

Verden rundt med knipeøvelser

Kari Bø (58)

■ Rektor ved NIH fra 1. august 2013.

■ Professor i treningsvitenskap og fysioterapi.

■ En av verdens ledende eksperter på bekkenbunnproblematikk og trening.

■ 20 prosent stilling ved Avdeling for gynekologi på Ahus.

NIH-rektor Kari Bø er en skikkelig entusiast. Etter over 20 år og minst 200 publikasjoner med fokus på bekkenbunn og trening, sprer hun budskapet over hele verden: knipeøvelser hjelper mot lekkasjer.

TEKST Dagrun Lindvåg, dl@fysio.no
FOTO Paal Audestad

DETTE BUDSKAPET har fysioterapeut og professor Kari Bø formidlet til saudiarabiske kvinner kledd i heldekkende abaya, demonstrert på brosteinen i Paris, i treningsprogrammer på DVD og i utallige norske medieoppslag.

1. august tiltrådte hun som rektor ved Norges Idrettshøgskole (NIH) for en periode på fire år. Men rektorjobben er tilsynelatende bare et lite avbrekk fra forskningen – som nærmest framstår som en lidenskap for Kari Bø.

Som rektor er hun opptatt av å understreke at NIH ikke primært er en høgskole for toppidrett, som en del fortasatt later til å tro.

– Det er jo helt feil! Selvsagt skal vi også utdanne trenere og forske på toppidrett. Det er jo ingen andre utdanningsinstitusjoner som har det mandatet i Norge. Men det er få studenter med toppidrettsbakgrunn hos oss, og nesten all forskning er innrettet mot inaktivitet og fysisk aktivitet. Det er det samfunnet roper etter. Personlig er jeg veldig stolt av faget idrett for funksjonshemmede, som vi driver i samarbeid med Beitostølen helsesportssenter.

En tilfeldighet

– *Hvorfor ble det akkurat bekkenbunnsproblemer?*

– Det startet faktisk helt tilfeldig, på et fredagsmøte ved Avdeling for barn og fødsel på SiA. Etter møtet kom urolog Bent Karstein bort til meg og sa: Kari du har forskningskompetanse, kan ikke du gjøre noe på dette? Og slik ble det. Jeg skjønner ikke at det ikke er flere som hopper på dette fagområdet. Feltet inkluderer det meste - anatomi, urologi, teknologi (MR), treningsfysiologi og ikke minst livskvalitet. Kvinner gråter fordi de ikke kan bevege seg, de kan ha problemer med seksualitet og mye annet. Dette feltet har alt!

– *Litt av en markedsføring?*

– Planen min var egentlig å lage et gymnastikkprogram for nakke og skulder. Tenk så kjedelig! Dette har gitt meg store muligheter. Jeg startet på riktig

tidspunkt, gjorde en av de første randomiserte kontrollerte studien på området i 1990, og har vært invitert rundt i verden siden. Nå er dette et av feltene i fysioterapien som er best dokumentert, takket være mange gode forskere. Likevel er det mye vi ikke vet – spørsmål vi må forske mer på, understreker Kari Bø.

Når det gjelder høydepunkter i forskerkarrieren, viser hun til første publikasjon i British Medical Journal (BMJ) i 1999.

– Så er det alltid et høydepunkt når studentene mine disputerer! Det var også stort å bli invitert til Saudi-Arabia i fjor for å holde kurs om bekkenbunns trening. Jeg stilte i full abaya, og underviste kvinner jeg bare så øynene på. Nøyaktig hva de gjorde under abayaen er umulig å si, men de beveget seg!

– *Hvordan opplever du de kulturelle forskjellene når det gjelder kropp og helse?*

– Kvinner over hele verden er vant til å føde og gå til gynekolog – og at det kan oppstå problemer etter fødsel. Jeg får nesten tårer i øynene når jeg tenker på enkelte av kvinnene jeg har møtt. Etter kurset i Saudi-Arabia i fjor var det en som kom bort til meg, og jeg så øyne fulle av tristhet. Hun kom på kurset som fysioterapeut, men også fordi hun selv hadde problemer. Siden hun fødte ett år tidligere, hadde hun hatt det forferdelig, med store lekkasjeproblemer, og forholdet til mannen var blitt vanskelig. Jeg ser ofte for meg de sørgelige øynene hennes. Heldigvis var det en annen erfaren fysioterapeut der, og jeg ba henne ta kontakt for å få hjelp. Neste høst blir jeg trolig invitert til Saudi-Arabia igjen, og da håper jeg å få vite hvordan det har gått. Man blir jo engasjert!

