

Kronikk

Sykdom i OL-troppen i Torino 2006

Sykdom er skrekken for topp-idrettsutøvere under store mesterskap. Under vinterlekene i Torino 2006 var det gjort mye for å forebygge sykdom i den norske troppen, men likevel ble en del utøvere syke. I alt måtte åtte stå over en eller flere konkurranser, og fire-fem kan ha hatt redusert prestasjonsevne. I bestrebelsene på å hindre sykdom og smitte ble det satt i verk tiltak som kan ha påvirket enkeltutøvere negativt. Dette bekreftes i intervjuer og i evalueringen blant trenere og utøvere.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Dag Vidar Hanstad

dag.vidar.hanstad@nih.no
Seksjon for kultur og samfunn
Norges idrettshøgskole
Postboks 4014 Ullevål stadion
0806 Oslo

Lars Engebretsen

Ortopedisk senter
Ullevål universitetssykehus

For de aller fleste toppidrettsutøvere er de olympiske leker viktigere enn noe annet de er med på innen idretten. Etter fire års forberedelser skal de yte sitt beste i løpet av to uker – for noen er det snakk om bare én konkurranse – og så er det fire år til neste gang. Av den grunn er det avgjørende å unngå sykdom. Blir prestasjonsevnen redusert med et par prosent, er muligheten til å vinne redusert. I en OL-tropp settes en rekke forebyggende tiltak inn for at alle skal holde seg friske og stille optimalt forberedt til konkurransen.

Men likevel går det fra tid til annen galt, som under vinterlekene i Torino i 2006. Flere av de norske medaljekandidatene ble slått ut av sykdom og var ikke i stand til å yte sitt beste. Hvorfor ble det slik? Var ikke de forebyggende tiltakene god nok? Eller var de kanskje *for* gode?

I denne artikkelen blir «OL-sykdommen i Torino» belyst gjennom to ulike innfallsvinkler, den medisinske og den sosiokulturelle. Vi ser på hva som ble gjort av forebygging overfor hver enkelt utøver i tiden før lekene, og hvilke tiltak ledelsen for den norske troppen satte i verk ut fra smittefaren både før og under lekene. En interessant diskusjon her er hvorvidt de medisinske tiltakene også innvirket på de sosio-kulturelle forholdene.

Før lekene

Man visste om Torino at konkurransene i utholdenhetsidrettene (minus skøyter) ville foregå i høyden. Mange av utøverne ville dessuten komme rett fra høydeopphold, noe som kan gi økt risiko for sykdom. «Sykdom» er her alt som nedsetter prestasjonsevnen – fra den minste virusinfeksjon til feber og sykdom i mer tradisjonell forstand. Under OL ville utøverne på mange lag bo tettere enn de ellers gjør. Man visste også at spesielt langrennstroppen har vært plaget med sykdom i de siste mesterskapene.

Olympiatoppen iverksatte sammen med særforbundene en rekke forebyggende tiltak. Leger og fysioterapeuter i helseteamet (e-ramme 1) gjennomgikk et hold-deg-frisk-opplegg med lagene omtrent ett år før lekene. De aller fleste utøverne (men ikke ledere og støttepersonell som smørere etc.) i utholdenhetsidrettene hadde flere samtaler med sin lege som ledd i oppfølgingen, for at de skulle unngå sykdom og skader i oppkjøringsperioden og under selve lekene. Disse tiltakene viste seg blant annet å gi færre allergiske problemer i OL-sesongen.

Flere informasjonsskriv ble sendt ut. Det var praktiske råd for utøvere med luftveisinfeksjoner (1), råd om oppstart av trening etter luftveissykdommer (2) samt råd om hygiene og smitteverntiltak (3). I enkelte lag fikk man innarbeidet gode rutiner på dette i OL-sesongen (noen hadde det fra før), i andre lag var erfaringen at det stort sett fungerte når lege/fysioterapeut var til stede og passet på.

Under lekene

Den norske OL-troppen i Torino besto av 74 akkrediterte utøvere og 86 ledere/trenere, fordelt på ti idretter/grener. De bodde på seks ulike steder (e-ramme 2). Seks av de ti idrettene/grenene ble rammet av sykdom i en eller annen form, enten ved at utøverne brakte med seg sykdom inn til leiren eller ved at de ble rammet under lekene. Man bør merke seg at sykdom her omfatter alt som bidro til å redusere prestasjonsevnen. I tillegg til tradisjonelle sykdomstilstander som influensa og øvre luftveisinfeksjoner inkluderes lett nedsatt resultat på lungefunksjonsprøver og lettere grad av magesmerter – forhold som normalt ikke regnes som sykdom. En oversikt er gjengitt i tabell 1.

