktisk bruk av disse reglene i sine daglige valg. Dette bekrefter behovet for forbedret utdanning og kommunikasjon om antidopingregler og spesifikke substanser for å sikre at unge utøvere ikke bare er informerte, men også engasjerte i å følge regelverket nøye.

Samlet sett viser disse funnene en kultur hvor unge eliteutøvere er sterkt motiverte for å prestere og er villige til å bruke legale hjelpemidler for å forbedre sine prestasjoner og bli best mulig.

7. Referanseliste

1. Kristensen JÅ, Skilbred A, Abrahamsen FE, Ommundsen Y, Loland S. Performance-enhancing and health-compromising behaviors in youth sports: A systematic mixed-studies review. *Performance Enhancement & Health*. 2022;10(4):100237.
2. Schneider AJ, Friedmann T. *The Problem of Doping in Sports*. I: J. SA, red. *Advances in Genetics*. 51. San Diego, USA: Academic Press; 2006. s. 1-9.
3. Oester C, Weber A, Vaso M. Retrospective study of the use of medication and supplements during the 2018 FIFA World Cup Russia. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*. 2019;5(1):e000609.
4. Alaranta A, Alaranta H, Heliövaara M, Airaksinen M, Helenius I. Ample use of physician-prescribed medications in Finnish elite athletes. *International journal of sports medicine*. 2006;27(11):919-925.
5. Gjelstad A, Herlofsen TM, Bjerke AL, Lauritzen F, Björnsdottir I. LEKONI - legemiddel- og kosttilskuddsbruk blant norske idrettsutøvere [Upublisert artikkel]. [
6. Warden SJ. Prophylactic use of NSAIDs by athletes: a risk/benefit assessment. *Phys Sportsmed*. 2010;38(1):132-138.
7. Lauritzen F, Dale CB, Bråthen I, Gjelstad A. Kosttilskudd - Dopingfelle eller en nødvendig del av treningen? *Norsk tidsskrift for ernæring*. 2020;18(3):32-36.
8. Woolf JR. An examination of anti-doping education initiatives from an educational perspective: Insights and recommendations for improved educational design. *Performance Enhancement & Health*. 2020;8(2):100178.
9. Jan Holm. Fotball [Internett]. Store Norske Leksikon; 2022 [Sist oppdatert 05.desember; Hentet 01.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fotball>.
10. Antidoping Norge. Hva er doping? [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 3.januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/hva-er-doping>
11. Vlad RA, Hancu G, Popescu GC, Lungu IA. Doping in Sports, a Never-Ending Story? *Adv Pharm Bull*. 2018;8(4):529-534.
12. Thorsby PM, Astrid Gjelstad. When the patient is an athlete [Internett]. *Tidsskrift For Den Norske Legeforening*; 2021 [Hentet 12.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/en/2021/04/kronikk/when-patient-athlete>.
13. World Anti-doping Agency. Who We Are [Internett]. World Anti-doping Agency [Hentet 3.januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/who-we-are>.
14. Mottram D, Neil Chester. *The evolution of doping and anti-doping in sport*. I: David R. Mottram, red. *Drugs in Sport*. 7 utg utg. New York: Routledge; 2018. s. 27.

15. World Anti-doping Agency. The World Anti-Doping Code [Internett]. World Anti-doping Agency; [Hentet 29. april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/what-we-do/world-anti-doping-code>.
16. Antidoping Norge. Organisasjon [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 07.januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/om-adno/organisasjon>.
17. Norges Idrettsforbund. Lov For Norges Idrettsforbund Og Olympiske Og Paralympiske Komité [Internett]. Norges Idrettsforbund; 2024 [Hentet 02.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.idrettsforbundet.no/contentassets/369484754eda498ba864560749691337/240101-nifs-lov.pdf>
18. Norges Idrettsforbund. Hvem er vi? [Internett]. Norges Idrettsforbund [Hentet 08.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.idrettsforbundet.no/om-nif/hvem-er-vi/>
19. Antidoping Norge. Ren utøver [Internett]. Oslo: Ren utøver; [Hentet 11.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://renutover.no>.
20. Norges Idrettsforbund. Ren Utøver - Antidoping Norge [Internett]. Idrettsforbundet; [Hentet 09.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.idrettsforbundet.no/nif/trenerloypa/erlaring/moduler/ren-utover---antidoping-norge/>.
21. Antidoping Norge. Dopinglisten 2024 [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; 2024 [Hentet 08.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten>
22. Mottram DR, Chester N. Drugs and their use in sport. I: Mottram DR, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 3-20.
23. Antidoping Norge. S0. Ikke godkjente stoffer [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/dopinglisten/dopinggruppe-s0>.
24. Kvam M. Anabole steroider [Internett]. Norsk Helseinformatikk; 2022 [Sist oppdatert 29.juli; Hentet 10.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/doping/anabole-steroider>.
25. Mottram DR, Chester N. Anabolic agents. I: Mottram DR, Chester N, red. Drugs in sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 129-150.
26. Drange M. Doping [Internett]. Store Medisinske Leksikon 2023 [Sist oppdatert 27.januar; Hentet 29.april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/doping>.
27. Mottram DR, Chester N. Peptide hormones, growth factors and related substances. I: Mottram DR, Chester N, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 152-158.
28. Kristiansen MK. beta-2-agonister [Internett]. Store Norske Leksikon; 2021 [Sist oppdatert 10.juni; Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/beta-2-agonister>.
29. Mottram DR, Chester N. Beta-2 agonists. I: Mottram DR, Chester N, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 174-179.

30. Mottram DR, Chester N. Hormone and metabolic modulators. I: Chester N, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 188-189.
31. Mottram DR, Chester N. Diuretics and masking agents. I: Mottram DR, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 199-200.
32. Mottram DR, Chester N. Narcotics. I: Mottram DR, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 263-264.
33. Mottram DR, Chester N. Cannabinoids. I: Mottram DR, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 271.
34. Mottram DR, Chester N. Glucocorticoids. I: Wojek N, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 283-284.
35. Vennerød AM, Granås AG. Legemidler [Internett]. Store medisinske leksikon; 2023 [Sist oppdatert 12.oktober; Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/legemidler>.
36. Norsk Helseinformatikk. Diabetes type 1 [Internett]. Norsk Helseinformatikk; 2022 [Sist oppdatert 18.mars; Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-1/type-1-diabetes?page=all>.
37. Antidoping Norge. Vekstfaktorer [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/vekstfaktorer>.
38. Norsk Helseinformatikk. Astma, en oversikt [Internett]. Norsk Helseinformatikk; 2022 [Sist oppdatert 11.november; Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/barn/lunger-og-luftveier/astma?page=all>.
39. Skjønsberg OH. astma [Internett]. Store Medisinske leksikon; 2024 [Sist oppdatert 04.mars; Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/astma>.
40. Soldal J. Vi bruker mer legemidler enn noen gang [Internett]. Apotekforeningen; 2023 [Sist oppdatert 28.februar; Hentet 14.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/vi-bruker-mer-legemidler-enn-noen-gang>.
41. Åse V. 13 prosent av medisinene vi bruker står på dopinglisten [Internett]. Apotekforeningen; 2023 [Sist oppdatert 04.desember; Hentet 08.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/13-prosent-av-medisinene-vi-bruker-star-pa-dopinglisten>
42. Antidoping Norge. Medisinsk fritak [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 04.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/medisinsk-fritak-tue>.
43. Antidoping Norge. Forskrift om medisinsk fritak [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 14.mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/medisinsk/medisinsk-fritak-tue/regler-1>.
44. Ræder J. Smertestillende [Internett]. Store Medisinske Leksikon; 2021 [Sist oppdatert 30.mars; Hentet 21.februar 2024]. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/smertestillende_midler.

