

Børn i fysioterapi



Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

2 udgivelser årligt.
ISSN 1600-2830

Indlæg til bladet sendes til redaktion@dspf.dk
– pr email og med vedhæftet fil.

Deadline for næste udgivelse er 1. oktober 2026,
bladet udkommer 1. december 2026.

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Redaktion



Kasper Krommes
kasper.krommes@regionh.dk



Louise Wennicke
lwmotorik@gmail.com



Gustav Due Milling
gustav@due-milling.dk



Karoline W. R. Jørgensen
karolinewrj@hotmail.com



Mia Cecilie Pedersen
Mia.Cecilie.Pedersen@rsyd.dk



Indhold

03

Leder

04

Bestyrelsen har ordet

06

Relationel koordinering

08

Er børns udfordringer socialt konstrueret?

11

Kort forskningsnyt

14

Årsmøde i DSFP

16

Vi svigter børnene, når vi glemmer kroppen

18

Frame Running – tre hjul, der forandrer liv

22

Tilpasningshjulet

26

Et ud af fire børn har fodproblemer –
og de bliver flere med alderen

29

Øvelser til ro

32

Referencer

LEDER

Denne udgave handler om at bringe kroppen ind som fælles sprog mellem barn, familie og fagfolk, samt om at skabe sammenhæng i indsatserne. Når vi arbejder med fælles mål, delt viden og respekt på tværs, bliver indsatsen tydeligere for både børn og voksne. Det er essensen af et relationelt koordineret samarbejde.

Vi retter blikket mod det, der virker tæt på hverdagen: Aktiviteter, der beroliger nervesystemet, og enkle rutiner, som børn kan lære og bruge. Ikke kun i terapilokalet, men i skole og i hjemmet. Samtidig må vi støtte forældre og arbejde tidligt og tilgængeligt, når mistrivsel er til stede.

Ved deltagelse kræves justering af rammerne. Små greb i miljø, roller, tid, kommunikation og struktur kan åbne fællesskaberne for flere børn. Det gælder i idræts- og bevægelsesaktiviteter, men også i specialiserede tilbud, hvor målrettet udstyr og tydelig progression gør en forskel. Og så skal vi ikke glemme de grundlæggende byggesten, som at give fødderne den opmærksomhed, de fortjener.

Endeligt peger ny forskning på både nye muligheder og nødvendige nuanceringer. Fra direkte adgang til fysioterapi i akutmodtagelsen, over integreret bevægelse i undervisningen med kognitive gevinster, til varsomhed med tidlig aktivitet efter hjernerystelse. Evidensen skærper vores valg og hjælper os med at prioritere det, der gavner børnene mest.

*Rigtig god læselyst!
Redaktionen*



Bestyrelsen har ordet

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi – børnefysioterapi skal ud til mange børn



Emma Moore
Formand for DSPF

Siden efteråret 2025 har DSPF fortsat vores arbejde med at styrke de faglige miljøer og sikret evidensbaseret fysioterapi for børn. Vi arbejder for, at alle danske børnefysioterapeuter – nye som erfarne får adgang til faglig udvikling af høj kvalitet, og vi er glade for at kunne fortsætte dette vigtige arbejde.

Vi er, i DSPF, optaget af at vores medlemmer arbejder med en bred gruppe af børn og det er vores intention at vi med vores webinarer, temadage, kurser og deling af faglige projekter og tiltag i vores nyhedsbrev, på Facebook og artikler i medlemsbladet afspejler dette.

Siden efteråret 2025 og ind i begyndelsen af 2026 har vi udbudt webinar omkring Dysfunktionel vejrtrækning, webinar om Barnets Lov i samarbejde med Danske Fysioterapeuter samt webinar om tågang. Tak til alle oplægsholdere.

Der har generelt været en stor interesse fra vores medlemmer og webinarer er bestemt et formidlingsformat vi vil fortsætte med.

I januar 2026 afholdt DSPF, i samarbejde med EFS Børn og Unge, en fælles temadag, hvor emnet var børn og skærm, og hvordan brug af skærm kan påvirke børn neurofysiologisk – det var en spændende tværfaglig temadag hvor oplægsholder og læge Imran Rashid gjorde os endnu mere bevidste om, at børneergo- og fysioterapeuter har en vigtig stemme ind i børns sundhed og trivsel – og vi skal forholde os til børns brug af skærm. Vi håber på et fortsat samarbejde med EFS Børn og Unge i fremtiden omkring andre tværfaglige arrangementer.

I skrivende stund ser vi frem til vores kommende årsmøde og Generalforsamling – vi glæder os til nogle spændende faglige oplæg arrangeret af vores subspecialer og vi glæder os meget til at møde jer medlemmer. Vi ser også frem at afholde vores kommende kurser i resten 2026: 'Børn med usikker motorik og/eller atypisk motorisk adfærd', Movement ABC-3 samt kurset 'Når de mindste udfordrer – klinisk blik, test og intervention i børnefysioterapien'. Vi glæder os til at se mange af jer medlemmer og vil også sende en stor tak til vores dygtige og fagligt dedikerede undervisere. Vi er løbende i gang med at udvikle på vores kurser og arbejder på en spændende opbygning af kurser målrettet vores medlemmer.

Vi håber, at vores medlemmer med vores faglige tiltag kan se, at vi i DSPF er meget optaget af **at børnefysioterapi skal ud til mange børn**, herunder børn med motoriske udfordringer – små som store børn, børn med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, børn i mistrivsel. Vi børnefysioterapeuter arbejder med at fremme børns sundhed og trivsel, og i dette arbejde er vores kerneopgave det **kropslige perspektiv**.

Det kropslige perspektiv til børn i mistrivsel

Gennem længere tid har vi i DSPF været optaget af den fysioterapeutiske indsats til børn i psykisk mistrivsel, og i samarbejde med Danske Fysioterapeuter, Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed og børnefysio-

rapeut Line Linde Nørgaard rejste vi et debatoplæg om emnet. Debatoplægget udkom i Avisen Danmark i januar 2026 og vores håb er, at fysioterapi skal være en vigtig del i forebyggelsen og i behandlingen – herunder lettilgængeligt behandlingstilbud i kommunerne til børn i psykisk mistrivsel. Fysioterapeuters kropslige tilgang og viden om betydningen af fysisk aktivitet set ift. mental sundhed skal inddrages i den tværfaglige indsats overfor børnene. DSPF arbejder videre på, at vores håb bliver indfriet landet over og vi indgår i forsat samarbejde med bl.a. Danske Fysioterapeuter.

Danske Fysioterapeuter og de faglige selskaber

De faglige selskaber har nu alle indgået samarbejdsaftale med Danske Fysioterapeuter. Samarbejdsaftalen løber for 1 år og skal derefter evalueres. I DSPF har vi indgået aftale med Danske Fysioterapeuter, hvor vi gerne vil fortsætte med et gensidigt samarbejde og samtidigt være et selvstændigt selskab med eget CVR nr og en tydelig faglig autonomi. På Generalforsamlingen vil vores samarbejdsaftale med Danske Fysioterapeuter blive præsenteret og man er som medlem altid velkommen til at kontakte DSPF for spørgsmål til samarbejdet med Danske Fysioterapeuter.

