

Rusfag nr. 1–2013



Uteseksjonen i Stavanger har kartlagt omfang og bruk av androgene anabole steroider blant unge gutter. Artikkelen beskriver metode og funn.

Av: Siv Meland og Tonje Hoff

Artikkelen er skrevet på bakgrunn av en kartlegging Uteseksjonen i Stavanger utførte i 2011/ 2012. Kartleggingen ble gjort etter metoden «Hurtig kartlegging og handling» (HKH), under veiledning fra KoRus vest Stavanger, ved Rogaland A-senter.

Gutter som bruker androgene anabole steroider – hvem er de og hva trenger de?

BAKGRUNN

Det har i den senere tid vært et økende fokus på ungdoms bruk av anabole steroider i vår region. Uteseksjonen erfarte at det var lite kunnskap om anabole steroider, hvem som bruker og fysiske og psykiske skader av bruk. Det ble derfor besluttet å foreta en kartlegging av problemområdet.

Vi ville innhente informasjon om hva som kjennetegner unge gutter i alderen 16–20 år som bruker androgene-anabole steroider(AAS), og kartlegge omfanget av bruken av og tilgangen på AAS. Vi ville også kartlegge hvilke tiltak som iverkset-

tes overfor unge gutter i alderen 16–20 år som bruker androgene anabole steroider. Til sist ville vi vurdere om det er behov for nye tiltak eller andre intervensjoner.

Metoden hurtig kartlegging og handling

Hurtig kartlegging og handling (HKH) er en analytisk tilnærming til sosialfaglige problemstillinger. HKH, opprinnelig Rapid Assessment and Response (RAR), er et kartleggingsverktøy som er utviklet av Verdens Helse Organisasjon. Kompetansesenteret ved Stiftelsen Bergensklinikene har i samarbeid med Utekontakten i Bergen oversatt og tilpasset modellen til



norske forhold. Det er utviklet en mal for opplæring i denne metoden (Mounteney og Leirvåg, 2007).

HKH- metoden er egnet for å kartlegge marginaliserte grupper, i særlig grad arenaer og miljøer der hjelpeapparatet normalt har lite innsyn. Metodens styrke er muligheten for hurtig belysning av et eller flere problemområder og at den skal resultere i konkrete forslag til håndtering av disse. HKH bygger på en metodikk der både fagfelt, målgruppe og aktuelle nøkkelinformanter bidrar med kunnskap og erfaringer. Kartleggingen baserer seg på å ha mange ulike kilder å hente ut informasjon fra, ikke å gjøre kvantitative undersøkelser. Aktuelle personer og instanser med kunnskap om problemområdet inviteres til å delta i utforming av problemstilling og handlingsplan.

Hva er androgene - anabole steroider (AAS)?

Androgener er et samlebegrep på mannlige kjønnshormoner og de fleste androgene anabole steroider er syntetiske derivater av det mannlige kjønnshormonet testosteron. Disse dannes både hos menn og kvinner. Det viktigste androgene hormonet er testosteron. De androgene hormonenes virkning deles i to kategorier; androgen og anabol virkning. Androgens virkning øker evnen til å stimulere de mannlige kjønnsstrekkene (maskulinisering), mens den anabole virkningen øker muskelveksten. Det er den anabole virkningen som gjør at menn har større muskelmasse og styrke enn kvinner (Dopingtelefonen).

Brukere av AAS tar mye høyere doser av testosteron enn det som produseres naturlig i kroppen. Dosene kan være mellom ti til hundre ganger større enn krop-

pens egenproduksjon. En frisk mann produserer ca. 7 mg testosteron pr. dag (Statens folkhälsoinstitut, 2009)

Den juridiske situasjonen pr. april 2012

I følge straffelovens paragraf 162 b er det ikke lov å fremstille, innføre, utføre, oppbevare, sende eller overdra dopingmidler, men det er ikke straffbart å besitte, kjøpe eller å bruke dopingmidler (NOU 1990:30). Den norske loven skiller seg fra de andre skandinaviske landene, hvor det også er forbudt å besitte og bruke AAS. I Stortingsmelding nr. 30 (rusmeldingen) foreslår regjeringen kriminalisering av bruk og besittelse av dopingmidler.