45. Mottram DR, Chester N. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. I: Wojek N, red. *Drugs in Sport*. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 319-324
46. Norsk Legemiddelhåndbok. L17.1.1 Ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) [Internett]. Norsk legemiddelhåndbok; 2021 [Sist oppdatert 18.februar; Hentet 10.mai 2024]. 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)).
47. Norsk Legemiddelhåndbok. L20.1.1.2 Paracetamol [Internett]. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk Legemiddelhåndbok; 2023 [Sist oppdatert 31.august; Hentet 21.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.1.2/Paracetamol>.
48. Tscholl PM. A sensible approach to the use of NSAIDs in sports medicine [Internett]. *Sems-journal*; 2019 [Sist oppdatert 01.november 2019; Hentet 28.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sems-journal.ch/2468>.
49. Tscholl PM, Vaso M, Weber A, Dvorak J. High prevalence of medication use in professional football tournaments including the World Cups between 2002 and 2014: a narrative review with a focus on NSAIDs. *British Journal of Sports Medicine*. 2015;49(9):580-582.
50. Stangeland H, Handal M, Skurtveit SO, Aakvaag HF, Dyb G, Wentzel-Larsen T, et al. Killing pain?: a population-based registry study of the use of prescription analgesics, anxiolytics, and hypnotics among all children, adolescents and young adults in Norway from 2004 to 2019. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2023;32(11):2259-2270.
51. Miech R, Bohnert A, Heard K, Boardman J. Increasing use of nonmedical analgesics among younger cohorts in the United States: a birth cohort effect. *The Journal of adolescent health*. 2013;52(1):35-41.
52. Antidoping Norge. Medisinsk [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 09.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/arsrapport-2022/internasjonalt-medisinsk/medisinsk-1>.
53. Folkehelse Instituttet. WHO-senteret for ATC/DDD ved Folkehelseinstituttet [Internett]. Folkehelse instituttet; 2022 [Sist oppdatert 20.desember; Hentet 09.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/legemiddelbruk/who-senteret/>.
54. Pedersen JR, Andreucci A, Thorlund JB, Koes B, Møller M, Storm LK, et al. Prevalence, frequency, adverse events, and reasons for analgesic use in youth athletes: A systematic review and meta-analysis of 44,381 athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2022;25(10):810-819.
55. Sari D, Pedersen J, Thorlund J, Mikkelsen U, Moller M. Pain medication use in youth athletes: A cross-sectional study of 466 youth handball players. *Translational Sports Medicine*. 2021;4.
56. Tricker R. Painkilling Drugs in Collegiate Athletics: Knowledge, Attitudes, and Use of Student Athletes. *Journal of Drug Education*. 2000;30(3):313-324.

57. Helsedirektoratet. Treng eg kosttilskot? [Internett]. Oslo: HelseNorge; 2021 [Sist oppdatert 13.desember; Hentet 05.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/sma-grep-for-et-sunt-kosthold/trygg-bruk-av-kosttilskudd/>.
58. Svihus B. Kosttilskudd [Internett]. Store Medisinske Leksikon; 2024 [Sist oppdatert 02.januar; Hentet 15.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/kosttilskudd>.
59. Antidoping Norge. Kosttilskudd [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; [Hentet 05.mai 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.antidoping.no/kunnskap-og-ressurser/kosttilskudd?token=0_JT_55Pq1P7ee2pduiLPrqe18VS5rRK.
60. Gjelstad A, Lauritzen F. Utilsiktet doping - de største risikoområdene (Norsk Idrettsmedisin 1, 2020). 2020.
61. Martínez-Sanz JM, Sospedra I, Ortiz CM, Baladía E, Gil-Izquierdo A, Ortiz-Moncada R. Intended or Unintended Doping? A Review of the Presence of Doping Substances in Dietary Supplements Used in Sports. *Nutrients*. 2017;9(10):1093.
62. Baume N, Hellemans I, Saugy M. Guide to over-the-counter sports supplements for athletes. *International SportMed Journal*. 2007;8.
63. Mottram DR, Chester N. Sports supplements and herbal preparations. I: Chester N, red. *Drugs in Sports*. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 329 - 332.
64. Halvor H. Byfuglien. Kosttilskudd - dopingfelle eller nødvendig del av trening? [Internett]. Oslo: Antidoping Norge; 2020 [Hentet 05.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.antidoping.no/nyheter/kosttilskudd-er-ikke-en-nodvendig-del-av-trening>
65. Corrigan B, Kazlauskas R. Medication Use in Athletes Selected for Doping Control at the Sydney Olympics (2000). *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2003;13(1):33-40.
66. O.Molinero, S.Márquez. Use of nutritional supplements in sports: risks, knowledge, and behavioural-related factors [Nettdokument]. University of Leon, Spania: *Nutricion Hospitalaria*; 2008 [Hentet 29.april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n2/revision2.pdf>
67. Takahashi R, Fujii T. University Soccer Players Using Supplements Correctly? *Journal of Orthopaedics and Sports Medicine* [Internet]. 2024 [Hentet 29.april 2024]; 6:[38-42 pp.]. Tilgjengelig fra: <https://www.fortunejournals.com/articles/university-soccer-players-using-supplements-correctly.html>.
68. Myrdal CN. kreatin [Internett]. Store Medisinske Leksikon; 2024 [Sist oppdatert 09.februar; Hentet 05.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/kreatin>
69. Kreider RB, Kalman DS, Antonio J, Ziegenfuss TN, Wildman R, Collins R, et al. International Society of Sports Nutrition position stand: safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. 2017;14(1):18.