En studie som overrasket

– *Hva gjenstår av forskning og dokumentasjon når det gjelder bekkenbunnsproblemer og trening?*

– Vi vet lite om trening etter fødsel, og det skulle man jo ikke tro. Dette er det faktisk bare fem studier på. Den siste artikkelen ble publisert nå i høst av dok-





TRENINGSinSTRUKTØRER Fysioterapeuter er først og fremst utdannet til å undersøke, behandle og forebygge. De har få timer i treningslære på grunnutdanningen, påpeker Kari Bø. NIHs studenter er irriterte over at fysioterapeuter får stillinger som treningsinstruktører.

torgradstipendiat Gunvor Hilde, Ahus, med meg som hovedveileder og medforfatter (se side 37). Overraskende nok fant vi ingen effekt på gruppetrening etter fødsel. Vi hadde en gruppe som trente og en gruppe som ikke ble fulgt opp/trente. Deltakerne ble delt inn i om de hadde skader på bekkenbunn eller ikke. Dette er den første studien i verden som har sett på det. Jeg har hittil trodd at du nesten kan trene bekkenbunn som du trener etter hamstringsskader, men kanskje det ikke stemmer likevel, sier Kari Bø.

Hun innrømmer at hun ikke helt forstår hvorfor det ikke ble funnet noen effekt i denne studien.

– Dette var en oppfølging av det Siv Mørkved og jeg jobbet med i Trondheim,

der vi fant veldig gode effekter. Vi vet også lite om smerter i bekkenbunnsmuskulaturen, og om seksualitet i relasjon til bekkenbunnsmuskulatur. Er dette viktig for seksualiteten i det hele tatt, eller er det bare en myte? Er det bare mannen som ønsker at det skal være viktig? Det gjenstår å se. Andre områder vi vet lite om er fekal inkontinens og trening, samt totalruptur baktil og trening. Jeg har en student på Island som holder på med dette, forteller Bø.

Idrettsutøvere lekker

Hun opplyser videre at det fins lite kunnskap om hvordan fysisk aktivitet påvirker bekkenbunn, og viser til to av flere myter.

– Den ene går ut på at hvis du er generelt fysisk aktiv, så får du sterk bekkenbunn. Den andre er motsatt – at fysisk aktivitet gir stor belastning på bekkenbunnsmuskulaturen og gjør den svakere. Dette vet vi ikke. Men vi vet at kvinnelige idrettsutøvere, i mange ulike idretter, lekker som bare det.



Jo, du kan bevise nesten alt.
Eller motbevise!

– Er det ikke logisk at stort fysisk press vil være belastende for muskulaturen?

– Man kunne tenke seg at bekkenbunnen automatisk vil «svare» på fysiske anstrengelser med å mobilisere muskulaturen. Altså – en treningseffekt hver gang du økte belastningen, men det ser ikke slik ut. Du må gjøre spesifikke bekkenbunnsøvelser. Jeg har veldig lyst til å gjøre en studie på kvinnelige idrettsutøvere som lekker, og undersøke om vi kan klare å få de tette. En aktuell idrett er turn, som gir størst belastning på bekkenbunnen. Kvinnelige maratonløpere er også en utsatt gruppe. Det sies at kvinner som løper maraton heller vann nedover ryggen under løp, for at man ikke skal se at de lekker. Her er det forskning i mange år framover, og jeg ønsker meg mange studenter som kan ta tak i disse områdene!

– Hvor står fysioterapien i dag når det gjelder forskning og dokumentasjon av effekt?

– Utviklingen har vært helt fantastisk. Det ser man blant annet i forskningsbasen PEDro. Da jeg ble utdannet i 1979 var det ingen RTC-studier i fysioterapi - nå går grafen rett opp. Og det er ikke fordi vi fysioterapeuter har fått så mye hjelp til å forske, men til tross for! Vi har sagt at dette må vi bare gjøre, og så har vi fått det til. Vi har skapt våre egne forskningssystemer, nettverk og samarbeidspartnere. Fondet har vært fantastisk. Noe lignende finnes ikke internasjonalt.

Men ifølge Kari Bø er det fortsatt mye i fysioterapi som ikke er godt nok underbygd med forskning, men det gjelder også medisin, odontologi og andre fag.