Inntak og pris

Det finnes flere ulike typer androgene - anabole steroider som kan inntas for å øke utvikling av muskelmassen. Virkning og bivirkninger vil variere etter kjemisk struktur, og om de gis i tablett eller injeksjonsform.

En kur kan variere i lengde, men mange er på kur i ca. 4–12 uker (Pallesen, 2008). Guttene vi har snakket med har vært på kurer som har vart ca. 4–6 uker, for så å ta et like langt opphold.

Både informanter som kjenner treningsmiljøet og ungdommene sier at pris per kur er ca. 2000 kr. Prisene vil variere ut ifra hva slags AAS du bruker og hvem man kjenner og kjøper av.

Omfang av bruk av AAS

Gjennom vår kartlegging har vi erfart at det er stor usikkerhet knyttet til omfang og bruk av androgen anabole steroider, både nasjonalt og lokalt. Nasjonale tall viser at det er relativt få personer som

bruker AAS. En kartlegging som ble gjort ved førstegangs militærtjeneste viser at 2,9 prosent gutter og 1 prosent jenter har brukt AAS (Barland og Tangen, 2009). Professor Ståle Pallesen (2008) mener å se en betraktelig økning i ungdom som har brukt bare de siste årene. Ansatte på treningssentre og målgruppeinformanter vi har snakket med antar at 5-10 prosent av de som trener på de store trenings-sentrene bruker, mens 30-50 prosent bruker på de mindre sentrene med lite tilsyn. En av trenerne vi snakket med uttalte at «alle de unge guttene på senteret bruker AAS».

Tilgang på AAS

Internett nevnes av samtlige av våre informanter som en stor markeds plass for kjøp av AAS. Her finnes utallige av nettsider hvor man kan bestille det man måtte ønske. Den største delen av dopingpreparatene som produseres i dag fremstilles på såkalte undergrunnslaboratorier (Bergengen, 2011). Politi og tollvesenet mener at bortimot 80 prosent av AAS på det norske markedet i dag er produsert på slike laboratorier eller hjemmeproduert. De fleste tollbeslagene som gjøres i dag består av glass, etiketter, korker og av rene virkestoffer som brukes i produksjonen (Larsen, 2011).

Barland og Tangens(2009) omfangsundersøkelse viser at ungdommene også får tak i AAS fra kompisser og bekjente på treningssentre Dette bekrefter målgruppeinformantene vi har snakket med. Guttene tar kontakt med de som er store og muskuløse på sentrene, for å få råd om hvordan de kan få raskere fremgang

på treningen. Voksne menn på sentrene henvender seg gjerne til guttene for å høre om de ønsker raskere resultater og tilbyr AAS.

Hva kjennetegner brukere av AAS

Målgruppeinformantene omtaler seg selv som sunne normale gutter som har fokus på trening og kosthold og har et ønske om en bedre kropp. De er i skole eller jobb. Informanter på treningssentre mener også at det er vanlige gutter som bruker AAS, det kan være hvem som helst.

De guttene som hjelpeapparatet kjenner har en mer omfattende problematikk og beskrives som sårbare. Dette be-

kreftefs også av pårørende vi har snakket med. De forteller at noen av guttene har vært utsatt for mobbing fordi de har hatt lav høydevekst, vært tynne og pinglete. Problemer som går igjen er at de ikke har funnet sin plass på skolen, hatt lite venner, vært faglig svake eller ikke vært flinke i idrett. Noen av informantene forteller om vanskelige oppvekstforhold og at guttene har hatt lite oppfølging hjemmefra og lite grenser. Brukerne selv kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen av å være sårbare. De uttaler at «det like gjerne kan være den kuleste gutten i klassen som begynner å bruke bol».

