

Anabole steroider

Ungdom

Bruk av androgene-anabole steroider
blant gutter 16–20 år, i Stavanger

erone



Co.

7022

mi.

nan

no.

1972





sterone



Co. Iran

2022

Kartleggingsteamet:

Siv Meland, Thomas Gimming Stensland,
Mariama Faal, Solveig Margrethe Haaland,
Jenny Kristin Fidjeland, Kim Nesse og Tonje Hoff



Anabole steroider

Ungdom

Innhold

- 4. Innledning
- 4. Kartleggingsprosessen, metode og kilder
- 6. Omfang av AAS bruk blant gutter i aldersgruppen 16–20 år nasjonalt og lokalt
- 7. Tilgang, inntak og pris på AAS for gutter i alderen 16–20 år
- 7. Hva kjennetegner brukere av AAS i alderen 16–20 år?
- 12. Skader og konsekvenser
- 13. Hvilke tiltak finnes i Stavanger for ungdom som bruker anabole-androgene steroider?
- 16. Forslag til tiltak
- 18. Handlingsplan
- 19. Litteraturliste



Innledning

Bakgrunn for Kartleggingen

Uteseksjonen i Stavanger og K46 fikk våren 2010 mulighet til å lære metoden ”Hurtig Kartlegging og Handling” (HKH). Vi utførte en kartlegging om hasjbruk blant ungdom, med veiledning fra kompetansesenter rus-region vest Stavanger, ved Rogaland A-senter. HKH er et kartleggingsverktøy som har vist seg å være nyttig. Det har bidratt til at vi kan foreta raske og systematiske kartlegginger av bekymringer i ungdomsmiljøet. Slike kartlegginger gjør Uteseksjonen og resten av hjelpeapparatet bedre i stand til å sette inn treffsikre tiltak. Denne gangen ønsket vi mer kunnskap om ungdom og bruk av anabole steroider. Vi valgte derfor i samråd med direktøren for Oppvekst og levekår, å foreta en HKH-kartlegging med fokus på denne tematikken.

Det har i den senere tid vært et økende fokus på ungdoms bruk av anabole steroider i vår region. Uteseksjonen har erfart at det er lite kunnskap om anabole steroider, både når det gjelder hvem som bruker og fysiske og psykiske skader av bruk. I denne kartleggingen ønsket vi å se nærmere på hva som kjennetegner unge gutter i alderen 16–20 år som bruker anabole steroider, utenfor den organiserte idretten. Hva gjøres av hjelpeapparatet i dag overfor unge som bruker anabole steroider? Finnes det tiltak for denne gruppen og er det eventuelt behov for nye? For å få svar på disse spørsmålene var det nødvendig å hente inn informasjon både fra målgruppen, andre instanser som har kontakt med ungdommer som bruker anabole steroider, berørte etater som helsestasjon, treningssentre, skolevesen m.fl. På bakgrunn av funn i kartleggingen vil det bli presentert forslag til tiltak.

Kartleggingens målsetting:

Innhente informasjon om hva som kjennetegner unge gutter i alderen 16–20 år som bruker anabole steroider.

Kartlegge hvilke tiltak som iverksettes overfor unge gutter i alderen 16–20 år som bruker anabole steroider.

Vurdere om det er behov for nye tiltak eller andre intervensjoner.

Kartleggingen fokuserer på følgende nøkkeltema:

- Omfang
- Tilgang
- Hva kjennetegner brukerne av anabole steroider
- Konsekvenser og skader av bruk
- Tiltak

Kartleggingsprosessen, metode og kilder

HKH-teamet

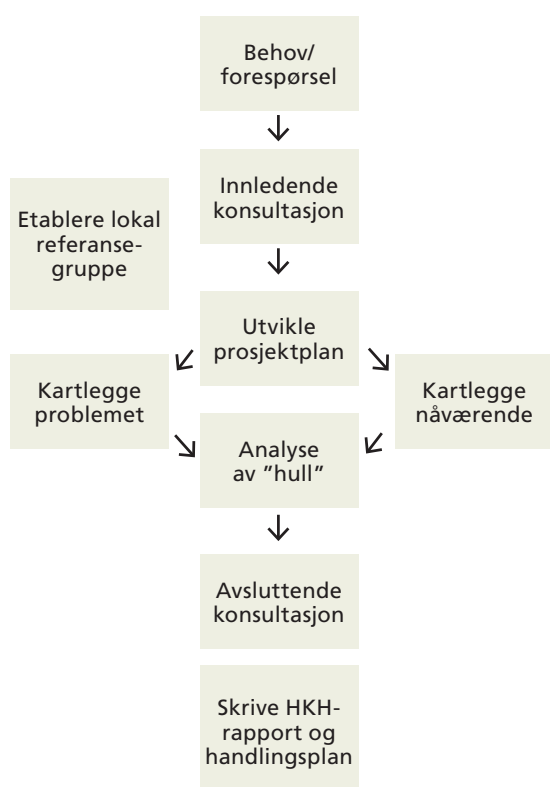
HKH-teamet har bestått av sju ansatte ved Uteseksjonen og to veiledere fra Kompetansesenteret rus-region vest Stavanger, ved Rogaland A-senter (KoRus Vest Stavanger).

HKH-metoden

Hurtig Kartlegging og Handling er en analytisk tilnærming til sosialfaglige problemstillinger. HKH, opprinnelig Rapid Assessment and Response (RAR), er et kartleggingsverktøy som er utviklet av Verdens Helse Organisasjon (WHO). 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. Metoden 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.

HKH-prosessen



Referansegruppe

Hensikten med referansegruppe er å sikre lokal deltakelse, eierskap og engasjement. I løpet av kartleggingsprosessen har referansegruppen gitt tilbakemeldinger på funn og drøftet fremtidige tiltak. Referansegruppen har bestått av representanter fra Helsestasjonen for ungdom, K46, Ungbo, treningssenter, Antidoping Norge, Psykiatrisk ungdomsteam, Helse Stavanger og fagstab levekår. Det har vært to møter i referansegruppen. Senter for spiseforstyrrelser deltok i ett møte.

Innledende og avsluttende konsultasjon
Instanser med kjennskap til temaet unge gutter og bruk av AAS ble invitert til konsultasjon ved oppstart av kartleggingen. Konsultasjonen ble holdt 16. november 2011. Her ble det innhentet informasjon fra 25 hjelpeinstanser, etater og organisasjoner med ulike perspektiv på problemstillingene. Avsluttende konsultasjon ble holdt 14. mars 2012 med 23 deltakere. De ulike instansene ble invitert til drøfting av funn i kartleggingen og forslag til tiltak. For å sikre bredere lokalt eierskap og engasjement omkring tiltakene, ble funn i tillegg lagt frem og drøftet i ledermøte for avdeling oppvekst.