70. Green AL, Hultman E, Macdonald IA, Sewell DA, Greenhaff PL. Carbohydrate ingestion augments skeletal muscle creatine accumulation during creatine supplementation in humans. *The American journal of physiology*. 1996;271(5 Pt 1):E821-826.
71. Steenge GR, Simpson EJ, Greenhaff PL. Protein- and carbohydrate-induced augmentation of whole body creatine retention in humans. *Journal of applied physiology* (1985). 2000;89(3):1165-1171.
72. Kvam M. Protein [Internett]. Norsk Helseinformatikk 2023 [Sist oppdatert 02.februar; Hentet 05.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/kosthold/ernaring/protein>.
73. Kvam M. Proteinbehov og trening [Internett]. Norsk Helseinformatikk; 2022 [Sist oppdatert 05.desember; Hentet 05.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/kosthold/ernaring/proteintilskudd>.
74. Cintineo HP, Arent MA, Antonio J, Arent SM. Effects of Protein Supplementation on Performance and Recovery in Resistance and Endurance Training. *Front Nutr*. 2018;5:83.
75. Morton RW, Murphy KT, McKellar SR, Schoenfeld BJ, Henselmans M, Helms E, et al. A systematic review, meta-analysis and meta-regression of the effect of protein supplementation on resistance training-induced gains in muscle mass and strength in healthy adults. *British Journal of Sports Medicine*. 2018;52(6):376-384.
76. 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.
77. Greenbaum DH, McLachlan AJ, Roubin RH, Moles R, Chaar BB. Examining pharmacists' anti-doping knowledge and skills in assisting athletes to avoid unintentional use of prohibited substances. *The International journal of pharmacy practice*. 2023;31(3):290-297.
78. Gjelstad A. Idrettsfarmasi og antidoping – hvilken rolle kan farmasøyten spille? [Internett]. *Farmatid*; 2020 [Sist oppdatert 17.november; Hentet 29.januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.farmatid.no/aktuelt/nyheter/idrettsfarmasi-og-antidoping-hvilken-rolle-kan-farmasoyten-spille>.
79. Malve HO. Sports Pharmacology: A Medical Pharmacologist's Perspective. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*. 2018;10(3):126-136.
80. Hansen RS. Kosttilskudd [Internett]. *Vitusapotek*; 2018 [Sist oppdatert 08.oktober.2023; Hentet 09.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.vitusapotek.no/livsstil-og-kosthold/vitaminer-og-mineraler/kosttilskudd/a/A111018>.
81. Malek S, Taylor J, Mansell K. A questionnaire examining attitudes of collegiate athletes toward doping and pharmacists as information providers. *Canadian pharmacists journal*. 2014;147(6):352-358.
82. Seiberth K, Thiel A. Should I Stay or Should I Go? The Impact of Social Networks on the Choice to Play for a National Team in Football. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(15).

83. World Anti-doping Agency. Athletes & Support Personnel [Internett]. World Anti-doping Agency; [Hentet 22.februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.wada-ama.org/en/athletes-support-personnel>.
84. Mottram DR, Chester N. The role of Athlete Support Personnel in drug use in sport. I: Chester N, Stuart M, Mottram D, red. Drugs in Sport. 7 utg. New York: Routledge; 2018. s. 99-103.
85. Roles and Responsibilities of Athlete Support personnel and other persons [Internett]. Deaflympics; [Hentet 29.april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.deaflympics.com/icsd/roles-and-responsibilities-of-athlete-support-personnel-and-other-persons>.
86. World Anti-doping Agency. World Anti-Doping Code 2021 [Nettdokument]. Canada: World Anti-doping Agency; 2021 [Hentet 09.mai 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/2021_wada_code.pdf.
87. Patterson LB, Backhouse SH, Jones B. The role of athlete support personnel in preventing doping: a qualitative study of a rugby union academy. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health. 2023;15(1):70-88.
88. Erickson K, McKenna J, Backhouse SH. A qualitative analysis of the factors that protect athletes against doping in sport. Psychology of Sport and Exercise. 2015;16:149-155.
89. Grønmo S. Kvalitativ metode [Internett]. Store Norske Leksikon; 2023 [Sist oppdatert 16.januar; Hentet 15.mars 2024]. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvalitativ_metode
90. Kaae S, Sporrøng SKI, Nørgaard LS. Guide to Qualitative Research on Patient Perspective on Medicines Use [Nettdokument]. Copenhagen: University Of Copenhagen 2020 [Hentet 14.mars 2024]. Tilgjengelig fra: https://whocc-meduse.ku.dk/documents/Guide_To_Qualitative_Research.pdf.
91. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. BMJ. 1995;311(7000):299-302.
92. Sikt. Meldeskjema for personopplysninger i forskning [Internett]. Sikt; [Hentet 15.mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>.
93. Universitetet i Oslo. Klassifisering av data og informasjon [Internett]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2023 [Sist oppdatert 13.desember; Hentet 17.mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/sikkerhet/lsis/tillegg/lagring/infoklasser.html#toc5>.
94. Universitetet i Oslo. Tjenester for Sensitive Data (TSD) [Internett]. Oslo: Universitetet i Oslo; [Hentet 15.mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>.
95. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Oppkobling og bruk av VMware Horizon VDI og virtuelle applikasjoner ved NTNU [Nettdokument]. NTNU; [Hentet 09.mai 2024]. Tilgjengelig fra: https://i.ntnu.no/documents/portlet_file_entry/1305837853/NTNU-bruk+av+Vmware+Horizon+%28002%29.pdf/8c148487-c7a5-f8b4-e76d-e9ba0a273f3f.

96. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3:77-101.
97. Salomão A. Kunsten å tolke: En reise gjennom tematisk analyse [Internett]. 2023 [Sist oppdatert 20.september; Hentet 18.mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://mindthegraph.com/blog/nb/tematisk-analyse/>.
98. Vaso M, Weber A, Tscholl PM, Junge A, Dvorak J. Use and abuse of medication during 2014 FIFA World Cup Brazil: a retrospective survey. *BMJ Open*. 2015;5(9):e007608.
99. Impellizzeri FM, Rampinini E, Marcora SM. Physiological assessment of aerobic training in soccer. *Journal of sports sciences*. 2005;23(6):583-592.
100. John JM, Bursik J, Burgstahler C, B, sch D, Luig P, K, hnle F, et al. Prevalence of Sport-Related Analgesic Use in German Elite Handball Players. *Deutsche Zeitschrift f, r Sportmedizin*. 2023;Volume 74(No. 5):168-174.
101. Pedersen JR, Møller M, Storm LK, Koes B, Ntoumanis N, Thorlund JB. To rest or to compete? A 4-week cohort study of analgesic use and willingness to compete hurt in Danish youth elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2023;26(11):580-585.
102. Overbye M. Walking the line? An investigation into elite athletes' sport-related use of painkillers and their willingness to use analgesics to train or compete when injured. *International Review for the Sociology of Sport*. 2021;56(8):1091-1115.
103. Øby O. Hvordan arbeider voksne, profesjonelle fotballspillere med utvikling? [Internett]. *Norges Idrettshøgskole*; 2018 [Hentet 01.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/handle/11250/2507989>.
104. Donachie T. Professional Pressure – Football And Mental Health [Internett]. *Believe Perform*; [Hentet 01.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://members.believeperform.com/professional-pressure-football-and-mental-health/>.
105. McCrae JC, Morrison EE, MacIntyre IM, Dear JW, Webb DJ. Long-term adverse effects of paracetamol – a review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2018;84(10):2218-2230.
106. Lauritzen F, Gjelstad A. Trends in dietary supplement use among athletes selected for doping controls. *Frontiers in Nutrition*. 2023;10.
107. Sekulic D, Tahiraj E, Maric D, Olujic D, Bianco A, Zaletel P. What drives athletes toward dietary supplement use: objective knowledge or self-perceived competence? Cross-sectional analysis of professional team-sport players from Southeastern Europe during the competitive season. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. 2019;16(1):25.
108. Garthe I, Maughan RJ. Athletes and Supplements: Prevalence and Perspectives. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 2018;28(2):126-138.
109. Garthe I, Ramsbottom R. Elite athletes, a rationale for the use of dietary supplements: A practical approach. *PharmaNutrition*. 2020;14:100234.

110. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* [Internet]. 1977 [Hentet 02.mai 2024]; 84(2):[191-215 pp.]. Tilgjengelig fra: <https://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>.
111. Wiens K, Erdman KA, Stadnyk M, Parnell JA. Dietary supplement usage, motivation, and education in young, Canadian athletes. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*. 2014;24(6):613-622.
112. Daher J, Mallick M, El Khoury D. Prevalence of Dietary Supplement Use among Athletes Worldwide: A Scoping Review. *Nutrients*. 2022;14(19):4109.
113. Sebastián-Rico J, Martínez-Sanz JM, Sanchis-Chordà J, Alonso-Calvar M, López-Mateu P, Romero-García D, et al. Supplement Consumption by Elite Soccer Players: Differences by Competitive Level, Playing Position, and Sex. *Healthcare*. 2024;12(4):496.
114. Tandon S, Bowers L, Fedoruk M. Treating the elite athlete: Anti-doping information for the health professional. *Missouri medicine*. 2015;112:122-128.
115. Diacin M, Parks J, Allison PC. Voices of male athletes on drug use, drug testing, and the existing order in intercollegiate athletics. *Journal of Sport Behavior*. 2003;26:1-16.
116. Quartey J, Afidemenyo S, Kwakye SK. Athletes' expectations about physiotherapy in sports injury rehabilitation in greater Accra region. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 2019;39(02):101-114.
117. 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 and Rehabilitation*. 2021;13(1):122.
118. Skoufa L, Daroglou G, Loukovitis A, Lunde H, Guižauskaitė G, Barkoukis V. Football players' preferences for anti-doping education: A cross-country study. *Performance Enhancement & Health*. 2022;10:100217.
119. Hurst P, Ring C, Kavussanu M. An evaluation of UK athletics' clean sport programme in preventing doping in junior elite athletes. *Performance Enhancement & Health*. 2020;7(3):100155.
120. Sæle OO. Johaug-saken - en etisk case [Internett]. *Vestlandet: Blogg Forskning*; 2022 [Sist oppdatert 19.oktober; Hentet 01.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://blogg.forskning.no/ove-olsen-saeles-blogg/johaug-saken-en-etisk-case/2095368>.
121. Tsivitanidou O, Christodoulides E, Petrou M. High-School Athletes' Knowledge, Attitudes, and Perceptions on Doping: The Cyprus Sport-School Study. *Youth*. 2023;3(2):596-622.
122. Malterud K. Fokusgrupper - En kvalitativ metode. I: Malterud K, red. *Fokusgruppe som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. s. 19-22.
123. Malterud K. Rekruttering. I: Malterud K, red. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. s. 51.

124. Norges fotballforbund. NFF i tall [Internett]. fotball; [Hentet 11.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.fotball.no/tema/om-nff/statistikk-og-historikk/>.
125. Pripp AH. Hawthorne-effekten: Tidsskrift For Den Norske Legeforening; 2020 [Hentet 01.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2020/10/medisin-og-tall/hawthorne-effekten>
126. Malterud K. Gruppene. I: Malterud K, red. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. s. 44-45.
127. Morgan DL. Focus Groups 1996 [Hentet 09.mai 2024]; 22:[129-152 pp.]. Tilgjengelig fra: <https://www.uv.uio.no/iped/english/research/projects/solbrekke-formation-and-competence-building/pictures-and-downloads/morgan-focus-group.pdf>.
128. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher. International Journal of Transgender Health. 2023;24(1):1-6.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Ønsker klubben din å delta i forskningsprosjektet «Yngre fotballspillers holdninger til legemidler og kosttilskudd»?

Farmasøytisk Institutt, ved Universitetet i Oslo, utfører for tiden et forskningsprosjekt i samarbeid med Antidoping Norge hvor formålet er å få en bedre forståelse av hvordan kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd er blant yngre fotballspillere i Norge.

Dere blir kontaktet fordi dere leder et elite G19 fotballag i Norge. Deltakelse i forskningsprosjektet innebærer at et utvalg fotballspillere stiller opp i et fokusgruppeintervju med to masterstudenter. Intervjuet vil ta omtrent 1 times tid, hvor deltakerne vil bli stilt spørsmål om deres erfaringer, opplevelser og kunnskap knyttet til legemidler og kosttilskudd. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet og materialet vil bli behandlet konfidensielt og deltakerne blir anonymisert.

Svarene fra deltakerne vil bidra med viktig og nyttig informasjon om holdninger til legemidler og kosttilskudd i idretten. Bidraget vil i tillegg være til hjelp i det forebyggende antidopingarbeidet i Norge.

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet og det innhentes samtykke fra alle deltakerne før intervjuet gjennomføres. Dersom klubben velger å delta kan deltakerne når som helst trekke tilbake samtykket uten å oppgi noe grunn. Det har ingen negative konsekvenser for deltakerne eller for laget hvis noen velger å trekke seg.

Kort informasjon om rekruttering av deltakere og gjennomføring av gruppeintervjuet:

- Det er ønskelig å rekruttere fire til seks fotballspillere i alderen 18-19 år.
- Tidspunkt for gjennomføring av intervjuet vil foregå i perioden oktober 2023 til desember 2023. Dette vil avtales nærmere.
- Intervjuene utføres på avtalt sted. Vi kommer gjerne på besøk til dere!
- Vi ønsker gjerne bistand fra klubbledelsen til utsending av informasjonsmateriell til aktuelle deltakere samt egnet sted for gjennomføring av intervjuene hvis dette er aktuelt.