Debutalder

I følge en kartlegging fra 2007 som ble gjort på norske videregående skoler på Østlandet, var debutalderen for å prøve AAS 17, 1 år (Norheim, 2007). Våre informanter kjenner til brukere helt ned i

Brukerne selv kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen av å være sårbare. De uttaler at «det like gjerne kan være den kuleste gutten i klassen som begynner å bruke bol».

12-15års alderen. Samtidig ser vi en indre justis i miljøene hvor eldre brukere anbefaler de yngre guttene med å vente med å bruke AAS til de er over 18 år, fordi de vet at tidlig bruk kan gi større skader på kroppen og at det er lurt å vente til kroppen er mest mulig ferdig utviklet. AAS-bruk vil kunne stoppe egenproduksjon av blant annet testosteron og stagnere guttenes egen høydevekst.

Bruk av AAS gir positive opplevelser

Informantene forteller at de opplever en stor gevinst av å bruke AAS, ikke bare får de økt selvtillit, styrke og vekst, men også mange positive tilbakemeldinger fra samfunnet på endringene som skjer. De får økt oppmerksomhet både fra andre gutter og jenter på at de ser bra ut. De forteller også at foreldre, lærere og ansatte på treningssentre gir dem tilbakemeldinger på hvor flinke de er som trener så mye. Guttene selv mener at det er flere positive ting med å bole seg enn negative og at de konsekvensene AAS-bruk kan gi er verdt å utsette seg for. Den ene målgruppeinformanten uttalte *«Det kan godt hende at en lever lengre og får bedre helse om en ikke bruker anabole steroider, men det vil gå utover muskelmassen og det er det ikke verdt»*.

Kroppsbilde og motivasjon

Kroppen har i dagens samfunn blitt et viktig bilde på hvem du er og hvor vellykket du er. I følge Barland er det å ha komplekser for kroppens utseende eller størrelse en motivasjon for å begynne med doping (Barland og Tangen, 2009). Et hovedfunn fra litteraturen er at unge gutter begynner å bruke AAS fordi de er lite tilfreds med egen kropp og strever med et dårlig selvbilde (Norheim, 2008; Pallesen, 2008). De fleste av guttene

vi har snakket med har et ønske om å bli større som den fremste motivasjonen for å bruke AAS. De har ulike syn på hvorfor dette er viktig, de vil føle seg bedre, få en finere kropp, øke muskelmasse og styrke, «dra damer», få mer respekt og raskere resultater.

Risikoen for å utvikle et tvangsmessig fokus på kroppens vekt og muskuløst utseende er klart til stede blant brukere av anabole steroider. Megareksi er en type kroppsbildeforstyrrelse som hovedsakelig rammer menn. De opplever at de er for tynne, lette og ikke muskuløse nok (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade). Megareksi er enda ikke en anerkjent diagnose i Norge, men har i den siste tiden fått økt fokus. Barland sier at selv om vi ikke vet så mye om gutters spiseforstyrrelser, så vet vi at det har blitt utbredt (Nilsen, 2012). Ofte bruker megarektikere AAS for å bli enda større. Barland påpeker videre at det vi vet om sykdommen er at de som har den er menn, de driver med vekttraining, de bruker illegale stoffer, de er asosiale, har et lavt selvbilde og et forvrent kroppsbilde. Ingen av våre brukerinformanter har vært bekymret for å utvikle megareksi, men pårørende har hatt denne bekymringen.