Innhenting av eksisterende kunnskap
Årsrapporter, prosjektrapporter, statistikk og forskningsartikler er innhentet for å danne et bakgrunnsbilde for undersøkelsen. Eksisterende kunnskap og informasjon er brukt i kombinasjon med egne undersøkelser for å identifisere problemområder og sjekke våre funn.

Intervjuer med ulike tjenester etter intervjuet

Det er gjennomført 17 semistrukturerte intervjuer med personer som har ulik kunnskap om unge og bruk av AAS i Stavanger (nøkkelinformanter). De representerer ulike tjenester som har hatt kontakt med målgruppen, både innen første- og annenlinjetjenester som helse, sosial, skole, barnevern, rus, psykiatri samt ordensfeltet, treningssentre, frivillige organisasjoner og pårørende. Det er i tillegg gjennomført 32 telefonintervjuer med ansatte i offentlige etater og organisasjoner som er i kontakt med ungdom som bruker AAS.

Målgruppeintervjuer av ungdom

Vi har dybdeintervjuet 10 ungdommer som har god kjennskap til brukermiljøer. Noen av ungdommene bruker eller har brukt AAS. Ungdommene er rekruttert gjennom Uteseksjonens kontaktflate og via treningssentre.

Alle informanter er anonymisert og informasjonen er behandlet konfidensielt.

Androgene-Anabole Steroider (AAS)

I denne kartleggingen har vi begrenset oss til å se på bruk av androgene-anabole steroider. Det finnes mange andre vekst- og prestasjonsfremmende midler som kan benyttes, som efedrin, vekst-hormoner, kosttilskudd og betablokkere.

Androgener er et samlebegrep på mannlige kjønnshormoner. Disse dannes både hos menn og kvinner. Det finnes flere forskjellige androgener og de har ulik virkningsgrad. De deles ofte i svake og sterke androgener. Det viktigste androgene hormonet er testosteron. De androgene hormonenes virkning deles i to kategorier: androgen og anabol virkning. Androgenes 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.no).

Det finnes flere ulike typer 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. De bruker dosene i en syklus som har pyramideform, det vil si at den høyeste dosen tas midt i syklusen (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.

Brukere av AAS tar mye høyere doser enn det som produseres naturlig i kroppen. Dosene kan være mellom ti til hundre ganger større enn kroppens egenproduksjon av testosteron. En frisk mann produserer ca. 7 mg testosteron pr. dag. På kur er man oppe i en suprafysiologisk dose, det vil si at mengden blir høyere enn normalt. En suprafysiologisk dose er 5–100 ganger høyere enn det som normalt produseres (Statens folkehelseinstitutt, 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). Loven forbyr altså ikke

privat bruk eller innehav av dopingmidler. Den norske loven skiller seg fra de andre skandinaviske landene på dette, hvor det også er forbudt å besitte og bruke AAS.

Helse og omsorgsministeren uttalte 29.3.12 at departementet jobber for et lovforbud mot dopingmidler. Lovforbudet skal først ut på høring (Risa, 2012).

Omfang av AAS bruk blant gutter i aldersgruppen 16–20 år nasjonalt og lokalt

Det er stor usikkerhet knyttet til omfang av bruk av AAS. Ser vi på nasjonale tall og omfangsundersøkelser gjort på AAS-bruk utenfor organisert idrett, vil en se at det er relativt få personer som bruker. 2,9 % av guttene og 1 % av jentene på førstegangstjeneste oppgir å ha brukt. Dette samsvarer med tidligere nasjonale undersøkelser av omfang. (Barland og Tangen, 2009). I Norge har Linda Norheim gjort en undersøkelse om bruk av AAS på seks ulike videregående skoler i Oslo. Hun fant at totalt 4–5 % av alle elevene hadde brukt eller bruker AAS (Norheim, 2008). Professor Ståle Pallesen (2008) mener å kunne se en betydelig økning blant ungdom og unge menn som har brukt AAS bare de siste årene. Denne økningen bekreftes av Barland og Tangen (2009). Ståle Wadsworth som driver nettstedet Steroider.Net mener at bruken er økende blant veldig unge gutter (Russisk Rulett, 2011).

I denne kartleggingen spurte vi målgruppen og de ulike instansene om hvor mange gutter i alder 16–20 år de trodde brukte AAS i Stavanger. Representanter fra hjelpeinstanser kjenner lite til bruk og har truffet få brukere av AAS. Instanser vi har snakket med sier at en av grunnene til dette er at de har lite kunnskap om AAS, og det er noe de sjeldent spør pasienter eller klienter om. Ingen av instansene har noen konkrete tall på hvor mange de har møtt som bruker AAS.

I følge Antidoping Norge (ADN) er AAS et stort lokalt problem. Ansatte på treningssentre og mål-

gruppeinformanter antar at 5–10 prosent av de som trener på de store treningssentrene bruker AAS. På mindre sentre og på sentre med lite tilsyn anslås bruken å være helt opp til 30–50 prosent blant kundene. En av trenerne vi snakket med utalte at «alle de unge guttene på senteret bruker AAS». Selv om tallene er usikre, ser ut som om det er mye høyere forekomst av AAS-bruk blant de som trener på treningsstudio, enn blant resten av befolkningen.

Tilgang, inntak og pris på AAS for gutter i alderen 16–20 år

Tilgang

De ulike informantene er tydelige på at det er lett tilgang for unge gutter som ønsker å få tak i AAS. Internett blir nevnt av samtlige som en stor markeds-plass for å få kjøpt. Der finnes det utallige nettsider hvor en kan bestille det en måtte ønske. Produktene kan bestilles billig fra land som for eksempel Kina og Thailand, og sendes hjem i postkassen. Enkelte bruker andre sine postadresser, slik at det blir vanskeligere for politiet å spore opp hvem som egentlig har kjøpt produktet. Internett spiller også en viktig rolle for markedsføringen og for å utveksle og samle kunnskap (Statens folk-hälsoinstitut, 2009).

En stor andel av dopingpreparatene som produseres i dag fremstilles på såkalte undergrunnslaboratorier (Bergengen, 2011). Politi og tollvesenet mener at bortimot 80 % av AAS i Norge er hjemmeprodusert. De fleste av tollbeslagene som gjøres av AAS, består av glass, etiketter, korker og rene virke-stoffer som brukes i produksjonen, mens beslag av ferdige AAS-produkter har gått ned i den senere tid (Larsen, 2011).