– Fysioterapeuter har ingenting å skamme seg over. Problemet er kanskje heller at mange leger som ble utdannet samtidig med meg, har inntrykk av at fysioterapi er det samme som den gangen. Vi må klare å formidle at dette ikke stemmer, påpeker hun, og etterlyser markedsføring og synlighet.

Problematiske erfaringer

– Du er kjent for å legge stor vekt på randomiserte kontrollerte studier (RCT). Flere av dine kolleger er opptatt erfaringsbasert kunnskap og praksis. Hva tenker du om det?

– Hva er egentlig erfaringsbasert kunnskap? Er det din erfaring eller min erfaring? Jeg kan si at sånn gjør jeg det – og det virker. Og du kan si akkurat det samme om en annen metode. Kanskje vi begge har rett – eller begge tar grundig feil? Vi har lett for å trekke ut det vi selv mener å ha erfart, og

Om forskningen

■ Bekkenbunnstrening har god effekt på kvinner med urinlekkasje og som forebygging under svangerskap. Etter fødsel har det god effekt på de som har lekkasje, men det er mer usikkert som forebygging.

Bekkenbunnstrening har god effekt på kvinner i den generelle befolkningen med helbredelse på mellom 60-80 prosent når det gjelder stressinkontinens. Det er usikker effekt av bekkenbunnstrening hos menn, og på urgency inkontinens (hastverkslekkasje) både hos menn og kvinner.

Det er nå åtte randomiserte kontrollerte studier som viser effekt av bekkenbunnstrening på symptomer og stadium av underlivs prolaps hos kvinner, men man vet lite om forebygging. Det er lite kunnskap om hardt arbeid/hard fysisk aktivitet kan føre til urinlekkasje og underlivs prolaps.

Utvalgte publikasjoner

- Bø K et al: Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999; 318: 487-493.
- Herbert R, Bø K: Analysis of quality and interventions in systematic reviews. *BMJ* 2005; 331.
- Bø K et al: Evidence based physiotherapy for the pelvic floor. *Bridging Science and clinical practice*. Elsevier 2007.

Kilder: NIH og Wikipedia.



Man må gjøre noen valg – si ting litt bredere og mer overordnet – for å få ut et budskap.

for eksempel glemme de som droppa ut. Vi vet jo ikke hvordan det gikk med dem etterpå – kanskje de shoppet litt rundt og fikk ny behandling hos en annen terapeut? Vi har ikke data. Erfaringsbasert kunnskap er derfor veldig problematisk. Det kan ikke sidestilles med kunnskap som er dokumentert gjennom forskning. Men i behandlingen av pasienter bruker man jo hele sin erfaring. Erfaring er viktig når beslutninger skal tas. Erfaring kan imidlertid ikke brukes som en faktor i seg selv. Det er for mye du ikke har kontroll på.

– Enkelte vil bli provosert av så bastante uttalelser, og si at du ikke kan bevise alt med forskning og RCTer?

– Jo, du kan bevise nesten alt! Eller motbevise, sier Kari Bø og ler.

– Når mine studenter sier at «nå skal jeg bevise at», så er mitt svar, at det skal du slett ikke. Du skal undersøke OM dette er riktig eller om det er galt. Og da må du tåle, slik vi

måtte, at en veldig god studie viser at det du trodde på faktisk ikke hadde effekt.

Treningsinstruktører og fysioterapeuter

– Som fysioterapeut og rektor ved NIH – hvordan forholder du deg til grenseoppgangen mellom fysioterapeuter og treningsinstruktører?

– Fysioterapeuter er først og fremst utdannet til å undersøke, behandle og selvsagt forebygge. Vel og merke når det gjelder pasienter som allerede har en diagnose/tilstand. Det er der vi har vår spesielle kompetanse. Rehabilitering, selve kjernen i fysioterapifaget, hører vi nesten ingenting om lenger. Jeg hører nesten bare om fysisk aktivitet og trening.

Og – sier rektor Bø engasjert – man må ikke tro at de få timene fysioterapeuter har i treningslære og helsefremmende/forebyggende arbeid på grunnutdanningen kan er-

statte tre år på NIH, der dette står i fokus gjennom hele treningsinstruktørutdanningen.