Sammenheng mellom bruk av AAS og andre rusmidler

Vi var interesserte i å se på om bruk av AAS øker sannsynligheten for å bruke andre rusmidler. Forskjellen i bruk av rusmidler mellom de med dopingerfaring og de uten er i følge Barland og Tangen (2009) signifikant på stoffene tobakk, alkohol og hasj. Ungdom som bruker AAS har høyere sannsynlighet for å bruke alkohol, tobakk og andre stoffer (marihuana, kokain, slankepiller, amfetamin

og smertestillende tabletter) enn de som ikke bruker (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2004). Andre studier viser også at AAS-bruk kan være en inngang til annen rusbruk (Hall et al., 2005). Dette bekreftes av våre nøkkelinformanter.

Informanter fra treningsentre med lite tilsyn har observert salg av sentralstimulerende midler som amfetamin utenfor treningsentre. Pårørende vi har snakket med forteller at sønnene deres begynte med andre rusmidler, som hasj, marihuana og amfetamin, selv om de i utgangspunktet var imot narkotiske stoffer. For disse var det AAS-bruken som førte til at de begynte å innta andre narkotiske stoffer. Når en bruker AAS vil en ofte få økt energi. Enkelte opplever at de trenger noe for å «lande litt» eller for å få sluppet av. Guttene forteller om bruk av hasj og beroligende piller når de er av kur. Da brukes det for å roe nedturen og nervene som kommer. De brukte ikke hasj før de begynte med AAS.

Guttene forteller om bruk av hasj og beroligende piller når de er av kur

Sammenheng mellom AAS bruk og annen kriminalitet

Siden AAS er ulovlig å importere og selge, er det kriminelle miljø som står for salget. Målgruppe-informantene forteller at de i ulik grad har kontakt med kriminelle miljøer når de skal kjøpe AAS, det kommer an på hvem de kjenner. Salget foregår ofte gjennom venner og kjente i treningsmiljøene. Bruk av AAS kan føre til kriminell atferd, slik som narkotikamisbruk, overfall og drap som kan være tilfeldig og følelseskaldt (Hall et al., 2005). En del av den « blinde volden» skyldes AAS-mis-

bruk (Hormonlaboratoriet). AAS-bruk gir økt risiko for kriminalitet, på grunn av endret livsstil og personlighetsforandringer (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004).

Omfangsundersøkelsen til Barland og Tangen (2009) viser at de med dopingerfaring (25 %) oftere kommer opp i bråk enn de uten (11 %). Disse guttene utsettes oftere andre for vold og er også selv oftere utsatt for vold. Barland og Tangen finner videre at de med dopingerfaring har flere bøter, flere dommer, de har oftere gjort ting uten å bli tatt, og oftere vært i konfliktråd.

Det ser ut til at høye doser av AAS hos enkelte kan utløse psykiske tilstander som mani/hypomani, og dette kan gi økt aggresjon (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2004; Pallesen, 2008). Det er ikke entydig vitenskapelige belegg for å si at det er en årsakssammenheng mellom AAS og bruk av vold. Det finnes dokumenterte studier hvor bruk av lave AAS-doser gir liten eller ingen påvirkning på personers aggresjonsnivå. Dosene som har blitt benyttet eksperimentelt har imidlertid ikke vært i nærheten av de høyeste dosene som er rapportert og brukt i sammenheng med doping.

Flere av instansene, brukere og pårørende mener at bruk av AAS fører til kortere lunte, redusert impuls kontroll, økt sinne og aggresjon. Pårørende forteller at de har opplevd store endringer i guttenes aggresjonsnivå etter at de begynte på kur. De forteller om kjefting, fysisk utagering både på gjenstander og medlem-

mer i familien, og at guttene har havnet i slåsskamper på byen. AAS-brukere ser ut til å utøve ulike former for vold mot nærstående og pårørende. Pårørende peker på en sammenheng mellom AAS-bruk og vold, ut fra egne erfaringer. Studier bekrefter denne sammenheng (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2004).