De fleste målgruppeinformantene tror at største-delen av AAS produseres på undergrunnslabora-torier i utlandet og smugles inn i store partier av kriminelle som igjen selger det videre. Noen av guttene forteller at de selv har solgt for å dekke eget forbruk, og derfor har hatt kontakt med det kriminelle miljøet. Kartlegging som ble gjort ved førstegangs militærtjeneste viste at ungdommene

også får tak i AAS blant kompiser og bekjente på treningssentre (Barland og Tangen, 2009). Dette bekrefter guttene vi har snakket med. De kontakter de større guttene på senteret for å få råd om hvordan de kan få raskere fremgang på treningen. Enkelte av de voksne mennene har også henvendt seg til guttene for å høre om de ønsker raskere resultater. En av de pårørende vi har snakket med forteller at den første kuren hennes sønn fikk var av en voksen mann ved et treningssenter, og at den første kuren var gratis. I følge tollvesenet og guttene selv er det også vanlig å smugle hjem AAS fra ferieopphold i eksempelvis Egypt, USA og Thailand.

Inntak

Inntaket av AAS skjer stort sett hjemme eller hos venner. Noen inntar det også på treningssentre, men da helst på sentrene som er uten tilsyn. Informanter fra treningssentre med lite tilsyn bekrefter at det hender de finner brukerutstyr på toalettet.

Pris

Ungdommene vi har snakket med sier at pris per kur er ca. 2000 kr. Prisene varierer ut ifra hva slags AAS du bruker og hvem man kjenner og kjøper av.

Hva kjennetegner brukere av AAS i alderen 16–20 år?

Målgruppeinformantene omtaler seg selv som sunne gutter som har fokus på trening og har et ønske om en bedre kropp. Informanter fra treningssentre mener også at det er vanlige gutter som bruker AAS. De sier det kan være hvem som helst.

Debutalder

I en kartlegging fra 2007, viste resultatene at debutalder for bruk av AAS blant elever i norske videregående skoler var i 2007 17,1 år (Norheim, 2007). Informanter blant brukere og ansatte på treningssentre rapporterer at de kjenner til gutter i 12–15 års alder som bruker AAS. Flere av trenings-sentrene sier at unge gutter snakker med de eldre guttene på senteret for å få råd om AAS. De eldre

guttene anbefaler dem da ofte å vente til de er over 18 år. Mange av de eldre brukerne har erfaringer om, og vet at AAS-bruk hos unge gutter som ikke er ferdig utviklet vil kunne føre til større skader hos dem enn hos en voksen person. AAS-bruk vil blant annet kunne stoppe guttenes naturlige lengdevekst. Noen av de brukerne vi har pratet med begynte å bruke AAS før fylte 18 år.

Bruk av AAS gir positive opplevelser

Et viktig funn har vært de positive opplevelsene AAS-bruk gir guttene. Brukere opplever en stor gevinst av å bruke AAS. Det gir ikke bare økt styrke og vekst, men også bedre selvtillit. I intervjuene kom det frem at guttene får mye positiv oppmerksomhet både fra jenter og gutter og fra ansatte på treningssentre etter at de har begynt å bruke AAS. De får komplimenter på at de ser bra ut og tilbakemelding på at de er flinke som trener så mye. En pårørende fortalte at sønnen blant annet fikk modelloppdrag etter han begynte å bruke AAS. I samfunnet generelt vil guttene få bekreftelse på at det de holder på med er bra, de forteller selv om økt respekt hos venner, mange opplever også å få mer draget på damene.

Målgruppeinformantene opplever å få mer energi og bedre humør når de er på kur. Ifølge litteratur kan AAS-bruk motiveres av at man opplever mentale forandringer og bli beruset (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Det er vanlig å oppleve eufori og lykkefølelse når en er på kur. En av de pårørende vi snakket med beskrev gutten sin som uovervinnelig når han var på kur, han fikk økt selvtillit og mot.

Guttene vi har snakket med mener at det er flere positive ting ved å bruke AAS enn negative. De fysiske, psykiske og sosiale risikoene er for mange verdt å utsette seg for med tanke på gevinsten de får (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

«Det kan godt hende at en lever lengre og får bedre helse om en ikke bruker AAS, men det vil gå ut over muskelmassen og det er det ikke verdt.»

(Sitat fra bruker).

Motivasjon

Motivasjonen for å bruke AAS er som regel et ønske om en bedre kropp. De fleste av guttene vi har snakket med har et klart ønske om å bli store. De har ulike syn på hvorfor dette er viktig for dem, de vil føle seg bedre, få en finere kropp, øke muskelmasse og styrke, «dra damer», få mer respekt og raskere resultater. Det er og en konkurranse blant vennene i treningsmiljøet om hvem som er størst og har flottest kropp. En kan oppnå raskere og bedre resultater ved å bruke AAS.

Det er heller ikke en uvanlig tanke at en kun skal bruke en til to kurer for å få mer motivasjon og for å komme raskere i gang med treningen. Noen av guttene forteller at de etter å ha trent en stund kan merke at fremgangen stagnerer og at motivasjonen forsvinner litt. Da kan AAS være et hjelpemiddel for å komme i gang igjen og få bedre resultater i form av styrke og vekst.

Studier viser at AAS kan øke musklens styrke med 5 til 20 % (Norheim, 2008). I følge spørreundersøkelse som ble gjort av 5332 ungdommer på sesjon, var den største motivasjonen for guttene til å bruke AAS å få en pen, slankere kropp med markerte muskler (Barland og Tangen, 2009).

Målgruppeungdommene vi har snakket med forteller at når en i gjengen begynner med AAS, så sprer det seg ofte videre. En ser den store fremgangen kompisene får og hvor lite bivirkninger det ser ut til å gi, da blir ofte fristelsen stor for å prøve. Tanken blir at dersom han bruker og ikke tar skade av det, så kan det vel ikke være så farlig. Samtidig forteller guttene at de får et samhold, en får noe til felles, de sammenligner det med samholdet som røykerne har.

Selvbilde og forhold til egen kropp

Kroppen er i dag et viktig bilde på hvem du er og hvor vellykket du er. I media er det ukjentlig fokus på hva en trent kropp signaliserer. Undersøkelser viser at en stor gruppe av AAS brukere i utgangspunktet har vært gutter med sped kroppsbygning, mange er også under 180 i høyde (Dopingtelefonen.no). I følge Barland er det å ha komplekser for kroppens utseende eller størrelse en motivasjon for å begynne å trene og deretter begynne med doping.