Ønsker klubben din å delta i forskningsprosjektet?

Gi tilbakemelding til Nadia Alhaidari (ngalhaid@uio.no) innen 20.10.2023

Det blir sendt ut informasjonsskriv med ytterligere informasjon om studien før intervjuene gjennomføres.

Ved ytterligere spørsmål om forskningsprosjektet kan du kontakte:

Masterstudent Nadia Alhaidari, ngalhaid@uio.no, mobil 47286960

Veileder Ingunn Björnsdottir, ingunn.bjornsdottir@farmasi.uio.no (for tiden sykemeldt)

Veileder Astrid Gjelstad, astrid.gjelstad@farmasi.uio.no

Vi håper dere ønsker å være med i forskningsprosjektet og vi ser frem til samarbeidet

Vennlig hilsen Nadia

Vedlegg 2: Første intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Dette er et semi strukturert intervju og vi har fleksibel mulighet til å kunne endre spørsmålene underveis. Dette intervjuet er bygget opp av 3 hoveddeler: Innledende spørsmål, hoveddel og avslutning. Innen hoved delen er det flere hovedtemaer som har spørsmål tilhørende til det tema.

Rammesetting:

- Informasjon om prosjektet
 - o Bakgrunn og formål med prosjektet: Utforske yngre utøvere sin holdning til legemidler og kosttilskudd og på den måten styrke forhåpentligvis antidoping arbeidet.
 - o Avklare eventuelle spørsmål rundt samtykke skjema og infoskriv.
 - Anonymitet: bruk av koder eller fiktive navn.
 - Samtykke: skriftlig samtykke
 - Har mulighet til å trekke seg når man vil fra studien, før publikasjon.
 - Hvem som har tilgang til datamaterialet etter intervju
 - o Spørre om det er noe uklart
 - o Informere om lydopptak (tas opp på telefon, lagres på UiO disk).
 - o Informere om tidsbruk (omtrent 1 time)

Innledende spørsmål

- Kort om meg selv
- Hvor lenge har dere spilt fotball?
- Hvordan har sesongen vært? (evt hvordan var kamp hhv terminliste)
- Hvordan ser en treningsdag ut for dere?
- Hva er deres langsiktige mål?

Legemidler

- Hva tenker dere på når vi snakker om legemidler?
- Hvilken tanker har dere om bruk av legemidler i idrett?
- Vet dere hva reseptfrie legemidler er og bruker dere det?
- Bruker dere reseptfrie smertestillende legemidler? Feks paracetamol, ibux?
 - o Hvor ofte bruker dere det eventuelt?

- Hvilken smertestillende er deres førstevalg?
- Hva bruker dere smertestillende mot og evt hvor mye bruker dere?
- Bruker dere andre reseptfrie legemidler?
 - Ved søvnproblemer, allergi, forkjølelse?
- Hvilken rolle tenker dere at støttepersonell har?
 - Hvis dere blir syke, hvem kontakter dere/hvis dere har noen helseplager hvem kontakter dere?
 - Ved behandling av skader hvem gir dere informasjon om legemidlene som brukes?
- Hvordan opplever dere presset for å prestere på deres beste som en junior fotballspiller som spiller på en av toppklubbene?
 - Hvilken tanker har dere om risikoen ved å bruke legemidler uten resept eller uten tilsyn av helsepersonell?
- Utveksler dere erfaringer om legemiddelbruk med hverandre?

Kosttilskudd

- Hva tenker dere på når jeg sier kosttilskudd?
- Bruker dere noe kosttilskudd? Evt hva?
 - Hva er deres tanker rundt preworkout, proteinpulver osv. Bruker dere det?
- Hva ønsker dere å oppnå ved å bruke kosttilskudd?
 - Føler dere at kosttilskudd er nødvendig å ta som utøver?
- Er det mye bruk av kosttilskudd i deres idrettsmiljø?
 - Av hvem/eller hvor får dere anbefalt kosttilskudd av?
 - Lege, trener, støttepersonell, hverandre eller sosiale medier?
 - Hvor kjøper dere kosttilskudd fra? (på nett, utlandet, apotek?)
- Hvor innhenter dere informasjon om kosttilskuddet dere bruker?

Antidoping

- Er du kjent med begrepet antidoping, og hva mener dere at det betyr?
 - Er dere kjent med Ren utøver?
- Er dere kjent med dopinglista?
 - Har dere sjekket opp legemidler og kosttilskudd opp mot dopinglisten før?
 - Er dere klar over at en del rusmidler står på dopinglisten? Hvordan forholder dere dere til det?

- Hva er deres tanker rundt den økende trengsel for bruk av rusmidler i samfunnet og idretten? Som f.eks. cannabis og cocain?
 - Hva er lagets holdning til rusmidler generelt?
- Hvor henter dere informasjon om potensielle forbudte stoffer?
- Har dere noen gang brukt Antidoping Norge sine nettsider?
 - Vet dere hvor dere søker for å se om stoffer er på dopinglista?
 - Har dere noen gang kontaktet Antidoping Norge i forbindelse med spørsmål?
 - Har dere brukt eller er dere kjent med legemiddelsøket?
 - Vet dere hva elektronisk fritaksveileder er?
 - Evt astmakalkulator?
- Snakker dere sammen om antidoping/doping innad laget eller med trener

Avslutning:

- Er det noe dere sitter med som dere vil fortelle eller noe som er uklart?
- Har dere noe spørsmål til oss?

Vedlegg 3: Endret intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Dette er et semi strukturert intervju og vi har fleksibel mulighet til å kunne endre spørsmålene underveis. Dette intervjuet er bygget opp av 3 hoveddeler: Innledende spørsmål, hoveddel og avslutning. Innen hoved delen er det flere hovedtemaer som har spørsmål tilhørende til det tema.

Rammesetting:

- Informasjon om prosjektet
 - o Bakgrunn og formål med prosjektet: Utforske yngre utøvere sin holdning til legemidler og kosttilskudd og på den måten styrke forhåpentligvis antidoping arbeidet.
 - o Avklare eventuelle spørsmål rundt samtykke skjema og infoskriv.
 - Anonymitet: bruk av koder eller fiktive navn.
 - Samtykke: skriftlig samtykke
 - Har mulighet til å trekke seg når man vil fra studien, før publikasjon.
 - Hvem som har tilgang til datamaterialet etter intervju
 - o Spørre om det er noe uklart
 - o Informere om lydopptak (tas opp på telefon, lagres på UiO disk).
 - o Informere om tidsbruk (omtrent 1 time)

Innledende spørsmål

- Kort om meg selv
- Hvor lenge har dere spilt fotball? Hvor lenge har dere spilt fotball sammen? Hvor lenge har dere kjent hverandre?
- Hvordan har sesongen vært? (evt hvordan var kamp hhv terminliste)
- Hvordan ser en treningsdag ut for dere?
- Hva er deres langsiktige mål?