– Våre studenter er irriterte over at fysioterapeuter får stillinger som treningsinstruktører burde ha. Og fysioterapeutene sier det motsatte. Sannheten er vel at begge grupper kjemper om de samme jobbene når det gjelder forebygging. Dette er en kjempviktig sak for våre studenter, men burde ikke være noe problem. I kommunehelsetjenesten trenger vi dyktige fysioterapeuter. Når pasientene er ferdigbehandlet, kan jeg som fysioterapeut ha behov for å sende dem videre. De trenger kanskje mer trening. Da burde jeg ha noen herfra, utdannet ved NIH, som jeg kan samarbeide med.

– *Frisklivssentraler og treningsgrupper - treningsinstruktører eller fysioterapeuter?*

– Når folk har en diagnose, bør det være en fysioterapeut. Men noen diagnoser er litt diffuse. Hva er for eksempel smerter i nedre korsrygg, eller nakke- og skuldersmerter? Du bør først gå til en fysioterapeut for undersøkelse og behandling, men du kan jo ikke bli der. Det samme gjelder ved overvekt og diabetes, der utholdenhetstrening er viktig. Da har idretten og treningsinstruktørene mye å tilby. Muskel- og skjelettlidelser er det derimot fysioterapeutene som har mest kompetanse på. Det er meningsløst å lage konflikt mellom fysioterapeuter og de som er utdannet ved NIH. Vi jobber innen samme område, og må klare å skille mellom kompetanse- og ansvarsområder.

Treningstrender

Kari Bø er svært kritisk til utviklingen i treningsbransjen, og til holdningene i samfunnet generelt når det gjelder kropp og trening.

– Sterke kommersielle krefter driver det-

Norges Idrettshøgskole (NIH)

- Har 1.440 studenter (2013-2014), halvparten på deltid.
- Ble vitenskapelig høgskole med hovedfag i 1968.
- Fikk første doktorgradsprogram i 1985.

Satsingsområder 2011-2015:

- Trening og prestasjonsutvikling i bredde- og toppidrett.
- Sammenhenger mellom fysisk aktivitet, helse og livskvalitet i befolkningen, med særlig fokus på lavaktivitet og inaktivitet.
- Innholdet i og effekten av kroppsøving og fysisk aktivitet i skolen.

Les mer: www.nih.no

te raskt framover. Når vi har forsket på en bestemt form for trening og tar det opp, da har bransjen skiftet fokus for lengst. Mye av dette er bare trist! Barn på treningssentre, kjøring til og fra, trening på tredemølle. Hva med å komme seg ut? Det er hverdagsaktiviteten vi må prøve å få opp. Man kan ikke kompensere ti timers stillesitting per dag med en halv time på tredemølle to ganger i uka. Vi må få barna mer naturlig aktive, istedenfor å tre voksenaktiviteter nedover hodet på dem. Det er utrolig trist at ikke idretten klarer å fange opp disse barna, og at skolen og kroppsøvingsfaget ikke klarer å aktivisere flere. Det bør være de som ellers ikke er aktive i idrett som bør prioriteres i gymtimen. De andre kan bruke fritida på å bli enda flinkere i fotball. Hvorfor har vi

ikke kommunale idrettsskoler slik som vi har kulturskoler? Med kompetente idrettsutdannede ansatte?

Budskapet må ut

Kari Bø har i mange år utmerket seg innen formidling av forskning på bekkenbunnslidelser og trening, også på det kommersielle markedet. Det har blitt flere bøker og DVD-er opp gjennom årene, og hyppige medieopptredener. En DVD om generell trening (Gymnastikk i tiden) for kvinner laget på oppdrag fra bladet KK ble Norges mest solgte i sitt slag.

– Formidling er veldig viktig. Det er jo ingen vanlige mennesker som leser BMJ, så forskningen må jo komme ut på en annen måte. Jeg liker absolutt å skrive vitenskapelige artikler, men det er slitsomt og tar lang tid! En DVD produsert i samarbeid med TENA, Core Wellness i Storbritannia, tar derimot en uke med et profesjonelt team i London. Ti mennesker i et team som ordner absolutt alt, og DVDen er ute på markedet i løpet av en måned. For et utålmodig menneske som meg er dette flotte greier!