Kompleksene kan ha oppstått i oppveksten eller i sårbare perioder av livet da mennesker er sårbare for hvordan kroppen oppfattes av andre og vurderinger i forhold til egen kropp (Barland og Tangen, 2009).

Et hovedfunn fra litteratur 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). I en omfangsundersøkelse om bruk av doping svarte 57,7 % av ungdommene i gruppen som brukte AAS at de skammet seg over kroppen sin mot 41,7 % blant de som ikke brukte AAS, dette er en signifikant forskjell. (Barland og Tangen 2009). Å bruke AAS kan gi en sterkere og flottere kropp og det kan gi både økt selvtillit og selvbilde (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Målgruppeungdom forteller at de får bedre selvbilde når de begynner å bruke AAS. Denne følelsen forsvinner når de går av kur, og flere opplever da at selvbilde kan bli lavt eller til og med dårligere enn før.

Forbilder

Ifølge Barland og Tangen er det en gruppe AAS-brukere som har kroppsbyggere og fitnessmodeller som forbilder, mens en annen gruppe har den definerte, slanke og brune modellkroppen som forbilde. De fleste av målgruppeinformantene vi har snakket med nevner lokale kroppsbyggere som forbilder. Ungdommene har et ønske om å bli veldig store og muskuløse. De største og best trent er forbilder for de yngre AAS brukerne.

Megareksi

Megareksi er en type spiseforstyrrelse som særlig rammer menn. De opplever at de er for tynne, lette og ikke muskuløse nok. (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvska.de) Dette er ikke en anerkjent diagnose, men har i den siste tiden fått et økende fokus. Barland sier at selv om vi ikke vet så mye om gutter og deres spiseforstyrrelser så vet vi at det har blitt utbredt (Nilsen, 2012). Ofte bruker megarektikere AAS for å bli enda større. Han påpeker videre at det vi vet om sykdommen er at de som har den er menn, de driver med vekttrening, de bruker illegale stoffer, de er

asosiale, har et lavt selvbilde og et forvrengt kroppsbylde. De har en sosial inkompetanse, og en påståelighet i forhold til at det de driver med er bra. Risiko for å utvikle et tvangsmessig fokus på kroppens vekt og muskuløse utseende er klart tilstede blant brukere av anabole steroider. (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvska.de) De som rammes av megareksi kommer i mange tilfeller fra oppløste hjem og har få venner, sier Barland (Nilsen, 2012).

Ingen av våre brukerinformanter har vært bekymret for å utvikle megareksi, men pårørende har hatt denne bekymringen.

Trener på treningsstudio og har trening som viktigste fritidsinteresse

Våre funn viser at hovedgruppen av guttene som bruker AAS trener på treningssenter og er utenfor organisert idrett. Funnt fra informanter og ungdommene selv viser at gutter som bruker AAS bruker det meste av sin fritid på trening og kosthold. De har også venner som de trener sammen med som bruker AAS. Det å trene er deres viktigste fritidsinteresse.

Holdninger

Ungdommene vi har snakket med viser tydelige forskjeller i holdninger til bruk av AAS. Hovedgruppen av ungdommer som trener, har valgt å trene uten å bruke AAS og ser på det som juks. Guttene som bruker AAS ser det som et hjelpemiddel til å få raskere resultater. En av guttene uttalte «at så lenge en ikke skal stille i en konkurranse så er det ikke juks å bruke bol». En annen så på bruk som det samme som å bruke sminke eller plastisk kirurgi. Guttene som bruker AAS legger stor vekt på at det er lov å bruke og derfor ikke kan være så skadelig som mange vil ha det til.

Våre brukerinformanter mener at de fleste unge guttene har en høy terskel for å bruke tabletter og sette sprøyter og det er en hovedgrunn til at de ikke bruker AAS. Disse guttene er også opptatt av hva lovverket sier. Mange tror at det ikke er lov å bruke AAS, mens noen vet at det er lov å bruke men ulovlig å selge. Enkelte av guttene bekrefter at AAS-bruk kan føre til kriminelle handlinger og anbefaler derfor andre ikke å prøve.

Erfaring fra annen idrett

Noen informanter blant pårørende og i treningsmiljø forteller at guttene ofte har hatt lite mestring fra andre idretter og fritidsaktiviteter.

De har kanskje ikke funnet en idrett som passer dem, eller de har sluttet når kravene til prestasjon økte i ungdomsalderen. Moberg finner at mange av AAS-brukere har drevet med idrett i barneårene (Moberg, 2006).

Er i skole/jobb

Ungdommene vi har snakket med som bruker AAS, går på skole eller er i jobb. Dette bekreftes av informanter fra treningsmiljøer og pårørende. Studier av AAS-brukere i Sverige har funnet en overhyppighet av lære og konsentrasjonsvansker blant AAS-brukere (Bergengen, 2011). Funn peker mot at brukere av anabole steroider generelt har lavere utdannelse enn personer som ikke har brukt steroider (Barland og Tangen, 2009). Den gruppen vi har sett på, er i starten av et utdanningsløp, og det er derfor for tidlig å si noe om deres utdannings- og yrkeskarriere.

Finansiering

Våre informanter mener at ungdommene stort har sett råd til å kjøpe AAS selv, enten ved å tjene egne penger, studielån eller penger de har fått fra av sine foreldre. Bruk over tid fører til større kostnader og brukere får ofte tilbud om andre inntjeningsmuligheter. Pårørende forteller at bruken førte til at guttene deres begynte å «deale» både AAS og andre illegale stoffer for å få penger til eget forbruk.

Sammenheng mellom AAS bruk og annen kriminalitet

Siden AAS er ulovlig å importere og selge, er det kriminelle miljø som står for salget. Målgruppeinformantene 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. Det kan være mange mellomledd til de kriminelle miljøene som står bak omsetningen.

I miljøer som bruker AAS er det en overhyppighet av bruk av narkotiske stoffer og andre rusmidler (Haug et al. 2004). Bruk av AAS kan føre til krimi-

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

Omfangsundersøkelsen til Barland og Tangen (2009) viser at de med dopingerfaring (25 %) oftere kommer opp i bråk enn de uten (11 %). Disse guttene utsetter 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” (Barland og Tangen, 2009).

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 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 medlemmer 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 sammenhengen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2004).