Holdningspapir

I januar 2026 udkom vi med et holdningspapir ang. fysioterapeutisk behandling til småbørn ift. vores manuelle tilgang. Holdningspapiret er tilgængeligt på vores hjemmeside og vi opfordrer alle børnefysioterapeuter, som arbejder med småbørn til at læse og forholde sig til indholdet i vores holdningspapir. En stor tak skal lyde til fysioterapeuterne Nanna Johansen og Charlotte Korshøj som i samarbejde med Emma Kristine Moore, formand i DSPF har udarbejdet holdningspapiret.

Bladet 'Børn i Fysioterapi'

I sidder nu med bladet 'Børn i Fysioterapi' forårsudgaven 2026 og det er vi i DSPF rigtig stolte og glade over fortsat er muligt. Bladet er gået fra at have et fast tema til nu at indeholde et mere bredt indhold, og vi håber på denne måde netop at nå bredere ud til vores medlemmer og på denne måde netop afdække, hvor bred en målgruppe børnefysioterapeuter arbejder med.

Der skal lyde en stor tak til Louise Wenniche som træder ud af redaktionen efter forårsbladet – Louise har ydet en stor og engageret indsats i DSPF, som vi sætter stor pris på.

Skulle man som børnefysioterapeut arbejde med et projekt eller have lyst til at dele andre faglige aspekter indenfor pædiatrisk fysioterapi i bladet, skal man endelig tage fat i vores redaktion eller formand Emma Kristine Moore (dspformand@fysio.dk). Vi vil fortsat sætte stor pris på jeres arbejde og faglige viden i vores medlemsblad.

Årskonference 2026

I skrivende stund glæder vi os til Årskonference 2026 som igen i år uden tvivl vil indeholde et fagligt spændende emne. Vi kan endnu ikke løfte sløret for emnet – men så snart dagen er faldet på plads, vil I som medlemmer blive informeret. Vi glæder os til at møde jer til en fagligt berigende dag i børnefysioterapiens tegn.

Vi håber, at I fortsat mærker vores dedikation, som vi lægger i arbejdet for den faglige udvikling af pædiatrisk fysioterapi. I er altid velkomne til at rette henvendelse til os hvis I har noget på jeres faglige hjerte, som I vil dele med os eller søge sparring omkring.

Vi glæder os til at mødes med jer til årsmøde, kurser, temadage og til vores Generalforsamling i marts 2026 i Odense.

På bestyrelsens vegne

Emma Kristine Moore, Formand, DSPF

Ku' du have lyst til en ny kasket?

Kunne en kasket med påskriften 'redaktionsmedlem' give dig lyst til at afprøve nye sider af dit fysioterapeutiske arbejdsfelt? – med mulighed for at skrive det på dit CV og have indflydelse på medlemsbladets videre udvikling?

Så har vi ledige pladser i redaktion for 'Børn i fysioterapi'. Redaktionsarbejdet er baseret på dynamisk, tillidsfuldt og ligeværdigt samarbejde med en god struktur. Vi mødes primært online 1-2 gange hvert halve år. Derudover har vi samarbejde via mail og vores bestyrelsesportal.

Hvis du føler dig fristet af denne mulighed, så kontakt redaktionen på DSPF@fysio.dk snarest.



Relationel koordinering

Et underudnyttet, men centralt begreb i pædiatrisk fysioterapi



Torben Voigt
Fysioterapeut
Specialcenter Sigrid Undset
Tovo@kalundborg.dk

Indledning

Pædiatrisk fysioterapi udfolder sig ofte i komplekse forløb, hvor barnet, familien og en række fagprofessionelle og systemer er gensidigt afhængige af hinanden. Børn med cerebral parese (CP) er et tydeligt eksempel på en målgruppe, hvor kvaliteten af den tværfaglige koordinering har afgørende betydning for både barnets udviklingsmuligheder og familiens trivsel.

Trods et udtalt fokus på tværfagligt samarbejde i sundhedsvesenet oplever mange familier fortsat fragmenterede forløb, uklare ansvarsfordelinger og manglende sammenhæng mellem indsatser. Her tilbyder begrebet relationel koordinering en veldokumenteret, men fortsat relativt lidt anvendt, ramme for at forstå og udvikle samarbejde i praksis.

Denne artikel redegør for relationel koordinering som teori og praksis, belyser begrebets udbredelse i sundhedsfagene, diskuterer fordele ved anvendelse i pædiatrisk fysioterapi og præsenterer konkrete bud på både implementering og lokal refleksion i klinisk praksis. Artiklen bygger blandt andet på et kvalitativt bachelorprojekt om forældres oplevelser af relationel koordinering i det tværfaglige samarbejde omkring børn med cerebral parese (1).

Hvad er relationel koordinering?

Relationel koordinering er udviklet af organisationsforskeren Jody Hoffer Gittel og beskriver, hvordan effektiv koordinering i komplekse arbejdsprocesser afhænger af kvaliteten af relationer og kommunikation mellem de involverede aktører (2).

Teorien identificerer syv gensidigt forbundne dimensioner, opdelt i to hovedkategorier:

Relationelle dimensioner

1. Fælles mål
2. Delt viden
3. Gensidig respekt

Kommunikative dimensioner

4. Hyppig kommunikation
5. Rettidig kommunikation
6. Nøjagtig kommunikation
7. Problemløsende kommunikation

Ifølge teorien opstår høj kvalitet i samarbejdet, når relationer og kommunikation understøtter hinanden. Relationel koordinering er særligt relevant i kontekster med høj grad af gensidig afhængighed, uforudsigelighed og behov for løbende tilpasning – karakteristika, som i høj grad kendetegner pædiatrisk fysioterapi og familiecentrerede indsatser.

Relationel koordinering i sundhedsfagene – udbredelse og blinde vinkler

International forskning dokumenterer en klar sammenhæng mellem høj relationel koordinering og forbedret kvalitet, effektivitet og arbejdsmiljø i sundhedssektoren (3). Studier peger blandt andet på færre fejl, bedre patientforløb og øget medarbejertilfredshed.

I en dansk sundhedsfaglig kontekst anvendes begrebet imidlertid sjældent eksplicit. I stedet arbejdes der med beslægtede begreber som *tværfagligt samarbejde*, *koordinerede forløb* og *familiecentreret praksis*. Selvom disse tilgange rummer centrale elementer af relationel koordinering, mangler der ofte et fælles sprog for de relationelle og kommunikative mekanismer, der får samarbejdet til at fungere i praksis.

Det kvalitative bachelorprojekt viser, at forældre oplever den relationelle koordinering som stærkest i samarbejdet med de fagprofessionelle, der har løbende og tæt kontakt med barnet – f.eks. fysioterapeuter og ergoterapeuter (1). Omvendt beskrives samarbejdet med systemrepræsentanter som kommuner ofte som præget af manglende tillid, lange svartider og uklare mål, hvilket svækker koordineringen.

Fordele ved relationel koordinering i pædiatrisk fysioterapi

Anvendelse af relationel koordinering i pædiatrisk fysioterapi rummer flere væsentlige fordele:

Øget kvalitet og sammenhæng

Når fagprofessionelle arbejder ud fra fælles mål og delt viden, reduceres risikoen for modstridende indsatser og usammenhængende forløb.