– *Du lider ikke av skrekk for enkle budskap?*

– Forenkling er selvsagt en utfordring for forskere. Jeg vet jo at rundt 30 prosent av kvinnene ikke vil få noen effekt av spesifikk bekkenbunnstrening, fordi de ikke klarer å gjøre øvelsene. Men det hjelper for ca. 70 prosent. Skulle jeg ha latt være å lage treningsprogrammer for disse kvinnene, fordi jeg ikke har palpert dem? Nei, det blir helt feil. Man må gjøre noen valg – si ting litt bredere og mer overordnet – for å få ut et budskap. Som forsker må du evne og se de store linjene hvis du ønsker å nå fram til et større publikum, understreker Kari Bø. ■ >>>

NÅ ER DEN HER!

Camp Scandinavia sin nye produktkatalog. For mer informasjon, kontakt oss gjerne på 23 23 31 20 eller mail.norway@camp.no

www.camp.no

CAMP
SCANDINAVIA

2014
2014
2014
2014
2014

CAMP
Produktkatalog
2014

Oppsiktsvekkende resultater

En studie publisert i desemberutgaven av *Obstetrics & Gynecology* (2013) så nærmere på effekten av postpartum trening av dyp bekkenbunnsmuskulatur for førstegangs fødende kvinner. Resultatene overrasket mange.

TEKST John Henry Strupstad
js@fysio.no

Gunvor Hilde, Jette Stær-Jensen, Franziska Siafarikas, Marie Ellström Engh og Kari Bø står bak en to-armet assessorblindet randomisert kontrollert studie som omfattet førstegangs fødende kvinner seks uker etter vaginal fødsel. Kvinnene ble stratifisert på grunnlag av mm. Levator ani muskeldefekter, verifisert av transperineal ultralyd, og deretter tilfeldig fordelt til treningsgruppe eller kontrollgruppe.

Veiledet gruppetrening

Alle studiedeltakerne ble lært opp i hvordan de skulle trekke sammen bekkenbunns-muskulaturen. Kontrollgruppen fikk ingen ytterligere trening, mens deltakere i treningsgruppen deltok på en ukentlig veiledet bekkenbunnstreningsklasse, samtidig som de gjorde hjemmeøvelser i 16 uker. Primærutfallet var selvrapportert urininkontinens (UI) analysert ved hjelp av relativ risiko.

Studien inkluderte 175 kvinner, 55 med store mm. Levator ani muskeldefekter og 120 uten denne typen skader. Prevalens av UI før intervensjon var 39,1 prosent i treningsgruppen (n=87) og 50 prosent i kon-

trollgruppen (n=88). Femten kvinner (8,6 prosent) trakk seg fra studien før oppfølging fant sted.

Like resultater

Seks måneder etter fødsel (postintervensjon) rapporterte henholdsvis 34,5 prosent og 38,6 prosent av deltakerne i trenings- og kontrollgruppen om UI. Den relative risikoanalysen ga en ikke-signifikant effektstørrelse på 0,89 (95 % KI 0,60 til 1,32). Resultatene var like for gruppene med og uten mm. Levator ani muskeldefekter, henholdsvis 0,89 (95 % KI 0,51 til 1,56) og 0,90 (95 % KI 0,53 til 1,52).

Usikkerhetsmomenter

Forfatterne konkluderer med at bekkenbunnstrening ikke ser ut til å redusere utbredelsen av UI seks måneder etter vaginal fødsel hos førstegangs fødende kvinner med eller uten store defekter på mm. Levator ani. Disse resultatene må sees i sammenheng med lignende forskning, som viser mer lovende resultater av bekkenbunnstrening. Dette presiserer også forfatterne i ar-

tikkelen. Dataene fra denne publikasjonen stammer fra tidlig postpartum treningsfase. Eventuelle langtidseffekter av treningen er ikke publisert enda.

Individuell veiledning best?

Interessant er også at studien harmonerer med resultater fra andre randomiserte kontrollerte studier på postpartum bekkenbunnstrening som inkluderer kvinner med og uten UI (mixed trials). Denne typen design ser ut til å være mindre suksessfull sammenliknet med studier som sikter direkte på forebygging eller behandling. Forfatterne avslutter med at fremtidig forskning på dette feltet bør rette seg mer spesifikt mot ulike grupper av kvinner, og individuell veiledet trening kan tenkes å fungere bedre enn gruppebasert trening når målgruppen er kvinner med større muskeldefekter, dårlig muskulær funksjon i bekkenbunnsområdet eller utbredt UI. ■

Artikkel:

Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Bø K: *Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence: A randomized controlled trial*. *Obstetrics & Gynecology* (2013). 122 (6): 1231-38.