Sammenheng mellom bruk av AAS og 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 brukere (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 treningssentre med lite tilsyn har observert salg av sentralstimulerende midler som amfetamin utenfor treningssentre. Påførende 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 og om bruk av hasj 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. Selv om denne gruppen viser tendenser til økt alkoholbruk, ser vi og det motsatte. Det er noen av de som bruker AAS som velger bort alkohol. Våre målgruppeinformanter forteller at noen slutter å drikke alkohol fordi det reduserer og bryter ned muskelmassen. De sier at da kan det hende at man ruser seg på andre ting som hasj eller kokain i stedet.

Instansene har lite kjennskap til de guttene som bare bruker AAS. Gruppen de kjenner til, begynte å bruke andre illegale stoffer først. Instansene forteller at blant de tyngre rusmisbrukerne er det en gruppe som begynner med AAS fordi de har brutt kroppen så langt ned av rusbruk og vil bygge seg opp igjen ved hjelp av AAS. Brukerne vet at bruk av AAS kan gjøre dem tøffere og modigere, og det er effekter de søker.

Barland og Tangen (2009) viser til forskningsarbeider som påpeker at de som bruker doping også bruker mer av andre rusmidler. De påpeker at der er uklart om det er rusen eller AAS-bruken som kommer først.

Kontakt med hjelpeapparatet

Den største gruppen av AAS-brukere er ikke i kontakt med hjelpeapparatet. Hjelpeapparatet kjenner få brukere. De som hjelpeapparatet kjenner til, er i kontakt med instansene på grunn av annen problematikk.

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 (Pope et al, 2004). 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).

Sårbarhet

Guttene som hjelpeapparatet kjenner har mer omfattende problematikk og beskrives som sårbare. AAS-bruken avdekkes som regel på grunn av andre problemer som angst, depresjon, rusbruk eller kriminalitet. Flere av instansene og påførende beskriver guttene som bruker AAS som sårbare. Påførende forteller at noen 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 bob».

Etnisitet

Vår kartlegging gir lite grunnlag for å si noe om sammenhengen mellom AAS-bruk og etnisk bakgrunn. Informanter fra ulike instanser og videregående skoler forteller at det stort sett er norske ungdommer de kjenner til som bruker AAS. Norheims (2008) undersøkelse som ble gjort på

videregående skoler i Oslo viste at det var vanligere å bruke AAS blant elever med utenlandsk opprinnelse. I følge Moberg viser ikke svenske undersøkelser noen forskjeller i etnisitet (Bergengen, 2011).

Skader og konsekvenser

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. Brukere reagerer ulikt på stoffene i AAS, slik at konsekvensene av bruk kan variere fra person til person.

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, muskelkramper, smerte i muskulatur. Noen får skader i form av muskelavrivninger, kne og leddskader fordi musklene utsettes for større belastninger enn de tåler.

Brystutvikling

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

Fertilitet

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.no).

Hjerte- og karsystemet

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.no).

Undersøkelser viser at AAS-bruk fører til en økning av det ”skadelige” kolesterolet, LDL, mens det ”gode” kolesterolet, HDL, reduseres (Hormonlaboratoriet.no). Dette kan føre til et økt innhold av fettstoffer i blodet. AAS-bruk ser også ut til å øke mengden blodplater som fremmer levrning 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. Flere av de hjerte- og karrelaterede endringene som AAS-bruk medfører ser ut til å være ikke-reversible (Pallesen, 2008).

Lever

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. De psykiske bivirkningene avhenger av om brukeren er på eller av kur. Brukerne er opptatt av at virkningene ikke er langvarige.

På kur:

Noen av målgruppeinformantene forteller at bruk av AAS gjør at følelsene og opplevelsene blir mer intense, andre beskriver det som at AAS forsterker den du allerede er. 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 studier (Norheim, 2008; Pallesen, 2008, Hormonlaboratoriet.no). Studiene viser også at de kan bli kritikkfrie

og få lavere selvinnsikt. Mange kan få en følelse av å være uovervinnelige. De kan oppleves av venner og pårørende som selvsentrerte og egoistiske (Antidoping-norge.no).

Moberg har delt bruk av AAS inn i tre faser. I følge Mobergs studier vil AAS-brukere først ha en positiv fase som domineres av økt energi og eufori. Mot slutten av kur kommer fase to. Denne domineres av sterkt redusert impuls-kontroll. Fase tre kommer etter avsluttet kur, her er det vanlig å oppleve følelser som apati, håpløshet, mani, angst og depresjon (Moberg og Hermansson, 2006).

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. De beskriver det som influensa-lignende symptomer. 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 forskningen (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. Bruker 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 påkjønning 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 ønnen kunne ringe henne og fortelle om selvmordstanker når han var deprimert. Pårørende opplevde at brukerne ble mer søkende mot familien når guttene hadde angst, depresjon eller paranoia.

Andre som kjenner guttene kan kommentere endringene i guttenes utseende og humør. Guttene er sårbare i denne fasen. Det å si at de er blitt tynnere og ser dårlig ut, forsterker den dårlige selvfølelsen.

Hvilke tiltak finnes i Stavanger for ungdom som bruker anabole-androgene steroider?

Våre informanter, både brukere, pårørende og ulike hjelpeinstanser, ble bedt om å beskrive det tilbudet som finnes i dag.

Rusfeltet

Ulike hjelpeinstanser innen rusfeltet, rapporterer at de har vært i kontakt med noen få brukere over flere år. Bruk av AAS inngår ikke i kartleggingen av rusbruk hos de unge som mottar behandling. Vi har sett av både norske og internasjonale studier at det er en overhyppighet av bruk av andre illegale rusmidler blant AAS-brukere, sammenlignet med de som ikke har prøvd AAS. Vår kartlegging kan tyde på at dette ikke fanges opp av

hjelpeapparatet i dag. Hjelpeapparatet kartlegger rusbruk, men ikke AAS-bruk. En person som har brukt AAS, vil kunne få psykiske skader. For å få riktig behandling, bør AAS-bruken også utredes.

Psykiatri

Informanter som kjenner brukermiljøet mener at det i dag skjer innleggelse i psykiatrien som følge av AAS-bruk, men denne sammenhengen er ofte ikke kjent for hjelpetjenestene. Informanter fra tjenester innenfor psykisk helse, har ikke hatt kontakt med brukere av AAS. Det kan se ut som om AAS-bruk ikke kartlegges når pasienter har psykiske vansker. Samtidig forteller informanter fra brukermiljøer at få oppsøker hjelp for de psykiske vanskene de får som følge av AAS-bruk. Informanter fra brukermiljøet forteller at man støtter hverandre innad i miljøet når man har nedturer. De kontakter sjelden hjelpeapparatet.