Styrket samarbejde med familien

Relationel koordinering understøtter en ligeværdig inddragelse af forældre som aktive samarbejdspartnere med central viden om barnets hverdag og behov.

Reduceret belastning for forældre

Når koordineringen fungerer, mindskes behovet for, at forældre selv agerer tovholdere i komplekse forløb – en opgave, som ellers kan være stærkt belastende.

Bedre arbejdsmiljø

Klarhed om roller, respekt for faglighed og problemløsende kommunikation reducerer konflikter og moralsk stress blandt fagprofessionelle.

Implementering af relationel koordinering i praksis

Implementering af relationel koordinering kræver mere end nye procedurer. Det forudsætter en bevidst indsats på flere niveauer:

Ledelsesmæssig forankring

Ledelsen spiller en central rolle i at tydeliggøre fælles mål, skabe rum for tværfaglig dialog og legitimere relationelt arbejde som en kerneopgave.

Strukturel understøttelse

Der skal være klare rammer for samarbejde, herunder tydelige koordinatorroller, meningsfulde mødefora og systemer, der understøtter videndeling frem for fragmentering.

Kompetenceudvikling

Relationel koordinering bør integreres i både grunduddannelse og efteruddannelse af fysioterapeuter, herunder træning i kommunikation, samarbejde og konfliktforståelse.

Hvordan kan man selv undersøge relationel koordinering i egen organisation?

Relationel koordinering kan med fordel anvendes som et refleksionsredskab i hverdagen – uden at gøre det til et større projekt. Følgende tre perspektiver kan danne ramme for fælles drøftelser i fx teammøder eller supervision:

Ledelse

- Er der tydelige fælles mål for barnets forløb?
- Efterspørger ledelsen tværfaglig problemløsning?
- Går ledelsen foran i måden, der kommunikeres på?

Struktur

- Findes der faste fora for tværfaglig dialog?
- Er roller og ansvar tydelige i komplekse forløb?
- Understøtter systemer og arbejds gange videndeling?

Kultur

- Er det legitimt at stille spørgsmål og bede om hjælp?
- Tales der problemløsende om udfordringer?
- Opleves der gensidig respekt på tværs af faggrupper?

Selvom der findes validerede spørgeskemaer til måling af relationel koordinering, viser praksiserfaring, at refleksion og fælles sprog ofte er et stærkt første skridt.

Afslutning

Relationel koordinering tilbyder et solidt teoretisk og praksisnært grundlag for at styrke tværfagligt samarbejde i pædiatrisk fysioterapi. Erfaringer fra både forskning og klinisk praksis peger på, at når relationelle og kommunikative dimensioner prioriteres, skabes mere sammenhængende forløb til gavn for både børn, familier og fagprofessionelle.

Skal pædiatrisk fysioterapi lykkes med reelt familiecentrerede og koordinerede indsatser, bør relationel koordinering ses som en central faglig kompetence – ikke som et organisatorisk tillæg.

En komplet litteraturliste findes på side 32.

Om forfatteren

Torben Voigt er autoriseret fysioterapeut og arbejder med pædiatrisk fysioterapi på Sigrid Undset Skolen i Kalundborg Kommune hvor der i et tæt samarbejde med det pædagogiske personale, er fokus på børnenes læringsrum i et bio-psykosocialt perspektiv. Torben har en særlig interesse for tværfagligt samarbejde, familiecentrerede forløb og samspelet mellem relationer, kommunikation og kvalitet i sundhedsfaglig praksis.

Ud over sin fysioterapeutiske baggrund har Torben en mangeårig erfaring med ledelse, HR og organisationsudvikling i både offentlige og private organisationer samt videregående uddannelser inden for organisationspsykologi, gruppeanalyse, konfliktmægling og strategisk forretningsforståelse.

Artiklen bygger på Torbens bachelorprojekt om forældres oplevelser af relationel koordinering i det tværfaglige samarbejde omkring børn med cerebral parese og er skrevet med ambitionen om at bidrage til praksisnær refleksion og faglig dialog i pædiatrisk fysioterapi.

Er børns udfordringer socialt konstrueret?

Sammenhængen mellem forældres trivsel/mistrivsel og børns trivsel/mistrivsel – og hvordan man kan skabe ro i nervesystemet



Trine Muckert
Fysioterapeut, Projektleder og social mentor
Skive Kommune
trine.muckert@gmail.com

Forældre spiller en afgørende rolle for børns grundlæggende udvikling, opvækst og trivsel. Når forældre er påvirket af udfordringer som fx psykisk sygdom, misbrug eller vold, er der stor risiko for, at barnet fra forældrenes side oplever manglende overskud eller uforståelige eller uforudsigelige reaktioner. (VIVE, Rayce, & Kessing, 2023).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der hvert år 82.000 0-18-årige, der er pårørende til en forælder med en alvorlig sygdom som fx en psykisk sygdom og 43.000, der har en forælder, der er i behandling i psykiatrien (Patienter, 2016).

Det lille barn har ikke evnen til at regulere deres følelser fuldt ud og lærer det ved at spejle sig i forældrenes reaktioner og emotionelle tilstand, ansigtsudtryk og kropssprog. Derfor kan forældres stressede nervesystem smitte til deres børn, hvilket kan føre til følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer hos barnet. Et roligt forældre-nervesystem er afgørende, da det hjælper barnet med at regulere sine egne følelser, forbedre fokus og koncentration, og udvikle en følelse af tryghed og balance. Omvendt kan forældrenes stress, pga. et nervesystem i ubalance, føre til uro, angst, påvirke barnets følelse af tryghed, forvirre dets sansbearbejdning og medføre overstimulation hos barnet (Børns Vilkår – Store følelser hos det lille barn – sådan håndterer du det, u.d.). (Rådgivning, u.d.)

Stress kan føre til en øget produktion af stresshormoner i barnets krop, hvilket kan påvirke søvn, læring og relationer. Stress er kroppens og hjernens måde at fortælle, at der er noget galt, og også børn kan opleve at mærke stress. Stress kan smitte fra forældre til børn, men som forælder kan man også hjælpe med at sænke sit barns stressniveau (Dressler,

u.d.). Børn med stress er desværre udbredt bl.a. pga. stigende akademisk, socialt og hjemligt pres. 12 pr. 1000 børn i alderen 0-17 år har stress eller belastningsreaktioner (Psykiatridfonden, u.d.). Typiske tegn på stress og mistrivsel hos børn er ifølge Børns Vilkår:

- Tristhed, irritation og vrede.
- Klager over ondt i hovedet eller maven.
- Trækker sig fra kontakt og samvær eller har mange konflikter med andre børn.
- Kan ikke finde ro eller tryghed hos voksne.
- Problemer med at spise eller sove.
- Virker urolig/rastløst eller passivt og energiforladt (Børns vilkår – tegn på psykisk mistrivsel hos børn og gode råd til forældre, u.d.).