Utøverne ble rammet av to former for sykdom – større eller mindre problemer i luftveiene samt «magevirus» av mild eller kraftig karakter. Luftveisproblemene var mindre alvorlige, unntatt i kombinertleiren, og bare et fåtall utøvere ble syke i den forstand at de ble sengeliggende. Mageviruset ga ikke diaré/oppkast, det artet seg som mageonde (løs mage), hodepine og noe leddsmerte. Løperne var satt tilbake 1–2 dager.

Spesielt kombinertløperne ble satt kraftig tilbake. En av dem kom trolig syk til leiren. Det er også trolig at minst én i støtteamet var tidlig smittet, sannsynlig i Norge. Den første øvelsen gikk fint – bare én av løperne måtte stå over. Men dagen etter konkurransen ble først to andre løpere syke, deretter én i trenerteamet. Sykdomsbildet var klart viralt, med til dels høy feber, symptomer og tegn fra øvre luftveier samt etter hvert leddsmarter. Dette gjorde det umulig for kombinertutøverne å delta i lagkonkurransen. En uke etter sykdomsutbruddet deltok de imidlertid i sprintkonkurransen – med svært gode resultater.

Sykdom etter høydeopphold

Det var utholdenhetsidrettsutøverne som ble rammet av sykdom, noe som ikke er unaturlig. Deltakerne i disse idrettene kom direkte fra høydeopphold, en treningsform som man av erfaring vet gir en viss fare for sykdom av ulik karakter. Dessuten er utøvere i utholdenhetsidretter mer følsomme for sykdom enn andre. En hopper eller curlingspiller kan prestere bra på tross av sår hals, mens prestasjonsevnen redu-



Illustrasjon Kari Stai, Patron

seres betydelig for en langrennsløper. Løperne med luftveissymptomer ble hyppig testet med lungefunksjonstester. Hos flere utøvere som ikke hadde tegn på sykdom, ble det påvist nedsatt lungefunksjon i forhold til deres normale nivå.

Et annet fellestrekk ved utøverne som ble syke, er at de bodde og konkurrerte i høyden (1 500–1 700 m o.h.) og hadde tilhold i Olympiatoppens hoteller eller leiligheter i stedet for i arrangørens deltakerlandsbyer. Den eneste utholdenhetsidretten som ikke ble rammet av sykdom – hurtigløp på skøyter – hadde bosted for utøverne i deltakerlandsbyen. I motsetning til representanter for de andre utholdenhetsidrettene bodde og konkurrerte skøyte-løperne i lavlandet (Torino). De hadde heller ikke høydeopphold i forkant. (At en løper følte seg litt harkete og sto over en trening, regnes ikke som sykdom, da denne løperen ikke hadde feber og ikke brukte medisiner.)

Det er ikke mulig å fastslå om sykdom har noen sammenheng med antall utøvere på rommet. Av dem som ble syke, bodde noen på enkeltrom og noen på dobbeltrom. I troppen som helhet var det 38 utøvere

som hadde eget rom, mens 36 sov på dobbeltrom. Majoriteten av ledere bodde to og to.

Av de syke måtte åtte stå over én eller flere konkurranser. I langrenn sprint for kvinner førte sykdom til at landslagsledelsen valgte ikke å stille med full kvote (fire løpere), mens man til lagkonkurransen i kombinert ikke hadde tilstrekkelig antall utøvere til å stille lag.

Rutiner fungerte bra

Det var innarbeidede rutiner i tilfelle sykdom. Parallelt med behandling skulle løpere og trenere/ledere raskt isoleres i forhold til resten av laget for å unngå smitte. Det ble også iverksatt tiltak for å hindre smitte mellom den norske troppens ulike bosteder. Dette ble gjort ved at man innskrenket formelle fellesmøter til et minimum, og det ble nærmest innført besøksforbud der det kunne være risiko for smitteoverføring.