Informasjon fra kartleggingen tyder på at en del AAS-brukere i utgangspunktet er sårbare, og at de får forsterket problematikken etter AAS-bruk. Det kan være depresjon, angst, dårlig selvfølelse, paranoia eller aggresjonsproblematikk. Pårørende forteller at det kan være svært vanskelig å leve med en AAS-bruker på grunn av deres psykiske ustabilitet. De ønsker kontakt med hjelpeapparatet om dette, men vet ikke hvem de kan kontakte. Våre funn tyder på at de kontakter Dopingtelefonen, som har et riksdekkende tilbud. Her får de kunnskap om AAS-bruk og skader, samt råd og veiledning. Pårørende etterlyser et lokalt tilbud om videre hjelp. Noen kontakter Pårørendesenteret som kan gi råd og veiledning, men har lite kompetanse på AAS.

Somatikk

Vi har intervjuet noen ansatte fra ulike avdelinger ved Stavanger Universitetssykehus. De er sjelden i kontakt med AAS brukere. Pope viser til at over 50 % ikke forteller om bruken til legen (Pope et al, 2008). Brukere forteller at de oppgir andre grunner for sine symptomer enn AAS-bruk.

Barnevern

Vi har intervjuet ansatte i kommunale barneverntjenesten og fra statlige barneverninstitusjoner i området. De har kjennskap til et par ungdommer

gjennom årene som har brukt AAS, noen flere på institusjoner for ungdom med rusproblematikk. Det spørres lite om AAS-bruk og man har lite kompetanse på dette området.

Allmenne tilbud for ungdom

Ungdom 16–20 år er gjerne elever ved de videregående skolene. Vi har hatt få informanter fra skolene. De har kjennskap til noen brukere. En informant mener at AAS-brukere ofte er synlige i skolemiljøet ved at de mer enn andre elever viser frem muskelmasse eller er til steder der det er voldelige konflikter. I dag har de videregående skolene ingen rutine på hvordan man følger opp en mistanke om AAS-bruk, men kan sanksjonere på uønsket oppførsel. Informanten mener det er vanskelig for skolene å lage et regelverk mot AAS-bruk så lenge AAS-bruk er lovlig å kjøpe og bruke.

Helsestasjon for ungdom får et par henvendelser i året fra unge gutter som bruker AAS. De tar kontakt på grunn av depresjon eller behov for somatiske undersøkelser. Bruken av AAS kommer gjerne fram i løpet av konsultasjonen. Helsestasjonen opplever at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om AAS til å komme i posisjon overfor ungdommen om dette temaet. Helsestasjon for ungdom kjenner ikke til instanser de kan henvise ungdommene til for videre oppfølging for AAS-bruk.

Uteseksjonen kjenner til to til tre ungdom som har brukt AAS og har hatt mistanke om noen flere tilfeller. Heller ikke Uteseksjonen mener å ha nok kompetanse til å avdekke AAS-bruk og sette inn tiltak overfor ungdommene.

Kartleggingsteamet har ikke fått kontakt med fastleger som kunne delta i denne kartleggingen. Informanter forteller om lite kunnskap om AAS-bruk hos fastlegene. Hormonlaboratoriet har kurs for fastleger om AAS-bruk, men dette er det få leger i Stavanger som har deltatt på. Våre funn viser at brukere gjerne har behov for å sjekke lever, nyrer og hjertet og at noen også ber om sykemelding når de er slitne etter en kur. Brukere kan ha store psykiske vansker som følge av AAS-bruken, men dette blir ikke tema hos legen. Det at fastleger kan oppdage AAS-bruk kan være vesentlig for i

større grad å fange opp og gi tilbud om oppfølging til AAS-brukere.

Ansatte fra Helse- og sosialkontor informerer om at de har lite fokus på AAS-bruk blant sine brukere. Helse- og sosialkontorene har deltatt lite i kartleggingen. Noen begrunnet dette med at de ikke opplevde det som et aktuelt problem blant sine brukere.

Frivillige organisasjoner med offentlig støtte

Både Pårørendesenteret og Senter for spiseforstyrrelser har hatt noen få henvendelser fra pårørende av AAS-brukere. De gir råd og veiledning, man har lite spesifikk kompetanse om AAS.

Treningssentre

Treningssentrene har oppmerksomhet på AAS-bruk på ulike måter. Det er å være åpen om at det er brukere på sentrene er problematisk fordi det skader sentrenes omdømme. De kan miste kunder på dette, og dermed vil det få store økonomiske konsekvenser. Mange sentre er medlem av ADN. Disse mottar plakater, deltar på konferanser, og det foretas stikkprøver av ansatte og brukere på sentrene. Noen sentre krever at medlemmer undertegner kontrakt på at de skal være dopingfrie. Det å ha personale til stede i studioene anses av mange som forebyggende tiltak. Hvis bruk avdekkes, blir kundene bortvist fra sentrene. Noen sentre velger ikke å avvise brukere av AAS. De har dialog med medlemmer om AAS-bruk. De vektlegger å gi nøktern informasjon om skader og være «rene» forbilder.

Sentrale tiltak

Antidoping Norge er en uavhengig stiftelse som ble opprettet i 2003 av Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komite (NIF) og Kultur og kirkedepartementet. ADN driver forebyggende og holdningsskapende arbeid i tillegg til dopingtesting i toppidretten. De bidrar til forskning og gir ut brosjyrer om doping og antidopingsarbeid. ADN tilbyr foredrag, stands og informasjonsmateriell gratis til medlemmer av NIF og påtar seg også antidopingsoppdrag utenfor idretten. De driver kampanjene «Ren utøver», «Rent idrettslag» og «Ren skole». Kampanjen «Ren skole» er et

undervisningsopplegg om antidoping tilpasset elever i videregående skole.

ADN har en lokal representant som har en deltidsstilling til Antidopingsarbeid. ADN samarbeider med lokale instanser om kompetanseheving og igangsetting av antidopingsarbeid. Noen videregående skoler i Stavangerområdet har deltatt i kampanjen «Ren skole». ADN gir ikke tilbud til brukere eller pårørende, men svarer på henvendelser.

Hormonlaboratoriet ved Aker sykehus analyserer dopingprøver. Videre tilbyr de kurs for leger og helsepersonell om AAS-bruk og driver Dopingtelefonen som svarer på spørsmål om AAS-bruk. De driver også en nettside der man kan stille spørsmål og få svar.