Ifølge Pernille Thomsen (2022) bør 75 % af indsatsen ved et barn i mistrivsel fokusere på forældrene og deres nervesystem, da forældres eget pressede system afspejler sig hos barnet og sætter amygdala i alarmberedskab (Thomsen, 2022). Allerede som børn lærer vi gennem vores spejlneuroner bl.a. at aflæse andres humør og lærer at fungere i sociale sammenhænge. Empati, mentalisering og tilknytning kan kobles til velfungerende spejlneuroner, og fx området for glæde i insula i hjernen lyser op, når vi ser andre, der er glade, hvilket får os selv til at føle os glade. Insula aktiveres, når man fornemmer en anden persons tilstand og samtidig lægger mærke til sin egen. Derfor er det nærliggende at antage, at en stor del af de små spejle i hjernen er koblet til insula. I insula bliver det vi ser, hører, mærker, tænker, smager osv. koblet med de erindringer, vi har fra tidligere (Thomsen, 2022). Hjernen fungerer som en avanceret 'forudsigelses-

maskine', der aktivt forudser, hvad der skal ske, i stedet for blot passivt at reagere på sanseindtryk. Ved at bruge tidligere erfaringer skaber hjernen en intern model af verden for at forudsige fremtiden, hvilket minimerer overraskelser og sparer energi. Denne funktion kan være nyttig i de fleste situationer, men det kan også føre til fejlfortolkninger hos barnet, men også hos både den voksne i form af forældrene men også i form af personale/omsorgspersoner, hvilket bør være et opmærksomhedspunkt i arbejdet med børn, unge og voksne/familier.

En del børn oplever, at de får ondt i maven i skolen, hvis der gives en kollektiv skideballe, selv om de inderst inde godt ved, at det ikke er dem, den er rettet imod. Det samme gælder, hvis der er uro i hjemmet med forældre, der skændes, larmer, stresser, skælder ud eller er tavse. Forældrenes humør og tempo samt deres verbale og nonverbale sprog bliver spejlet i barnets spejlneuroner, og selv om forældrene siger 'at det ikke har noget med dig at gøre, at det ikke er din skyld', så kan barnet gennem spejlneuronerne få følelsen af, at det får skældud, har gjort noget forkert eller bliver ekskluderet. Forældres arousal og trivsel har derfor påvirkning på barnet, hvorfor dette er vigtigt at være opmærksom på, når vi arbejder med børn, voksne og familier med et overbelastet nervesystem. Vi skal som fagpersoner kigge på, hvilken påvirkning det har på børn, når forældre er presset og hvilke instanser, der kan aflaste. Vi kommer ofte til at se på barnet som problemet, og barnet, der skal behandles i stedet for at kigge på hele familien. Vi bør kigge på børns reaktioner som symptomer og se på de erfaringer det enkelte barn får ift. de mennesker, det knytter sig til. Børns symptomer kan nemlig være tegn på stressorer, der belaster dem i hverdagen. Generelt er det vigtigt, at man arbejder med en helhedsorienteret tilgang, hvilket er en tilgang, der anvendes både på voksen- og børneungeområdet. Vi har et ansvar for at skabe et sikkert rum, hvor vi hører, lytter til og validerer de følelser, der er hos forældre og børn – alle ord skal tages for pålydende.

Fra 'iboende' til 'responderende' – et skifte i forståelsen af børns adfærd

I arbejdet med børn er det vigtigt, at vi bevæger os væk fra en forståelse af adfærd som *iboende* – altså som noget, der bor i barnet og er uforanderligt – og i stedet se adfærd som *responderende* på de omgivelser, som barnet befinder sig i. Når vi tolker adfærd som *iboende*, risikerer vi at overse de kontekster og relationer, der påvirker barnet, og dermed også de muligheder, vi har for at støtte barnet anderledes.

Børns adfærd – fx tilbagetrækning, uro eller aggressivitet – kan ofte være udtryk for sikkerhedsadfærd: strategier barnet bruger for at beskytte sig selv i en situation, der opleves som utryk eller overvældende. Det er ikke tegn på 'dårlig opførsel', men på et nervesystem i alarmberedskab.

Som fagpersoner og forældre har vi mulighed for at påvirke barnets omgivelser og relationer, så barnet i højere grad kan føle sig trygt og reguleret. Det kræver, at vi ser bag adfærden og spørger: *Hvad forsøger barnet at fortælle os? Hvad responderer barnet på?*

I nedenstående case beskrives, hvordan familiebehandler og social mentor arbejder helhedsorienteret i forsøget på at støtte op omkring hele familien. Fokus er på, at vi skal turde at samarbejde på tværs, samt hvordan vi får samarbejdet

Case

Mor er tilknyttet social mentor pga. kontakt med psykiatrien grundet personlighedsforstyrrelser, angst, PTSD, ADHD og alkoholproblematik. Hun har været tørlagt i mange år, men har tendens til at falde i, når tingene derhjemme bliver for uoverskuelige.

Hun har et stort støttebehov og har brug for, at tiltag og samtaler er meget konkrete. Hun har desuden svært ved at huske og glemmer derfor en del aftaler til stor frustration for hende selv og fagpersonale.

Familiebehandler er primært tilknyttet de to børn på hhv. 8 og 10 år. Sønnen har symptomer på angst i form af ondt i maven og skolevægning. Datteren er overvægtig og har angst. Hun har på det seneste også haft udfordringer med at komme i skole.

I starten har både social mentor og familiebehandler haft fokus på hhv. mor og børnene, men vi fik ret hurtigt fokus på, at tingene samt mor og børnenes situation hang sammen og påvirker hinanden. Derfor besluttede vi os for at samarbejde om familien og dermed arbejde helhedsorienteret med fokus på den bio-psyko-sociale tilgang.

De vigtigste observationer, vi som fagpersonale har gjort os, er, at begge børn reagerer på mors trivsel og alkoholproblem. De vil helst ikke lade mor være alene, da de er bekymrede og får symptomer som ondt i maven. På den anden side bliver mor bekymret over børnenes symptomer og skolefravær, hvilket forværrer hendes psykiske symptomer og i perioder fører til selvmedicinering i form af alkohol. Fra skolens side er der gentagne underretninger, hvilket ikke hjælper mor, men derimod stresser hende. Derfor er det essentielt, at vi som fagpersonale samarbejder omkring familien i stedet, for at målrette hver vores indsats mod mor/forældre og børn. Vi skal være opmærksom på, at mor og børns nervesystem og trivsel påvirker hinanden. Derfor har vi ved nævnte familie indkaldt til netværksmøder for at styrke samarbejdet omkring familien.

Hos både mor og børn er der arbejdet med fokus på at få reduceret negative tanker vha. metakognitiv terapi samt få ro på nervesystemet. Der har desuden været fokus på at få struktur i hverdagen, da det giver en ro og forudsigelighed og skaber et stabilt og balanceret nervesystem ved at aktivere det parasympatiske system (hvile-og-fordøj-systemet) og berolige det sympatiske system (stress-system), hvilket reducerer stresshormoner og forbedrer følelsesmæssig regulering, fokus og søvn.

Sammen med mor og børnene er der arbejdet med og sat fokus på samregulering gennem nærvær (se hvordan i afsnittet 'Hvordan kan man så arbejde på at skabe ro i nervesystemet – sammen med barnet?').

op at køre omkring det at være en familie præget af dys-funktionalitet. Der sættes endvidere fokus på 'den responderende adfærd', som er vigtigt, at vi som fagpersonale er opmærksom på. Vi skal forsøge at fjerne prædikatet fra barnet og for så vidt også forældrene og kigge på, om der er noget i baglandet og konteksten, der gør det svært for dem at være i.