Legemidler

Reseptfrie legemidler

- Hva tenker dere på når vi snakker om legemidler? Kunne dere forsøkt å forklare hva et legemiddel er?
- Vet dere hva reseptfrie legemidler er?

- Bruker dere reseptfrie smertestillende legemidler? Feks paracetamol, ibux? Kan dere fortelle litt om deres erfaringer rundt dette
 - o Hvor ofte bruker dere det eventuelt?
 - o Hvilken smertestillende er deres førstevalg?
 - o Hva bruker dere smertestillende mot og evt hvor mye bruker dere?
 - o Prater dere med noe støttepersonell før dere bruker reseptfrie legemidler?
 - Si at dere er på apoteket å skal kjøpe noe reseptfritt, prater dere med farmasøyten før dere kjøper det eller går dere rett på det som dere tror er bra/fått anbefalt.
- Føler dere det er nødvendig å bruke reseptfrie legemidler for å prestere i idretten?
 - o Hva ønsker dere å oppnå ved å bruke reseptfrie legemidler
- Bruker dere andre reseptfrie legemidler?
 - o Ved søvnproblemer, allergi, forkjølelse?

Legemidler

Når går vi over til legemidler som dere får av legen.

- Hvem får dere legemidler anbefalt av?
- Hvis dere ikke føler dere helt topp, hva gjør dere da?
- Hvilken rolle tenker dere at støttepersonell har?
 - o Hvis dere blir syke, hvem kontakter dere/hvis dere har noen helseplager hvem kontakter dere?
 - o Ved behandling av skader hvem gir dere informasjon om legemidlene som brukes?
 - o Hvis dere er hos tannlegen og fjerner visdomstennene for eksempel, dobbeltsjekker dere smertestillende dere får eller tar dere det bare?
- Hvordan opplever dere presset for å prestere på deres beste som en junior fotballspiller som spiller på en av toppklubbene? Kjenner dere på et behov for å bruke legemidler av den grunn?
 - o Hvilken tanker har dere om risikoen ved å bruke legemidler uten resept eller uten tilsyn av helsepersonell?
- Utveksler dere erfaringer om legemiddelbruk med hverandre?

Kosttilskudd

- Hva tenker dere på når jeg sier kosttilskudd?
- Bruker dere noe kosttilskudd? Evt hva?

- Hva er deres tanker rundt preworkout, proteinpulver osv. Bruker dere det?
- Hva ønsker dere å oppnå ved å bruke kosttilskudd?
 - Føler dere at kosttilskudd er nødvendig å ta som utøver?
- Er det mye bruk av kosttilskudd i deres idrettsmiljø?
 - Av hvem/eller hvor får dere anbefalt kosttilskudd av?
 - Lege, trener, støttepersonell, hverandre eller sosiale medier?
 - Hvor kjøper dere kosttilskudd fra? (på nett, utlandet, apotek?)
 - Hvis dere er i utlandet, kjøper dere eventuelt kosttilskudd eller legemidler der? Eventuelt, sjekker dere det opp?
- Hvor innhenter dere informasjon om kosttilskuddet dere bruker?

Antidoping

- Er du kjent med begrepet antidoping, og hva mener dere at det betyr?
 - Er dere kjent med Ren utøver?
- Er dere kjent med dopinglista?
 - Har dere sjekket opp legemidler og kosttilskudd opp mot dopinglisten før?
 - Er dere klar over at en del rusmidler står på dopinglisten? Hvordan forholder dere dere til det?
 - Hva er deres tanker rundt den økende trengselen av bruk av rusmidler i samfunnet og idretten? Som f.eks. cannabis og cocain?
 - Hva er lagets holdning til rusmidler generelt?
- Hvor henter dere informasjon om potensielle forbudte stoffer?
- Har dere noen gang brukt Antidoping Norge sine nettsider?
 - Vet dere hvor dere søker for å se om stoffer er på dopinglista?
 - Har dere noen gang kontaktet Antidoping Norge i forbindelse med spørsmål?
 - Har dere brukt eller er dere kjent med legemiddelsøket?
 - Vet dere hva elektronisk fritaksveileder er?
 - Evt. astmakalkulator?
- Snakker dere sammen om antidoping/doping innad i laget eller med trener?

Ren utøver

- Har dere gjennomført ren utøver?
 - Hva er deres tanker rundt den

- Dekker kurset det dere trengte av informasjon for håndtering av legemidler og kosttilskudd i idretten?
- Tenker dere alle utøvere burde utføre ren utøver, forklar
- Har dere noe forslag til hva som kunne blitt endret for å gjøre ren utøver bedre
- Hvordan kan det bli enklere for dere å innhente informasjon om bruk av legemidler og kosttilskudd i idretten?

Avslutning:

- Er det noe dere sitter med som dere vil fortelle eller noe som er uklart?
- Har dere noe spørsmål til oss?

Vedlegg 4: Samtykkeskjema og informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Yngre fotballspilleres holdninger til legemidler og kosttilskudd»?

Formål

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en dypere forståelse av hvordan kulturen for bruk av legemidler og kosttilskudd er blant yngre fotballspillere. I dette skrivet vil du få informasjon om målene for prosjektet og hva det innebærer for deg som deltar.

Bakgrunnen for dette forskningsprosjektet er LEKONI-studien (Bruk av Legemidler og Kosttilskudd blant Norske Idrettsutøvere 2015-2019) og flere medieoppslag som viser relativt høyt forbruk av visse legemiddelgrupper på toppnivå i noen idretter. Det er derfor svært interessant å se nærmere på legemiddelkulturen i fotball, og sammenligne forskjellene i kulturen blant jenter og gutter. Hensikten med prosjektet er å få en bedre forståelse for holdningen til bruk av legemidler og kosttilskudd i idretten blant fotballspillere som videre kan brukes for å styrke antidopingarbeidet og fokusere på riktig legemiddelbruk blant utøverne.