Disse rutinene fungerte bra. Etter at sykdom først var oppdaget, klarte man å forhindre at smitten spredde seg fra kombinertleiren (hvor flertallet var syke) til resten av troppen, slik at hele troppen etter hvert kunne friskmeldes. På grunn av inkuba-

sjonstiden beholdt man restriksjonene på forflytning, møter etc. til man var helt sikker på at smitten var ute av troppen. Utøvere og ledere kunne være smittebærere lenge uten å vite det – før sykdommen slo ut.

Selve behandlingen varierte i forhold til sykdomsgrad og den enkelte lege. En hovedregel var at syke utøvere skulle bringes ned i lavlandet, men man registrerte på generelt grunnlag at det var liten vilje blant trenerne til å sende folk ned. Dette skyldes stort sett frykten for fall i hemoglobinverdiene.

Idrett og sykdom

Det kan være mange grunner til sykdom under et mesterskap. I idrett på dette nivået er det marginene som avgjør, og utøvere presser seg helt til grensen for å komme best mulig forberedt til OL. Det kan gi dårligere immunforsvar og dermed sykdom. I tillegg er det umulig å forsikre seg mot smitte av ulike slag.

Olympiatoppen hadde satset mye på forebygging. Å lage gode rutiner på dette området er på mange måter en lederoppgave. Ett spørsmål her er hvor mye man

Tabell 1 Oversikt over sykdomssituasjonen i den norske troppen under vinterlekene i Torino i 2006

Idrett	Sykdomstilfelle	Behandling	Konsekvens
Alpint	Ingen sykdom		
Curling	Ingen sykdom		
Freestyle	Ingen sykdom		
Hopp	En utøver hadde en luftveisinfeksjon ved ankomst Sestriere	Enerom	Raskt frisk
Kombinert	4 utøvere med luftveisproblemer og én med mage-tarm-sykdom	1 utøver ned i lavlandet. 3 på enerom	1 sto over løp pga. mage-tarm-sykdom, 3 kunne ikke stille pga. luftveisproblemer
Langrenn	To utøvere hadde influensa under høydeopphold, men ble friske. 3 utøvere med mage-tarm-sykdom. 3 med luftveisproblemer	Alle flyttet på enerom	1 sto over pga. mage-tarm-sykdom, 3 pga. luftveisproblemer. 1 brøt løp
Skiskyting	Kvinnelig utøver med mageonde før første konkurranse. Mannlig utøver med mageonde. To utøvere og fire i støtteapparatet presenterte problemer fra nese/hals	1 utøver isolert før konkurranse	Raskt frisk
Skeleton	Ingen sykdom		
Skøyter	Mannlig utøver fikk allergisk reaksjon på støv/tørkløft, komplisert med purulent sinusitt		Ikke i stand til å konkurrere opp mot sitt beste
Snowboard	En utøver syk ved ankomst (influensaliknende symptomer)	Isolert og behandlet	Raskt frisk

skal vektlegge dette under selve mesterskapet. Det var nok alle involvertes intensjon at man ikke skulle snakke så mye om sykdom, men observasjoner tyder på at man ikke lyktes like godt i alle leirer.

Dessuten ble det gjort noen forebyggende tiltak som *kan* ha bidratt til å skape et visst hysteri eller gi redusert trivsel hos utøvere. Dette handler om signaler trenere og ledere gir overfor de aktive, men også hva som kommuniseres i mediene (og det påvirker gjerne utøverne). Det var flere artikler i norske medier om hva de ulike lagene hadde gjort for å forebygge sykdom. Og det var ikke småtterier.

I Olympiatoppens egen evaluering bekreftes dette inntrykket gjennom følgende tilbakemelding fra en person i støtteapparatet: «Litt for mye hysteri rundt sykdomsforebygging. De som tok mest forholdsregler ble sykest. Fokuser på det som er viktigst og dropp resten» (4).

I forlengelse av dette er det også en diskusjon om hvor synlige leger og annet helsepersonell skal være. Her kombineres behovet for å vise åpenhet overfor mediene med troppens/lagets ønske om å ha minst mulig oppmerksomhet på sykdom (som gjerne gir negativ oppmerksomhet). Langrennstroppens lege Hans Petter Stokke var, ifølge det elektroniske tekstarkivet A-tekst (5) i perioden 5.-26. februar 2006, minst like hyppig omtalt som sprinttreneren og landslagstreneren.