Hvordan kan man så arbejde på at skabe ro i nervesystemet – sammen med barnet?

Samregulering gennem nærvær

Som beskrevet tidligere, kan børn lære at regulere deres følelser gennem de voksne, som de knytter sig an til. Når du selv er rolig, hjælper du dit barn med at finde ro. Du kan f.eks. anvende:

- Spejling: Vis at du forstår barnets følelser – 'Jeg kan se, du er ked af det. Jeg er her.'
- Fysisk kontakt: Kram, holde i hånd, eller sidde tæt kan berolige nervesystemet.
- Øjenkontakt og blid stemme: Kig kærligt på barnet og tal roligt.

Skab små ritualer

Ritualer giver forudsigelighed og tryghed, hvilket kan være med til at skabe øget ro i nervesystemet – både hos forældre og børn. Det kan f.eks. være:

- En fast godnat-rutine med f.eks. læsning, sang og kram.
- Morgenritualer med rolig start og fælles fokus.

Rolig vejrtrækning

Fælles åndedrætsøvelser med fokus på rolig vejrtrækning aktiverer det parasympatiske nervesystem (det der skaber ro). Du kan f.eks. lave følgende aktiviteter med barnet:

- 'Duft blomsten'-øvelse
- 'Puste lysene ud'-øvelse
- Puste sæbebobler
- Puste fjer

Natur og bevægelse

At være i naturen og bevæge sig sammen kan skabe ro og forbindelse. Sammen med barnet kan du f.eks.:

- Gå en tur og tal om det I ser, duft til blomsterne, mærk bladene og lyt til naturens lyde – f.eks. fuglene, vandet og vinden.
- Lav rolige bevægelser sammen. Sammen med barnet kan du f.eks.: lave yoga for børn
- Strækøvelser
- Massage – evt. med små historier 'bage pizza på ryggen'.

Rytme og musik

Rytme kan regulere nervesystemet. Sammen med barnet kan du f.eks.:

- synge sammen
- lave rytmer med klap eller trommer
- lytte til beroligende musik sammen

Lær barnet om følelser og kroppen

Når børn forstår deres følelser og kropslige reaktioner, bliver de bedre til at regulere sig selv. Du kan sammen med dit barn:

- Bruge bøger om følelser.
- Tale om hvordan kroppen føles, når man er glad, vred, bange osv.

En komplet litteraturliste findes på side 32.

Afgangsprojekter fra videreuddannelser – del din viden med andre

Har du videreuddannet dig ved at tage en kandidat- eller mastergrad, en diplomuddannelse, eller måske en ph.d., og har du skrevet speciale indenfor børneområdet, opfordres du meget til at formidle din viden til andre fysioterapeuter, der arbejder med børn.

Det kan du gøre ved at lægge dit projekt på www.boernefysioterapi.dk. Kontakt hertil webredaktør Marianne Schack, dspf@fysio.dk

Eller du kan overveje at formidle dine resultater gennem en artikel i Børn i fysioterapi. Kontakt redaktøren eller en fra redaktionen. Redaktionen tilbyder tæt sparring ifm. artikelskrivning.

På Danske Fysioterapeuters hjemmeside lægges nu udelukkende kandidatopgaver, samt PH.d.-projekter.



Direct-Access Physiotherapy to Improve Access to Quality Care for Children and Adolescents Presenting to the Pediatric Emergency Department With Musculoskeletal Problems: The PEDPT-MSK Pilot Randomized Control Trial

Objective This pilot study aimed to evaluate the feasibility of conducting a randomized controlled trial (RCT) comparing direct-access physiotherapy for children and adolescents presenting to the pediatric emergency department (ED) with low acuity musculoskeletal complaints, to current usual care provided by a physician alone.

Design Pragmatic parallel 2-arm, single-blinded, single site, feasibility pilot RCT. Methods: Sixty-six patients (aged 6-17 years) were randomized into 2 intervention groups: (1) pediatric physiotherapy group (PT) (experimental), an interprofessional model including direct access to a pediatric physiotherapist immediately after triage for assessment and recommendation/intervention + ED physician con-

firmation of diagnosis and plan; or (2) usual care control group (UC), receiving usual care directly from the ED physician alone. Feasibility outcomes included eligibility, consent, retention, and follow-up completion rates. Clinical outcomes, including pain interference with function, satisfaction and health service use, were evaluated at baseline, post-ED visit, and follow-up visits at 1 and 4 weeks post-intervention.

Results Recruitment was completed within 2 months, with 53% of eligible patients enrolled. Retention to the end of study was 92% for randomized children, and similar between groups. The compliance to data collection for each clinical outcome measures ranged from 92% to 98% 4 weeks post-ED visit, and avail-

ability of administrative and clinical information from the child's medical record was achieved 100% of the time.

Conclusions The pilot RCT demonstrated feasibility in terms of recruitment, retention, and compliance to trial procedures. A larger, fully powered trial is proposed to determine the efficacy of the intervention.

Pierre Langevin, Laurie Hayes Plotnick, Melissa Turner, Debbie Friedman, Raman Agnihotram, Ilana Greenstone, Luc J Hébert, Christine Beau-lieu, Daniel Brody, Lina Osseiran, Marion Verboom Hahn, Eva Sutura, Isabelle Gagnon *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2025;55(6):1-11 <https://doi.org/10.2519/jospt.2025.13321>

Effects of Physically Active Lessons and Active Breaks on Cognitive Performance and Health Indicators in Elementary School Children: A Cluster Randomized Trial

Background This cluster-randomized trial examined the effects of active breaks (AB) and physically active lessons (PAL) on cognitive function and health indicators in elementary school children.

Methods Six schools were randomly assigned to three groups: AB group (n = 61), PAL group (n = 77), and a control group (CTL, n = 46). First-year elementary school students participated (6.9 ± 0.6 years; 52.7% girls), and the interventions lasted eight weeks. Cognitive function was measured via reaction time and correct responses on computerized tests (Go/NoGo, DigitSpan, Mental Rotation, Visual Search, and Cueing Posner). Secondary outcomes included physical activity, quality of life, daytime sleepiness, and school percep-

Results Significant group-by-time interactions were found in four tests: Go/NoGo (reaction time: p = 0.045), DigitSpan (correct responses: p = 0.020), Mental Rotation (reaction time: p

= 0.049), and Cueing Posner (reaction time: p = 0.017). Only the PAL group presented a reduction in reaction time in inhibitory control (Go/NoGo) (change from baseline [Δ] = -106.4 ms; p < 0.001; d = 0.50), with a greater reduction than the AB group (difference-in-differences [DiD] = -107.3 ms; p = 0.019; d = 0.47). Short-term memory (Digit Span) improved only in the PAL group (Δ = + 0.6; p < 0.001; d = 0.44), with larger gains than the CTL group (DiD = + 0.7; p = 0.024; d = 0.54) and AB group (DiD = + 0.7; p = 0.010; d = 0.49). Spatial reasoning (Mental Rotation) improved in both the PAL (Δ = -1967.5 ms; p < 0.001; d = 0.72) and AB groups (Δ = -1477.8 ms; p < 0.001; d = 0.54), but only the PAL group showed a greater change than the CTL group (DiD = -1394.0 ms; p = 0.012; d = 0.54). Spatial orientation (Posner Cueing) improved in all groups (PAL group: Δ = -386.6 ms; p < 0.001; d = 0.68; CTL group: Δ = -183.8 ms; p = 0.024; d = 0.29; AB group: Δ = -158.4 ms;

p = 0.007; d = 0.36), with the PAL group presenting greater reductions than the CTL (DiD = -202.8 ms; p = 0.045; d = 0.33) and AB groups (DiD = -228.2 ms; p = 0.007; d = 0.45).