Skader og konsekvenser av AAS- bruk

Bruk av AAS kan føre med seg fysisk, psykisk og sosiale konsekvenser. I og med at det er ingen kontroll med hva kapsler og ampuller med AAS inneholder, kan også skadene variere. Preparatene inneholder ofte mer eller mindre virkestoffer og i tillegg andre stoffer enn det etiketten lover.

Fysiske skader som kan oppstå ved bruk av AAS

Vanlige fysiske bivirkninger er kviser, hudfortykkelse, rynker, strekkmerker, hårtap på hodet og økt hårvekst på kroppen, nedsatt eller økt sexlyst, muskeltkramper, smerte i muskulatur. Noen får skader i form av muskelavrivninger, kne og leddskader fordi musklene utsettes for større belastninger enn de tåler.

Brystutvikling, også kjent som «bitch tits» (gynekomasti) er en utbredt bivirkning blant AAS-brukere, som skyldes at testosteron omdannes til østrogen. Dette er ikke reversibelt og må behandles kirurgisk (Pallesen 2008; Norheim, 2008).

Hormonnivået påvirkes og høyere nivå av androgener kan føre til at egenproduksjon av testosteron og sædceller reduseres eller stoppes, og testiklene skrumper inn. Hos mange øker produksjonen igjen når en slutter å bruke AAS, men bruken

kan også føre til sterilitet (Pallesen, 2008; Hormonlaboratoriet).

En rekke komplikasjoner er knyttet til skader i hjerte og blodårene. Hjerte er en muskel og bruk av AAS får hjertet til å vokse (Antidoping-Norge). Undersøkelser viser at AAS-bruk fører til en økning av det «skadelige» kolesterolet, LDL, mens det «gode» kolesterolet, HDL, reduseres (Hormon-laboratoriet). Dette kan føre til et økt innhold av fettstoffer i blodet. AAS-bruk ser også ut til å øke mengden blodplater som fremmer levring av blodet. Samlet sett er det grunnlag for å tro at AAS kan føre til fettansamling på innsiden av blodårene, utvikling av blodpropp og hjerteinfarkt.

Leveren kan få funksjonelle og strukturelle skader. Eksempler på dette er blodcyster, leversvikt og leverkreft (Hormonlaboratoriet).

Psykiske påvirkninger/konsekvenser

Det er et hovedfunn i kartleggingen at brukere, pårørende, instanser og treningssentre er så entydige om psykiske virkninger av AAS-bruk. Dette er noe de fleste av målgruppeinformantene har opplevd, og det er noe de er klar over vil komme når en går på og av kur. Brukerne er opptatt av at virkningene ikke er langvarige. De psykiske bivirkningene avhenger av om brukeren er på eller av kur:

På kur:

Brukerne forteller at når en starter på kur er det vanlig å få økt energi og økt selvtillit. De blir tøffere og modigere. Følelsen av trykk, pump og hardhet gir positive indre opplevelser. Søvnbehovet blir mindre. Når det gjelder sexlyst, kan den både øke og minske. De forteller også at de kan

bli mer irritable og utålmodige. Mange opplever å få raseriutbrudd og økt aggresjon. De forteller også om at de blir paranoide, for eksempel at politiet er etter dem, og får økt sjalusi. Sjalusien kan gå utover kjæresten ved at de mistenker utroskap eller redsel for at hun vil forlate dem.

Brukernes erfaringer samsvarer med andre studier (Norheim, 2008; Pallesen, 2008, Hormonlaboratoriet.). Studiene viser også at de kan bli kritikkkløse og få lavere selvinnsikt. Mange kan få en følelse av å være uovervinnelige. De kan oppleves av venner og pårørende som selvcentrerte og egoistiske (Antidoping-norge).

Av kur:

Målgruppeinformantene forteller at å gå av kur ofte fører til generelt dårligere form. Kroppen har lite energi etter en periode med masse trening og kanskje lite søvn. Det som kjennetegner denne tiden best er opplevelsen av angst, depresjon, redsel, negativt fokus, sjalusi, paranoia og selvmordstanker. Dette er følelser brukeren vet vil komme, og som de er forberedt på. De henter støtte innad i miljøet for å tåle denne perioden.