Dette forskningsprosjektet er en del av en mastergrad og er i samarbeid mellom Farmasøytisk Institutt (Universitetet i Oslo) og Antidoping Norge. Prosjektansvarlig og hovedveileder er Ingunn Bjørnsdottir (vikar er Astrid Gjelstad). Nadia Alhaidari og Synne Strand er masterstudenter ved Farmasøytisk Institutt, og vil utføre fokusgruppeintervjuene. Sofie Christensen og Fredrik Lauritzen er eksterne veiledere fra Antidoping Norge for denne masteroppgaven.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt spurt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du er i aldersgruppen 18-19 år og spiller fotball på toppnivå i Norge. For å gjennomføre studien er det nødvendig med minst fire fokusgruppeintervjuer, hvor det trengs mellom fire til seks deltakere per gruppe til intervjuene. Uavhengig av hvor lenge du har spilt på laget har du mulighet til å delta i prosjektet. Daglig leder i klubben til deltakerne blir kontaktet i forkant av intervjuene for å bekrefte om at laget ønsker å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju med to masterstudenter. Et fokusgruppeintervju er et intervju hvor man intervjuere flere samtidig og

diskuterer spørsmålene sammen. Tanken bak å bruke fokusgruppeintervjuer er å få frem gruppedynamikken i gruppen som kan bidra til å få ytterligere informasjon som man kanskje ellers ikke ville fått i individuelle intervjuer. Det vil ta deg omtrent 1 time. Du vil bli stilt spørsmål om dine erfaringer, opplevelser og kunnskap knyttet til legemidler og kosttilskudd. Med andre ord vil det kunne stilles spørsmål om din egen helse.

Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet og det er kun masterstudentene og de ansatte ved UiO som har tilgang til lydfilene. Materialet vil bli behandlet konfidensielt og du vil bli anonymisert i oppgaven som vil si at du ikke vil kunne gjenkjennes i publikasjoner i ettertid. Lydopptaket vil også slettes når prosjektet avsluttes.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle personopplysninger 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.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Konfidensialitet innebærer at vi ikke deler din informasjon med noen andre. Det er kun forskningsgruppen som har tilgang til denne informasjonen.
- Informasjonen som du gir i forbindelse med gruppeintervjuet lagres på en sikker datamaskin som ingen andre har tilgang til.
- Lydopptaket av ditt gruppeintervju slettes når prosjektet er avsluttet.
- Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner i forbindelse med dette forskningsprosjektet.
- Alt av personopplysninger vil bli behandlet etter personopplysningsloven.

All data vil bli oppbevart i UiO sine systemer, TSD (Tjenester for sensitive data). Hovedveileder Ingunn Björnsdottir vil bidra i noe grad i analysen av datamaterialet og vil derfor kunne ha tilgang til noen av opplysningene du gir. Dette betyr at det kun er masterstudentene Nadia Alhaidari og Synne Strand og hovedveileder Ingunn Björnsdottir som vil ha full tilgang til dataene og personopplysningene. Bidraget fra medveilederne Astrid Gjelstad, Sofie Christensen og Fredrik Lauritzen blir etter at intervjuene er skrevet ned.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes sommeren 2024. Etter prosjektslutt vil lydopptaket med personopplysninger og datamateriale slettes. Du vil heller ikke bli gjenkjent etter publikasjon og det vil ikke være mulig å spore opplysninger tilbake til deg.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har 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:

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

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

Nadia Alhaidari, ngalhaid@uio.no, mobil: 47286960

Synne Strand, synnstr@uio.no, mobil: 91242582

Ingunn Björnsdottir, ingunn.björnsdottir@farmasi.uio.no, mobil 93621551

Astrid Gjelstad, astrid.gjelstad@antidoping.no, mobil 97517947:

- Vårt personvernombud i UiO: personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Astrid Gjelstad

(på vegne av hovedveileder Ingunn Björnsdottir)

(Forsker/veileder)

Nadia Alhaidari/Synne Strand

(Masterstudenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Yngre fotballspillers holdninger til legemidler og kosttilskudd*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: Meldeskjema til SIKT

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

10.05.2024, 11:18



Meldeskjema

Referansenummer

160095

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

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

Beskriv bakgrunnsopplysningene

Det vil bli oppgitt alder/fødselsår i tillegg til kjønn og idrett for begge oppgavene. Det vil ikke bli stilt spesifikke spørsmål om bakgrunnsopplysninger men det kan komme opp i noen sammenhenger under intervjuet. Deltakerne vil derimot være anonymiserte under selve oppgaven.

Beskriv de andre personopplysningene

Det vil ikke stilles direkte spørsmål om dette. Det kan derimot dukke opp i en bisammenheng under intervjuene men dette vil ikke inkluderes i selve oppgaven ettersom vi tar hensyn til anonymisering. Det samme gjelder for helseopplysninger nedenfor.

Prosjektinformasjon

Tittel

Yngre fotballutøveres holdninger til legemidler og kosttilskudd

Sammendrag

Denne masteroppgaven tar sikte på å utforske fotballutøveres (18-19 år) holdninger til legemiddelbruk innenfor fotballkulturen. Gjennom kvalitative intervjuer med fotballutøvere, skal den ene oppgaven basere seg på gutter og den andre på jenter, og på den måten avdekke hvordan fotballkulturen påvirker deres holdninger til legemidler og kosttilskudd og hvilke faktorer som influerer deres valg. Hensikten med studien er å få en bedre forståelse for holdningen til bruk av legemidler og kosttilskudd i idretten blant fotballspillere som videre kan brukes for å styrke antidopingarbeidet fremover og en riktigere legemiddelbruk blant utøverne.

Hva er formålet med behandlingen av personopplysninger?

Det er kun nødvendige opplysninger som innhentes under fokusgruppeintervjuer som blir benyttet til analyse og publisering. Det er derimot viktig med disse intervjuene for å få en forståelse av idrettskulturen og deres holdning til legemiddelbruk. Det er som sagt kun det relevante som tas i bruk og anonymisering skal sikres før noe publisering.

Dersom personopplysningene skal behandles til flere formål, beskriv hvilke

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

Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

Type prosjekt

Master

Kontaktinformasjon, student

Nadia Alhaidari, ngalhaid@uio.no, tlf: 47286960

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Astrid Gjelstad, astrid.gjelstad@farmasi.uio.no, tlf: 97517947

Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Gutte fotballspillere som spiller på elitelag i Norge i aldersgruppen 18-19 år.

Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

I samarbeid med Antidoping Norge har vi allerede vært i kontakt med fotballforbundet og fått tillatelse og støtte for å gjennomføre masteren. Vi vil kontakte ulike junior toppklubber i Norge og på den måten rekruttere 4-6 junior fotballutøvere som forhåpentligvis vil samtykke i fokusgruppeintervjuer. Dette blir altså et samarbeid mellom oss (antidoping norge og UiO) og fotballforbundet og høre hvem som er tilgjengelig og vil samtykke for et slikt intervju. Det er derimot kun UiO studentene og UiO veilederne som vil ha tilgang til lydopptakene.

Aldersgruppe

18 - 19

Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1

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

Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?