Conclusions: Physically active lessons enhanced various cognitive functions, while active breaks, although less impactful, also represent a beneficial strategy.

Trial registration Brazilian Clinical Trials Registry (REBEC trial: RBR-10zxwdrh, retrospectively registered on 2025-01-09, <https://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-10zxwdrh>).

João Carlos N Melo, Julian Tejada, Ellen Caroline M Silva, José Ywagne, David N Oliveira, Larissa Gandarela, Danilo R Silva *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2025;22(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12966-025-01789-6>

Intervention Effect of a Single Exercise Session on Executive Function in Children and Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Three-Level Meta-Analysis

Objective This study aimed to systematically evaluate the effects of a single exercise session on executive function in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) using a three-level meta-analysis approach.

Methods Relevant studies were retrieved from six databases including CNKI (China National Knowledge Infrastructure), Wanfang, PubMed, Web of Science, Embase, and the Cochrane Library with the searches conducted up to 6 March 2025. This study employed the Cochrane Risk of Bias 2.0 (RoB 2.0) tool to assess the risk of bias and utilized GRADEpro to eval-

uate the evidence quality. The metafor package in R 4.3.0 was utilized for an effect size synthesis, heterogeneity testing, an influence analysis, and a publication bias assessment.

Results A total of 12 studies were included. Low-quality evidence suggests that a single exercise session can improve executive function in children and adolescents with ADHD ($g = 0.17$, 95% CI [0.05, 0.29], $P = 0.007$). Exercise type, duration, intensity, age, control group conditions, and study design were not considered moderating factors (all $P > 0.05$). No publication bias was detected ($P > 0.05$).

Conclusions A single exercise session may serve as a feasible and accessible intervention to support executive function in children and adolescents with ADHD. These findings offer preliminary support for incorporating physical activity into nonpharmacological treatment strategies. However, given the currently limited evidence quality, further high-quality, large-scale randomized controlled trials are necessary to confirm these effects and inform clinical practice.

Lei Zhao, Hansheng Lu, Qihui Yang, Dongwei Zhang. *BMC Pediatrics*, 2025;25(1):519. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05846-8>

Impact of Early Activity and Behavioral Management on Acute Concussion Recovery: A Randomized Controlled Trial

Objective To determine the efficacy of early physical activity and behavioral management for acute concussion in pediatric patients.

Study design A multicenter, prospective, 2×2 factorial randomized controlled trial was conducted among patients aged 11-24 years who presented within 72 hours of injury. Participants were randomized into 4 groups based on early physical activity (or usual care [UC]) and behavioral management (or none). The early activity (EA) group was encouraged to meet step targets despite symptoms. The primary outcomes were postconcussion symptom severity and quality of life at 14 days postenrollment.

Results A total of 239 participants were randomized, and 210 completed all study procedures. The EA group demonstrated higher daily step counts compared with the UC group. However, no significant differences were observed in postconcussion symptom severity or quality of life at 14 days between groups. The EA group experienced higher daily postconcussion symptom severity during the first 7 days and took longer to recover compared with the UC group. Behavioral management showed no effect on outcomes.

Conclusions Early prescribed physical activity and behavioral management did not improve postconcussion outcomes in the first 2 weeks

following injury. Early prescribed activity despite symptoms was associated with delayed symptom resolution.

Trial registration

ClinicalTrials.gov NCT03869970.

Danny George Thomas, Holly Erpenbach, Clair N Smith, Robert W Hickey, Dana Waltzman, Juliette Haarbauer-Krupa, Lindsay D Nelson, Charity G Patterson, Michael McCrea, Michael W Collins, Anthony P Kontos. *Journal of Pediatrics*, 2025;283:114596. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2025.114596>

Comparison of the Aquatic Therapy Protocols on Gait of Children With Cerebral Palsy: A Randomized Controlled Trial

Objective To analyze and compare the effects of 2 aquatic exercise protocols on the gait of children with cerebral palsy (CP), aged 6 to 8 years.

Methods A randomized, controlled, and blind clinical trial, carried out with 16 children with CP classified to Gross Motor Function Classification System (GMFCS) II and III bilateral spastic, divided into a group of aquatic balance exercises group (BG) and a group of aquatic trunk exercises group (TG). The following assessments were completed before and after

the intervention: 6-Minute Walk Test (6MWT), Trunk Control Measurement Scale, Pediatric Balance Scale, Timed Up and Go, Dynamic Gait Index, and Child Health Questionnaire-Parent form 50.

Results BG was superior to TG in 6MWT after the intervention. Improvement was observed in most outcomes in both groups.

Conclusions The protocols demonstrated positive effects on the outcomes analyzed, and BG performed better in the distance covered in 6MWT.

Caio Roberto Aparecido de Paschoal Castro, Laís Cardoso de Oliveira, Alessandra Mitie Kakihata, Jose Luis Rodrigues Barbosa, Rafael Santos Ferreira da Silva, Márjory Harumi Nishida, Marina Araujo Pereira, Douglas Martins Braga. *Pediatric Physical Therapy*, 2025;37(4):475-484. <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000001220>

Immediate Physical Therapy Is Beneficial for Adolescent Athletes With Active Lumbar Spondylolysis: A Multicentre Randomised Trial

Objectives To compare the effects of initiating physical therapy (PT) immediately versus resting before starting PT on pain and dysfunction over 12 months in adolescent athletes (10-19 years) with active lumbar spondylolysis.

Methods This prospective multicentre trial randomised participants to immediate PT or rest before PT. The immediate PT group began PT within 7 days and progressed based on pain and function. The rest before PT group started PT once symptoms resolved and progressed based on time. The primary outcome was pain and disability (Micheli Functional Scale) between groups over time, measured at baseline, 1 (primary end point), 3 and 12 months. Time to return to sport and the recurrence rate of low back pain (LBP) were

also assessed. Outcomes were analysed using an intention-to-treat approach.

Results Sixty-four participants (median age 14.2 years; 40% female) were randomised to immediate PT (n=30) and rest before PT (n=34). At 1 month, the immediate PT group showed significant improvements in pain and disability (mean difference on Micheli Functional Scale of 21.3, 95% CI 28.7 to 13.9; $p<0.001$). They also returned to sport 38 days sooner ($p<0.001$), with fewer recurrences of LBP over 12 months (3% vs 29%; $p=0.01$). There were no adverse events.

Conclusions Clinicians may consider prescribing PT immediately after diagnosing active lumbar spondylolysis instead of rest. Immedi-

ate PT showed greater initial improvements in pain and dysfunction, a quicker return to sport and a lower recurrence of LBP compared with rest before PT among adolescent athletes with spondylolysis.