«.. så griner vi litt sammen, men vi vet ikke helt hvorfor vi griner» (Sitat fra bruker).

Når en er i denne fasen, får en ønske om å begynne på ny kur for å bli kvitt plagene og få ny energi. Noen bruker rusmidler for å redusere plagene. Brukere forteller at noen røyker hasj for å roe nervene. Dette er funn som stemmer med andre

undersøkelser (Barland og Tangen, 2009; Pallesen, 2008).

Sosiale konsekvenser

De psykiske bivirkningene av AAS-bruk gir også sosiale konsekvenser. Målgruppeinformantene forteller at de får vansker med å fungere sosialt når de er av kur, på grunn av lav selvtillit og at de ikke føler seg vel.

AAS-bruk kan føre til problemer med å stå i jobb og skole. Brukere forteller at de ikke har nok energi til både trening og skole eller jobb. Noen løser dette med å gå til legen for å få sykemelding. *«Det optimale er å få sykemelding av lege på 14 dager til en måned, sånn at man får nok tid og energi til å trene og sove.»* (Sitat fra bruker).

Det at de oppleves som egoistiske og kun opptatt av trening og kosthold, er en påkjenning for familien og kjærester. Pårørende og brukere forteller at det blir mye krangling hjemme. Det at de kan få kort lunte fører til at det lett oppstår konflikter med andre. Utsagn fra brukere, pårørende samt studier viser at brukere kan utøve vold mot kjærester, søsken og foreldre. Noen oppsøker problemer, og havner oftere i slåsskamper på byen (Barland, 2009).

De tunge og depressive periodene er også en belastning for pårørende. En mor forteller at sønnen kunne ringe henne og fortelle om selvmordstanker når han var deprimert. Andre som kjenner guttene kan også kommentere endringene i guttenes utseende og humør. Guttene er sår-

Brukere forteller at de ikke har nok energi til både trening og skole eller jobb

bare i denne fasen. Det å si at de er blitt tynnere og ser dårlig ut, forsterker den dårlige selvfølelsen.

Hjelpeapparatet mangler kunnskap om AAS og kjenner få brukere

Våre informanter mente at det på kartleggingstidspunktet ikke var lokal kompetanse på bruk av androgene- anabole steroider. De få brukerne som er i kontakt med hjelpeapparatet er det som regel på grunn av annen problematikk som angst, depresjon, kriminalitet eller rusmisbruk.

Brukere og pårørende fortalte at de ikke ble spurt om AAS-bruk når de var i kontakt med hjelpeapparatet.

Dette ble bekreftet av hjelpeapparatet. Informanter fra ulike instanser mente dette skyldes at hjelpeapparatet manglet kunnskap om AAS. Det hendte at hjelpeinstanser hadde mistanke om at klienter hadde brukt AAS, men de visste ikke hvordan de skulle spørre om dette. Brukerne selv mente at de satt med mer kompetanse om AAS- bruk enn hjelperne.

Brukere kontakter ikke hjelpeapparatet på grunn av AAS-bruk

Den største gruppen av AAS-brukere er ikke i kontakt med hjelpeapparatet. De ønsker ikke å slutte å bruke AAS og de forteller ikke om bruken i kontakt med hjelpeapparatet. Blant guttene som bruker AAS er det ikke vanlig å gå til lege eller andre i hjelpeapparatet dersom de skulle få fysisk eller psykiske problemer. En studie gjort i USA viser at brukere av AAS er spesielt tilbakeholdne med å fortelle sin lege om AAS-bruk. Av 36 brukere svarte

20 (56 %) stykker at de aldri hadde fortalt sin lege om AAS-bruken (Kanayama et al., 2008). Dette bekrefter guttene vi har snakket med. Å bruke AAS er ikke noe en snakker om, innad i miljøet er det stor åpenhet om bruk, men ikke ellers. Brukerne selv har ofte stor kunnskap om AAS og kroppsbygging, mens for leger og annet helsepersonell er dette i stor grad et ukjent problem og fanges derfor sjeldent opp på et tidlig stadium (Norheim, 2008).