Gruppeintervju

Vedlegg

[Intervjuguide - utvalg 1.pdf](#)

Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

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

Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

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

Begrunn valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon til utvalg 1

Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[samtykke og inforskriv .pdf](#)

Utvalg 2

Beskriv utvalget

Jente fotballspillere som spiller på elitelag i Norge i aldersgruppen 18-19 år.

Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

I samarbeid med Antidoping Norge har vi allerede vært i kontakt med fotballforbundet og fått tillatelse og støtte for å gjennomføre masteren. Vi vil kontakte ulike junior toppklubber i Norge og på den måten rekruttere 4-6 junior fotballutøvere som forhåpentligvis vil samtykke i fokusgruppeintervjuer. Dette blir altså et samarbeid mellom oss (antidoping norge og UiO) og fotballforbundet og høre hvem som er tilgjengelig og vil samtykke for et slikt intervju. Det er derimot kun UiO studentene og UiO veilederne som vil ha tilgang til lydopptakene.

Aldersgruppe

18 - 19

Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 2

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

Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 2?**Gruppeintervju****Vedlegg**

[Intervjuguide - utvalg 2.pdf](#)

Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

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

Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

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

Begrunn valget av behandlingsgrunnlag**Informasjon til utvalg 2****Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?**

Ja

Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[samtykke og inforskriv .pdf](#)

Tredjepersoner**Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?**

Nei

Dokumentasjon**Hvordan dokumenteres samtykkene?**

- Manuelt (papir)
- Muntlig

Beskriv hvordan muntlig samtykke dokumenteres

Alle deltakere skal få informasjon om studiet og hva det innebærer å delta via et informasjonsskriv (vedlagt under utvalg). De vil få informasjon om dette før selve intervjuet og også før intervjustart der vi innhenter samtykke skriftlig ved å dele ut skriver under "utvalg" og muntlig.

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykke kan trekke tilbake når som helst før selve oppgaven er publisert. Deltaker trenger ikke oppgi noe grunn for hvorfor han/hun vil trekke seg. Når deltaker trekker seg vil vi slette opplysningene. Samtykke kan trekkes tilbake ved å ta kontakt med oss, der kontaklinformasjon er lett tilgjengelig for deltakerne.

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

Ved ønske kan deltakeren få det som er blitt transkribert av det han/hun har sagt, og selvfølgelig få dette slettet dette om ønskelig.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?

Ikke utfyllt

Sikkerhetstiltak

Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?

Nei

Begrunn hvorfor personopplysningene ikke skal lagres separat

Det er ingen mulighet å skille stemmen fra lydopptaket. Det signerte samtykket vil derimot bli samlet inn i papir format og vil oppbevares i brannskap atskilt fra andre data.

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Adgangsbegrensning
- Fortløpende anonymisering

Hvor blir personopplysningene behandlet?

- Maskinvare
- Mobile enheter

Hvem har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Interne medarbeidere

Overføres personopplysninger til et tredjeland?

Nei

Avslutning

Prosjektperiode

15.08.2023 - 15.08.2024

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data slettes (sletter rådataene)

Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publikasjon?

Nei

Tilleggsopplysninger

Ifjor ble det sendt inn en tilsvarende søknad om fokusgruppeintervjuer i håndball og ishockey. Ref nummer: 642391 Når det gjelder intervjuguiden vil vi spesifisere at det er et semi strukturert intervju og det innebærer at små endringer i spørsmålsstillingen kan forekomme.

Vedlegg 6: Godkjenning fra SIKT

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

10.05.2024, 11:11



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
160095

Vurderingstype
Standard

Dato
05.10.2023

Tittel

Yngre fotballutøveres holdninger til legemidler og kosttilskudd

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Astrid Gjelstad

Student

Nadia Alhaidari

Prosjektperiode

15.08.2023 - 15.08.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

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

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.08.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 7: Aldersbekreftelse fra SIKT

Meldeskjema / Yngre fotballutøveres holdninger til legemidler og kosttilskudd / Meldinger




Ref.nr. 160095

Meldinger


Skriv melding...

Merk: Meldingen vil bli synlig for din institusjon og alle prosjektet er delt med.

Send melding


-  **Påminnelse (planlagt)**
22.08.2024 02:00
-  **Sluttvurdering (planlagt)**
15.08.2024 02:00
-  **Melding fra Astrid Gjelstad**
28.11.2023 09:57
Hei,

Tusen takk for rask og klar tilbakemelding - da ser vi hva vi gjør.

Mvh Astrid Gjelstad
-  **Melding fra Lasse Andre Raa (Rådgiver)**
28.11.2023 09:53
Hei

Vår vurdering er at barn over 16 år kan samtykke selv til behandling av særlige kategorier personopplysninger om helseforhold. Deltakelse i forskning som ikke er helseforskning er ikke direkte regulert i lovverket, men 16 år er helserettlig myndighetsalder, som indikerer at dette også bør være aldersgrensen for samtykke til behandling av helseopplysninger.

Det er selvsagt ingenting i veien for å innhente samtykke fra foreldre, eventuelt informere foreldre, dersom dere ønsker dette.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.
-  **Melding fra Astrid Gjelstad**
28.11.2023 09:27
Hei,

Ved en misforståelse ble tre respondenter på 17 år deltakere på et fokusgruppeintervju i denne studien. Vårt spørsmål er om det er i orden å innhente foreldresamtykke til disse nå i etterkant av intervjuet, slik at bidragene til disse 17-åringene også kan inkluderes i resultatene?

Med vennlig hilsen Astrid Gjelstad

Vedlegg 8: Eksempel på tematisk analyse (Intervju 4)

Intervjuer: Men hva ønsker dere å oppnå ved å bruke kosttilskudd?

C₄: Altså sånn tran også når det nå ikke er så mye sol og det, hva er det vitamin d?

F₄: Ja

C₄: Så tar man gjerne og får litt ekstra derifra. Også proteinpulver og sånn hvis jeg er på skolen lenge så får jeg ikke i meg nok kilder til protein liksom, så da bare tar jeg litt ekstra for å bare så nærme det man trenger som mulig da

D₄: Det handler jo litt om bare få det du trenger for at kroppen skal fungere optimalt, fordi vi holder jo på med idrett og det er høy belastning og har du mangler på enkelte stoffer eller vitamin eller noe sånt, så er jo det viktig at du får det i balanse

Folk sier seg enig «mhm».

Forsker: Hva med dere andre

B₄: For min del handler det om å få den ekstra prosenten inn da, sånn det er jo ganske lite som skiller når du, jo høyere opp du kommer. Da er det bare å være rå på de enkle tingene da, som kost og litt eh de type tingene da.

Vitaminer

Få det ekstra

Dekke protein behovet

For helse og kropp

Nødvendig med idretten, spesielt ved mangel

Ekstra prosenten

Gjør det man kan for å bli bedre