Trial registration number
NCT05505981

Mitchell Selhorst, Emily Sweeney, Lisa C Martin, Jingzhen Yang, Jason Benedict, Madison Brna, Anastasia N Fischer
British Journal of Sports Medicine, 2026;60(2):125-132.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2025-110606>

Predictors of Length of Physical Therapy Care for Infants With Congenital Torticollis

Purpose This study explored whether the type of torticollis, amount of tummy time or container time, participant age at examination, and Alberta Infant Motor Scales score influence the length of physical therapy care for infants with torticollis.

Methods Data for 149 participants were extracted from medical records for infants with torticollis who received care between November 2018 and November 2021.

Results Statistically significant correlations were found between length of care (LOC) and torticollis type, age at examination, active range of motion rotation deficit, and passive range of motion rotation deficit. A multiple regression model predicted LOC from age at examination in days, as well as passive and active rotation deficits.

Conclusions Higher passive and active rotation deficits lead to longer LOC. However,

longer lengths of care were associated with younger ages at examination, different from earlier studies.

Heather R Aker, Samuel R Pierce, Elizabeth S Moore, Kathy Martin
Pediatric Physical Therapy, 2025;37(2):210-216.
<https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000001179>

Scoping Review: Positive and Negative Impacts of Gadget Use on Child Development

The use of gadgets among children and adolescents has grown rapidly along with the advancement of digital technology. Although gadgets provide various conveniences in daily life, their excessive and uncontrolled use can negatively impact children's growth and development. This study aims to examine the positive and negative impacts of gadget use on children's physical and mental health, focusing on various disorders that arise due to unhealthy use of gadgets. This study uses a scoping review method by reviewing relevant literature through systematic searches on

PubMed, Scopus and google scholar databases. Of the total 2,897 articles identified, ten met the inclusion criteria. The results of the analysis show that the use of gadgets can have a positive impact, such as improving cognitive abilities and wider access to education, but also causing various physical and mental health disorders, such as headaches, vision impairments, obesity, stress, anxiety, insomnia, as well as problems with concentration and emotions. The lack of parental supervision, low digital literacy, and unfettered access to digital content exacerbate these negative im-

pacts. This study suggests the need for more active parental supervision, education on the healthy use of gadgets, and time management to minimize negative impacts on children's growth and development.

Elisabet Indania, Agung Anggara Lukmenda, Annisa Pirlaily Pazriani, Suriadi Jais
Asian Journal of Engineering, Social and Health, 2026;5(1).
<https://doi.org/10.46799/ajesh.v5i1.734>

ÅRSMØDE I DSFP

– Får vi alle med? Børnefysioterapeutens rolle

Faglig fordybelse og tværfaglige perspektiver: DSPF samlede landet til en inspirerende temadag

DSPF samlede igen i år børnefysioterapeuter fra hele landet til en dag fyldt med ny viden, praksisnære perspektiver og faglig dialog. Dagen bød på oplæg fra både forskningsverdenen og praksisfeltet, og deltagerne fik mulighed for at dykke ned i nogle af de mest aktuelle temaer indenfor pædiatrisk fysioterapi.

Naturens potentiale i specialpædagogiske indsatser

Dagen blev åbnet af DSPF, hvorefter Michelle Stahlhut, PhD og specialist i pædiatrisk fysioterapi, tog deltagerne med ud i naturens rum – i overført betydning. Hun præsenterede forskning og erfaringer, der viser, hvordan naturen kan fungere som et udviklingsfremmende miljø for børn med specialpædagogiske behov. Oplægget satte fokus på både motoriske, sociale og sansemæssige gevinster og gav konkrete eksempler på, hvordan naturbaserede aktiviteter kan integreres i fysioterapeutisk praksis.

DCD, komorbiditet og tværfaglighed

Efter en kort pause fulgte et oplæg om DCD ved Anne Duerlund og Inge Tornbjerg, fysioterapeuter og VISO-specialister ved IKH. De gav et nuanceret indblik i kompleksiteten omkring børn med DCD, hvor komorbiditet ofte spiller en væsentlig rolle. Oplægget understregede betydningen af tværfagligt samarbejde og fælles faglige retningslinjer, når børn i risikogrupper skal udredes og støttes.

Generalforsamling med blik mod fremtiden

Efter frokost samledes deltagerne til DSPF's generalforsamling.

Bestyrelsen fremlagde årsberetning, samt regnskab. Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi (DSPF) takker for det flotte fremmøde til årets generalforsamling og for den store opbakning til selskabets arbejde. En særlig tak rettes til Louise Wennicke for hendes indsats i bestyrelsen.

Tillykke med genvalget til Emma Kristine Moore og Mette Sørensen og byder samtidig velkommen til Maja Lykke Dokkedal som nyt bestyrelsesmedlem. Derudover ønsker vi tillykke til Anne Marie Wøldike, der er genvalgt som suppleant, og til Louise Andersen som ny suppleant.

Bestyrelsen ser frem til konstitueringen og til det fortsatte arbejde med at styrke og udvikle det pædiatriske fysioterapifelt.

Subspecialerne i fokus: CP-tidlig opsporing og sportsskader

Eftermiddagens første faglige blok blev leveret af DSPF's subspecialer. Fra det neurologiske subspecialer delte fysioterapeut Karina Wätjen og fysioterapeut Birgit Kock, erfaringer fra arbejdet med tidlig opsporing af børn i høj risiko for CP, herunder brugen af GMA, HINE og erfaringer fra CP-edit. Oplægget gav deltagerne et indblik i, hvordan systematisk tidlig indsats kan gøre en markant forskel for barnets udviklingsmuligheder.

Det muskuloskeletale subspecialer tog herefter ordet med et oplæg om den mentale pris ved sportsskader hos børn og unge. Fysioterapeut Tanja Skarum satte fokus på, hvordan skader ikke kun påvirker kroppen, men også barnets identitet, motivation og mentale trivsel – et perspektiv, der ofte overses i den kliniske hverdag.

Arbejde med børn med autisme – praksisnære greb og refleksioner

Dagen blev rundet af med et oplæg om fysioterapeutisk arbejde med børn med autisme af Ulla Juncher Andersen og Nanna Bak Johansen fra Børneterapien i Aarhus Kommune. Med afsæt i konkrete cases, refleksioner og erfaringer gav de et levende billede af, hvordan fysioterapeuter kan skabe struktur, tryghed og udviklingsmuligheder i hverdagen for denne målgruppe. Oplægget blev taget imod med stor interesse og gav deltagerne brugbare idéer til egen praksis.

En dag med faglig tyngde og fælles retning

DSPF afsluttede dagen efter et program, der både havde bredde og dybde. Deltagerne gik derfra med ny viden, inspiration og styrket fagligt fællesskab – og med en tydelig oplevelse af, at pædiatrisk fysioterapi fortsat udvikler sig i spændingsfeltet mellem forskning, praksis og tværfagligt samarbejde.

En stor tak til alle deltagere, tak for jeres store engagement og de mange anerkendelser vi modtog i løbet af dagen.