Avhengighetsklinikken ved Aker sykehus har søkt statlige midler for å bygge opp en behandlingsavdeling for AAS-brukere. Det foregår en utvikling av tilbudene til AAS-brukere i Norge. Både Ullevål sykehus og Stiftelsen Bergensklinikkene nevnes av informanter i denne sammenheng.

Steroider.Net er en nettbasert tjeneste som tidligere fikk statlig tilskudd. Her kan man finne kunnskap om AAS, stille spørsmål og delta i debatter på nett. Siden er drevet av en tidligere AAS-bruker som har tett samarbeid med Hormonlaboratoriet.

Helsedepartementet skal gi en melding til Stortinget om rus i løpet av 2012. Arbeid mot bruk av AAS er nevnt i Soria Moria-erklæringen og AAS-bruk er tatt inn i rusmeldingen. En representant fra departementet har informert HKH-teamet om at AAS-bruk vil bli definert inn under rusfeltet, dette er en avklaring flere departement har ventet på. Konsekvensen av dette vil være at tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil måtte ha spisskompetanse på AAS-bruk i fremtiden. For vår region vil det bety at KoRus Vest Stavanger, Rogaland A-senter vil få en rolle som kompetanseformidler overfor kommunale instanser. I dag har KoRus Øst kompetanse på AAS, ikke de andre regionale kompetansesentrene.

Forslag til tiltak

Behov for lovendring

Kartleggingen har hatt fokus på lokale behov for tiltak overfor brukere av AAS og deres pårørende. Vi har sett mindre på hva som kan gjøres fra sentrale myndigheter for å begrense bruk av anabole androgene steroider. Mange av våre informanter har likevel vært opptatt av det de oppfatter som sviktende logikk i lovgivningen, ved at det er lov å kjøpe og bruke AAS, men ikke lov å importere og selge. En del av informantene fra ulike offentlige instanser tror at det ville vært lettere å sette inn tiltak dersom det også var forbudt å kjøpe og bruke AAS, men det er delte meninger om dette.

Behov for mer forskning på AAS-bruk, konsekvenser av bruk og tiltak

Kartleggingen har konkludert med at det er lite studier på omfang og skader av AAS-bruk. Dette gjør det vanskelig å finne riktige tiltak og riktig omfang på tiltakene. Vi har ikke funnet studier som viser hva slags tiltak som gir best effekt. Sverige ser ut til å være et foregangsland i Skandinavia når det gjelder tiltak overfor AAS-brukere, men det har vært utenfor vårt mandat å se nærmere på deres tiltakskjede.

Behov for undervisningsopplegg i skolen som forebyggende tiltak

Mange av våre informanter er opptatt av at en må begynne arbeidet mot doping tidlig. De ønsker at det gis informasjon om AAS til elever i ungdomskolen og videregående skole. Informasjonen må være nøktern og faktabasert, og ikke preget av skremselspropaganda. Fokuset må være på sunn helse og idretts glede, mener informantene.

Behov for kompetanseheving hos instanser som er i kontakt med AAS-brukere

Samtlige informanter fra instanser som er i kontakt med AAS-brukere ser at de trenger mer kompetanse om AAS for å kunne ivareta denne målgruppen. Samtidig kan mye av metodikken og erfaringen instansene har i dag, også brukes overfor AAS-brukere og deres pårørende.

Informanter fra rusfeltet mener de kan bruke sin kompetanse på avhengighet i behandling av AAS-

bruk. Noen av dem har hevdet at beskrivelser av AAS-brukere av og på kur har likhetstrekk med brukere av sentralstimulerende midler som amfetamin. Flere instanser har fortalt at denne kartleggingen har økt deres bevissthet om at deres klienter også kan ha brukt AAS og de har begynt å kartlegge dette. Dette har medført at de har avdekket AAS-bruk hos klienter som ikke har delt denne informasjonen tidligere i sitt behandlingsforløp.

Instanser som er i kontakt med mennesker med spiseforstyrrelser ser også at de har kompetanse og erfaringer som kan brukes i arbeidet mot AAS-bruk. AAS-bruk kan sees på som en kroppsbildeforstyrrelse. En del AAS-brukere har slitt med dårlig selvtillit i forhold til eget utseende. Senter for spiseforstyrrelser og helsestasjon for ungdom er i kontakt med unge som sliter med forhold til egen kropp, og har metodikk som kan overføres på AAS-brukere.

Det samme gjelder oppfølging av pårørende. Mange instanser har også i dag kontakt med bekymrede pårørende som gis råd og veiledning. Noen instanser, som Pårørendesenteret og K46, driver pårørendegrupper. Her kan det være mulig å utvikle spesifikke tilbud til pårørende av AAS-brukere, dersom det blir tilført kompetanse på AAS-bruk.

Kartleggingen avdekket at noen av AAS-brukere oppsøker fastlege for å ta prøver av hjerte og lever, få sykemelding med mer. Brukerne blir sjelden spurt om AAS-bruk. Brukerne forteller at dersom legen spør, nekter mange for bruken. Videre ser det ut som om at ingen fastleger i vårt område har spisskompetanse på AAS-bruk.

Flere informanter nevner gymnastikklærere som sentrale i arbeidet med å forebygge bruk av AAS og fange opp brukere. De vil kunne oppdage og gå i dialog med elever som er opptatt av å få rask muskelvekst. Ved å få tilført kompetanse, kan de bidra til å avdekke AAS-bruk og ta opp temaet i teoridelen av gymnastikkundervisningen.

Hva sier brukere om behov for nye tiltak
Brukere vi pratet med, sier har behov for et tilbud som ikke er knyttet opp mot rusavhengighet. De identifiserer seg ikke som avhengige av et rusmiddel. Brukere vi har vært i kontakt med, ønsker at hjelper skal ha høy kunnskap om AAS-bruk. De ønsker hjelp både med de medisinske (fysiske) og psykiske skadene av bruk. Ideelt sett ser de for seg at all hjelpen er samlet på en plass. De mener tidligere brukere kan være ressurspersoner i dette arbeidet.

Hva sier pårørende om behov for nye tiltak
Pårørende vi har pratet med uttrykker ønske om et lokalt tilbud med tverrfaglig kompetanse. Videre nevnes også støtte i det å danne nettverksgrupper for pårørende.

Hva sier treningssentrene om behov
Representanter fra treningssentre ønsker også noen de kan henvende seg til og få råd og tips. De har behov for å få tilgang til gratis plakater og brosjyrer som de kan dele ut på sentrene. 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. Mange av treningssentrene kan tenke seg å inngå i et lokalt samarbeid med offentlige instanser om antidopingsarbeid.