Vi har derimot sett at pårørende ofte er bekymret og ønsker hjelp. Dette kan være veien inn til å nå guttene. Dersom hjelpeapparatet kommer i kontakt med guttene

når de strever med de negative konsekvensene av bruken, kan en ha en mulighet for å komme i posisjon til endringsarbeid.

Treningssentrenes rolle

Treningssentrene er opptatt av å ha et godt omdømme. Det å være åpne om at det er brukere av AAS som trener hos dem, kan skade senteret. De kan miste kunder og dette får igjen økonomiske konsekvenser.

Mange av sentrene var medlem av Anti-Doping Norge (ADN), og fulgte ADN sitt opplegg med holdningskampanjer, konferanser og kurs osv. For mindre sentre er det for stor kostnad knyttet til samarbeid med ADN, det gjør at en del sentre velger ikke å være medlem av ADN.

Noen sentre igangsatte egne tiltak for å forebygge AAS-bruk, som at medlemmene undertegner kontrakt på å være

Brukere og pårørende fortalte at de ikke ble spurt om AAS-bruk når de var i kontakt med hjelpeapparatet.

dopingfrie, forbud mot singlet, ingen treningsbagger i studio m.m. Det å ha personale til stede i studioene og være «rene» forbilder anses av mange som de viktigste forebyggende tiltakene. Dette stemmer med vårt funn om at det er mest bruk av AAS på sentre med lite tilsyn. Hvis bruk avdekkes, blir kundene bortvist fra mange av sentrene. Andre velger å gå i dialog med kunden og gi nøktern informasjon om skader av bruk. Flere representanter fra treningsentrene problematiserer at de ikke har noe sted å henvende brukerne til, når de blir bortvist for AAS-bruk.

Handlingsplan

Hovedmålet for handlingsplanen er å forebygge bruk av AAS og bidra til at flere unge som bruker AAS blir identifisert og får tilbud om oppfølging. Handlingsplanen inneholder tiltak for å øke kunnskapen om AAS blant ungdom og foreldre, ungdom som bruker AAS og hos instanser som kommer i kontakt med målgruppen.

Uteseksjonen sammen med KoRus vest Stavanger arrangerte høsten 2012 et seminar om AAS-bruk, for 200 samarbeidspartnere, treningsentre og organisasjoner. Uteseksjonen har også presentert HKH-rapporten på ulike møter for hjelpeinstanser og nettverksmøter i regi av ADN. Rapporten ble sendt ut til instanser som er i kontakt med målgruppen. Barneverntjenesten besluttet å danne en nettverksgruppe innen egen avdeling for å øke oppmerksomheten på bruk av AAS i deres målgruppe.

Stavanger kommune har opprettet en tverrfaglig sammensatt ressursgruppe med representanter fra ulike instanser, politi, samt treningsentre og ADN. Gruppen skal bidra til kompetanseheving, koordinere og foreslå tiltak samt foreslå instanser som kan være førstelinje for kontakt. Ressursgruppen startet opp arbeidet i desember 2012.

Avslutning

Kartleggingen har avdekket at dette er et problemområde det har vært lite oppmerksomhet på. I dag er ikke hjelpeinstanser i stand til å avdekke bruken og gi den hjelpen AAS-brukere har behov for. Vi har sett viktigheten av at hjelpeapparatet får kunnskap om AAS for å kunne avdekke bruk og sette inn tiltak.

I dag er ikke hjelpeinstanser i stand til å avdekke bruken og gi den hjelpen AAS-brukere har behov for.