Utøvernes trivsel

Kan tøffe regimer i forbindelse med forebygging av sykdom gå utover trivselen? Spørsmålet er relevant i den grad psykologiske faktorer som overskudd og glede påvirker prestasjonen. Det er ikke funnet litteratur som bekrefter eller avkrefter dette, men forholdet kan og bør diskuteres med utgangspunkt i måltidene. Dette er en av få sosiale sammenkomster for utøverne i løpet av dagen, og trivselen kan bli dårligere ved at det hele gjøres mer sterilt enn nødvendig.

Ett spørsmål i den sammenheng: Hvor stor er risikoen for smitte ved å forsyne seg fra et syltetøyglass eller en boks med leverpostei? Kan smittestoffer bli overført via kniven eller teskjeen som brukes? Muligheten skal ikke avvises her, men det ble stilt spørsmål ved om man av den grunn måtte benytte små engangsbegre med pålegg (tatt med fra Norge og brukt i de private bostedene)? Det hele fremsto som lite egnet til å øke trivselen rundt frokostbordet. Sortimentet besto også av ost og annet pålegg, men i stor grad ble «flypålegget» brukt.

OL i Torino etterlot også en del spørsmål av rent medisinsk karakter. Ett går på behandling når sykdom inntreffer. Blir man fortore frisk i lavlandet enn i høyden? Det er neppe tvil om det, men det er lite kunnskap om hvor mye raskere man blir bra av for eksempel av en øvre luftveisinfeksjon. Det er mye kunnskap om hva som skjer med hemoglobinnivået når man reiser ned

i lavlandet noen dager, men spredningen av denne kunnskapen må bli bedre.

Noe som også bør drøftes, er hvordan utøverne skal bo. Under lekene i Torino fikk Bjørg Marit Andersen, professor i medisin og avdelingsoverlege ved avdeling for hygiene og smittevern ved Ullevål universitetssykehus, hele førstesiden i VG med sin kritikk av det norske opplegget (6). Hun mente blant annet at alle utøverne burde hatt enkeltrom med dusj og toalett. Nå viste det seg at 38 utøvere lå på enerom og 28 på dobbeltrom på dette tidspunktet, og flere av dem som ble syke, hadde faktisk enkeltrom.

I denne debatten kommer igjen trivsel inn som et viktig moment. For noen passer det bra å bo alene, mens det for andre vil gi betydelig mistrivsel. Enkelte utøvere var på reisefot i nesten to måneder i forbindelse med OL (de kom fra verdenscup og høydeopphold) og ville ha gått på veggen hvis de var blitt tvunget inn i en ordning med enerom for å unngå smitte. I de fleste idretter er det innarbeidet rutine at man av sosiale og økonomiske årsaker bor på dobbeltrom. Under OL legger også arrangørene av kapasitetsgrunner opp til at utøverne skal dele rom.

Det kan fastslås at Olympiatoppen og særforbundene i hovedsak har gode rutiner for å forebygge sykdom, men at man i enkelte leirer muligens gikk litt for langt på dette feltet. Det er også vesentlig at alle i støtteapparatet, på teknisk side og i topplederapparatet inkluderes i det forebyggende programmet som gjennomføres året før de olympiske leker. I akuttituasjon var man bra på å løse problemet, og man fikk utøverne friske svært raskt.

Oppgitte interessekonflikter: Lars Engebretsen var en del av den norske OL-troppen.

e-ramme 1 og e-ramme 2 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. Olympiatoppen. Praktiske råd for idrettsutøvere ved luftveisinfeksjoner. Oslo: Olympiatoppen, 2006.
2. Olympiatoppen. Oppstart av trening etter luftveis-sykdom. Oslo: Olympiatoppen, 2006.
3. Olympiatoppen. Informasjon om hygiene og smitteverntiltak for den norske OL-troppen. Oslo: Olympiatoppen, 2006.
4. Olympiatoppen. Rapport Torino-OL og Paralympics. Oslo: Olympiatoppen, 2006.
5. www.retriever-info.com/services/archive.html (1.5.2006).
6. Vesteng C. Betenkelig at de ikke har enkeltrom. «Smitteprofessor» kritisk til norske boforhold i OL. Verdens Gang 15.2.2006.

Manuskriptet ble mottatt 17.5. 2006 og godkjent 8.1. 2007. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.