Oppsummering av informanters forslag til tiltak:

Instanser som er i kontakt med ungdom i målgruppen bør:

- Legge inn spørsmål om AAS-bruk i sine kartlegginger/behandlinger.
- Fastleger bør delta på AAS-kurs i regi av Hormonlaboratoriet
- Instansene som skal gi tilbud til AAS-brukere må ha høy kompetanse på AAS-bruk og kunne tilby hjelp til både fysiske og psykiske skader.

Etablere tilbud til pårørende av AAS-brukere som kan gi informasjon om AAS og som kan bidra i drift av pårørendegrupper.

Kampanjer i skolen om god helse og idretts glede. Her kan AAS-bruk inngå som et tema. Helsestasjon for ungdom, ADN, tidligere brukere, treningssentre deltar.

Treningssentrene får tilgang på gratis materiell om AAS-bruk.

Treningssentrene danner eget fagforum om antidopingsarbeid.

Treningssentrene inviteres inn i det kommunale samarbeidet om Antidopingsarbeid.

Handlingsplan

Hovedmål er å redusere bruk av androgene-anabole steroider(AAS).

Delmål er å bidra til at flere unge som bruker AAS blir identifisert og får tilbud om oppfølging. Strategi for å nå målet er å øke kunnskap blant ansatte og å koordinere hjelpeapparatet.

MÅL	TILTAK	ANSVAR	ØKONOMI
Øke kunnskapen om AAS blant ulike instanser som kommer i kontakt med målgruppen.	Arrangere et stort seminar om AAS-bruk høsten 2012, for kommunale instanser og samarbeidspartnere i samarbeid med KoRus.	Uteseksjonen	Selv-finansierende
	Presentere rapporten på seminarer der vi inviteres inn (FAU-møter, ADN-møter).	Uteseksjonen	Trykking av rapport finansieres av KoRus Stavanger
	Sende rapporten til helsestasjon for ungdom, barnevern, fastleger, videregående skoler, ungdomsskoler, Kommunalt foreldreutvalg, K46, politi, oppvekst og levekår, ungdomsskoler, Ta Hys, SLT-koordinator, pårørendesenteret, Senter for spiseforstyrrelser, Helse vest BUPA, treningssentre, helsesøstertjenesten.	Uteseksjonen	
	Barneverntjenesten danner ressursgruppe om AAS der ansatte i tjenesten deltar.	Barneverntjenesten	
Gi ungdom og deres foresatte kunnskap om skader ved AAS-bruk.	Legge AAS som tema inn i de informasjonsoppdragene og foredragene Uteseksjonen har overfor foreldrenettverk og elever i ungdomskolen.	Uteseksjonen	
Koordinere hjelpeapparatet, foreslå tiltak for forbedring av tiltakskjeden og gi råd og veiledning til brukere, pårørende og ansatte.	Direktøren oppretter en tverrfaglig sammensatt ressursgruppe. Ressursgruppen skal: <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til å synliggjøre eventuelle svakheter i tiltakskjeden og foreslå tiltak for forbedring. • Ta initiativ til kunnskapsheving og utarbeide kompetanseplan. • Gi råd og veiledning til ansatte og bruker og pårørende som har behov for veiledning/tips/råd. • Evaluere årlig gruppens arbeid opp mot målsetting. • Bistå alle involverte faggrupper og møtes jevnlig, minimum 2 ganger årlig. 		
Øke kunnskapen om skader av AAS blant ungdom i målgruppen.	Utdeling av Antidoping Norges brosjyre på aktuelle arenaer der ungdommene ferdes, som skoler, treningssentre, legekontorer, helsestasjon med mer.	Uteseksjonen	

Litteratur

- Anti Doping Danmark (2011) Dopingkontroll i fitnesscentre
- Anti Doping Danmark, (2011) Nordisk Konference - fra bakmænd til behandling
- Barland, B. og Tangen, J. O (2009) Kroppspresentasjon og andre prestasjoner Politihøgskolen, phs forskning.
- Dopningen i Sverige (2009) – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder
- Statens folkhälsoinstitut.
- Flesland L., Knoff Vartdal R., Berg Utne, E. K. (2011) Førre Var, Bergensklippene
- Gen Kanayama, James I. Hudson, Harrison G. Pope Jr. (2008) Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse.
- Hall et.al (2005) Psychiatric complications of Anabolic steroid use, *Psychosomatics* 46:4, July-August.
- Haug, E., Mørland, J., og Olaisen, B. (2004) Androgene anabole steroider (AAS) og vold. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten.
- Hormonlaboratoriet – Aker Universitetssykehus. Helse Øst:
- Johannesen C. A, (2010) Selvpresentasjon og kropp: Menn som trener vekter og deres konstruksjon av egen kropp Masteroppgave i idrett, kroppsøving og friluftsliv, Høgskolen i Telemark.
- Larsen, E. (2011, 27. mai) 80 % av anabole steroider er hjemmelaget. NRK.no, Rogaland. Lokalisert på
- Lundholm, L. (2011) Användning av AAS hos missbrukare mistänkta för brott Kriminalvården, Uppsala Universitet
- Madsen, Traasdahl, D. (2011) Fra bodybuilder til hjerne-skadet (foredrag), Nordisk konference.
- Moberg, Tommy og Hermansson, Gunnar: Mandom (2006) mod och morske män.
- Mounteney J. og Leirvåg S-E (2007) Manual-Hurtig Kartlegging og Handling, Bergensklippene
- 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 utbredelse og forebygging, forebygging.no
- Rane, A. (2011) Dopning med anabola androgena steroider-angreppsunker ur ett sjukvårds- och forskningsperspektiv, Karolinska Institutet.
- 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.
- Risa, E. (2012, 29. mars). Nå kommer forbudet mot anabole steroider. Stavanger Aftenblad. Lokalisert på
- Straffeloven § 162 b (Tilføyd ved lov 19 juni 1992). <http://www.lovdata.no>
- Talih et al. (2007) Anabolic steroid abuse: Psychiatric and physical costs, *Cleveland clinic journal of medicine*
- <http://www.aftenbladet.no>
- <http://www.antidoping.dk> (2011) Dopingkontroll i fitnesscentre
- <http://www.dopingtelefonen.no/>
- <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/rogaland>
- <http://www.oslo-universitetssykehus.no>
- <http://www.side2.no/helse/article2383123.ece>
- <http://www.Steroider.Net>

UTE
SEKSJONEN

KORUS
Vest
Stavanger



STAVANGER KOMMUNE



Sterone

ml.



han Co

No: 503

M.

15 7