AAS-bruk foregår blant gutter som fremstår som velfungerende og sunne. For guttene er det en stor gevinst i å bruke AAS, og de negative konsekvensene blir verdt å utsette seg for. Vi

har sett at bruken ofte fører til endringer i humør og temperament hos guttene, og at guttene selv opplever dette som krevende og tungt. De psykiske endringene hos guttene går ut over nære pårørende som familie og kjærester. Pårørende er ofte bekymret, de kan oppleve å bli utsatt for trusler og vold, men mange vet ikke hvem de skal kontakte. De helserisikoene guttene utsetter seg og sine pårørende for og de konsekvensene AAS-bruk kan få, tilsier at vi som hjelpetjenester bør rette mer oppmerksomhet mot bruk av AAS.

Om forfatterne:

Tonje Hoff er utdannet barnevernspedagog og er leder for Uteseksjonen i Stavanger. Hun har gjennomført den andre Hurtigkartleggingen for Stavanger kommune under veiledning av Rogaland A-senter ved Kompetansesenter rus - region vest Stavanger.

Siv Meland: Jobber i Uteseksjonen i Stavanger som sosionom. Har fra tidligere 13 års erfaring innen arbeid med rus. Tar for tiden videreutdanning i familieterapi.

Litteratur:

Barland, B. og Tangen, J. O. (2009): Kroppspresen-
tasjon og andre prestasjoner. Politihøgskolen, phs
forskning.

Bergengen, B. (2011): Russisk Rulett, Nyhetsbrev.
KoRus- Oslo, Årgang 1, nummer 1, mai.

Bergengen, B. (2011): Russisk Rulett, Nyhetsbrev.
KoRus- Oslo, Årgang 1, nummer 2, desember.

Hall et al (2005): Psychiatric complications of
Anabolic steroid use. Psychosomatics 46:4, July-
August.

Kanayama, G., Hudson, J.I., Harrison G. & Pope
Jr. (2008): Long-term psychiatric and medical
consequences of anabolic-androgenic steroid
abuse. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/
PMC2646607/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2646607/)

Mounteney, J. og Leirvåg, S.E. (2007): Manual -
Hurtig Kartlegging og Handling, Bergenslinikkene

Norheim, L. (2008): Anabole Androgene Steroider.
Bruk blant elever på videregående skoler i Oslo.
Hormonlaboratoriet, Aker universitetssykehus HF,
Oslo

Pallesen, S. (2008): En oversikt med vekt på utbre-
delse og forebygging. <http://www.forebygging.no>

Talih et al. (2007): Anabolic steroid abuse: Psychri-
atric and physical costs. Cleveland clinic journal of
medicine

Straffeloven § 162 b (Tilføyd ved lov 19. juni 1992).
<http://www lovdata.no>

Larsen, E. (2011, 27. mai) 80 % av anabole steroider
er hjemmelaget. <http://www.nrk.no, Rogaland>

Dopingtelefonen: <http://www.dopingtelefonen.no/>

Hormonlaboratoriet – Aker Universitetssykehus.
Helse Øst: <http://www.hormonlaboratoriet.no>

Statens folkhälsoinstitut (2009): <http://www.fhi.se>

#Landsforeningen mod spiseforstyrrelse og selv-
skade.dk. [http://www.lmsnyt.dk/nyhedsarkiv1/
megareksi-stor-er-ikke-stor-nok](http://www.lmsnyt.dk/nyhedsarkiv1/megareksi-stor-er-ikke-stor-nok)

#Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,
2004) <http://www.kunnskapssenteret.no/>. Rapport
fra Kunnskapssenteret nr. 04 - 2004 - Systematisk
oversikt. Androgene-anabole steroider (AAS) og
vold.

#Nilsen, 2012: [http://www.side2.no/helse/arti-
cle2383123.ece](http://www.side2.no/helse/arti-
cle2383123.ece)