Mette Sørensen og Maria Stampe Krøngaard-Mikkelsen, bestyrelsesmedlemmer, DSPF



Vi svigter børnene, når vi glemmer kroppen

Debatoplæg bragt i
Avisen Danmark 9.februar 2026



Emma Moore
Formand for DSPF

Mistrivsel blandt børn starter ofte langt tidligere, end vi vil erkende – allerede under graviditeten og igennem de første leveår kan de begyndende symptomer manifestere sig. Alligevel er det først, når diagnosen er stillet og problemerne har sat sig i krop og psyke, at systemet reagerer. Det er både uetisk og uøkonomisk. Hvis vi vil børnene det bedste, skal vi ind med en sammenhængende, kropsligt forankret indsats tidligt – på tværs af sundhed, skole og sociale indsatser.

Som fysioterapeuter ved vi, at kroppen er et sprog. Børn, der mistrives, taler gennem uro, spændinger, undvigelse, manglende kropslig tillid og svækket sansemotorik. Når vi møder dem med ro, relation og doseret, individuelt tilpasset træning – ikke kun boldspil og løb – kan vi skabe adgang dér, hvor ord ikke rækker. Den kropslige tilgang åbner et vindue til nervesystemet og giver barnet mulighed for at regulere følelser, mærke sig selv og genfinde handlekraft. Det er ikke et 'nice to have'; det er afgørende for både læring, socialt samspil og mental trivsel.

Men i kommunerne fylder fysioterapeuterne for lidt i de samlede indsatser. Det skyldes ikke mangel på behov – men fragmenteret lovgivning, ujævn praksis og begrænset viden

om, hvad målrettet motorisk og sanseintegrerende træning faktisk kan. Fysisk aktivitet, hvor fokus er på at regulere nervesystemet er ikke det samme som en idrætstime. For et barn i mistrivsel kan holdsport være overvældende, mens relationel, tryk og gradueret fysisk aktivitet kan være nøglen. Den forskel må kommunerne tage alvorligt, hvis skolefraværets spiral skal brydes og børns mentale sundhed øges.

Lovkompleksiteten spænder ben: Sundhedsloven, Serviceloven og Folkeskoleloven griber ind i samme virkelighed, men uden at hænge sammen. Det gør det svært at trække data, skabe klarhed og bygge helhedsorienterede forløb. Vi har brug for fælles målepunkter for mistrivsel og funktion – og for at kunne følge børnene på tværs af systemer, så den rette støtte gives dér, hvor den virker: tidligt, tæt på hverdagen og med kroppen som indgang.

Økonomi er ikke et argument for status quo. Ja, individuel, forebyggende behandling kan være dyrere i det korte løb. Men relationel, målrettet fysioterapi, integreret i daginstitutioner og skole, reducerer senere indgribende indsatser, specialforløb og langvarigt fravær. Vi ønsker at børnefysioterapi skal være en del af det faste lettere tilgængelige behandlingstilbud i kommunerne. Og det skal vi investere i – tilbud,

der favner både det kropslige og det psykosociale – og som er tilgængelige, før barnet 'falder ud' af fællesskabet.

Vi har tre konkrete forslag:

1. **Tidlig, sammenhængende indsats:** Etabler kommunale 'krop & trivsel'-spor, hvor fysioterapeuter, pædagoger, sundhedsplejersker og psykologer arbejder tæt sammen omkring børn i mistrivsel. Med særligt fokus på sansemotorik, kropslig tryghed og emotionel regulering – i relation, ikke i silo.
2. **Faste protokoller på skolerne:** Indfør screenings- og støttepakker for børn med begyndende fravær og uro – med adgang til doseret, individuelt tilpasset træning og klassebaserede indsatser, der styrker dynamikker og kropslig ro.
3. **Data på tværs af lovgivning:** Skab en national ramme for registrering og evaluering af forebyggende, kropslige indsatser på tværs af Sundhedsloven, Serviceloven og Folkeskoleloven. Det vil give beslutningstagere reel viden om, hvad der virker – og hvor tidlige indsatser betaler sig.

Sammenhængen mellem krop og psyke skal være en politisk prioritet. Børn i mistrivsel har ikke tid til vores systemers langsomhed. Vi ved, hvad der virker: relation, tryghed og kropsligt forankret træning – tæt på barnets hverdag. Nu skal vi også gøre det.

Udarbejdet af Ruben Fjord Bredholt, formand ved Dansk Selskab for Fysioterapi i Psykiatri og Mental Sundhed, Børnfysioterapeut Line Linde Nørgaard og Emma Kristine Moore, formand ved Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi i et samarbejde med Danske Fysioterapeuter.

Efterskrift: DSPF indgår i et fortsat samarbejde med Danske Fysioterapeuter ift. at gøre offentligheden opmærksom på børnefysioterapeutisk indsats overfor børn i psykisk mistrivsel og skabe en politisk opmærksomhed på, at vi kan gøre en vigtig forskel for børnene i det tværfaglige samarbejde – både ift. forebyggelse og ift. behandling.



FRAME RUNNING

tre hjul, der forandrer liv



Tina Udemark Pasgaard
Fysioterapeut, Ph.d studerende
Klinisk Institut, SDU
pasgaard@health.sdu.dk



Helle Mätzke Rasmussen
Fysioterapeut, Ph.d.
Tværsektorielt Forskningscenter
Region Syddanmark og
Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU.
helle.matzke.rasmussen@rsyd.dk

Forestil dig et barn, der længes efter at få pulsen op og opleve bevægelse – som når de økologiske køer bliver lukket på græs om foråret. Et barn, der gerne vil være med dér, hvor bevægelse er muligt, men samtidigt har svært ved at løbe eller bevæge sig uden støtte. Mange idrætsaktiviteter kræver løb, hop, hurtige retnings-skift eller selvstændig gangfunktion, hvilket gør dem utilgængelige for børn med betydelige motoriske begrænsninger.

For mange børn med funktionsnedsættelser er fysisk aktivitet derfor forbundet med betydelige barrierer: specialudstyr, hjælp til transport og symptomer som smerte og udtrætning. Når mulighederne for bevægelse er få, bliver det sjældent

til aktiviteter, der både kan få hjertet til at slå hurtigere og samtidig føles sjove og meningsfulde.

Frame Running kan ændre denne fortælling. Her får børn og unge en reel mulighed for, med støtte og stabilitet fra en trehjulet løberamme, at deltage i fysisk træning, hvor både høj intensitet og deltagelse er realistisk og gennemførlig i praksis. Selv for børn der ellers oplever begrænsninger i deres muligheder for at komme omkring selvstændigt.

Et dansk udviklings- og forskningsprojekt er netop i gang med at afdække, hvordan Frame Running i foreningsregi styrker fysisk funktion, trivsel og livskvalitet og hvordan det bidrager til øget aktivitet i hverdagslivet hos børn og unge med funktionsnedsættelser. Desuden vil projektet afdække hvordan samarbejde mellem kommuner, klubber, skoler og familier kan fremme børn og unges deltagelse i bevægelsesfællesskaber med fokus på Frame Running. I denne artikel kan du læse mere om Frame Running, projektet og ikke mindst, hvordan du kan bruge Frame Running i din fysioterapeutiske praksis.

Hvad er Frame Running?

Frame Running er en disciplin inden for para-atletik, hvor udøveren anvender en trehjulet løberamme med sadde og kropsstøtte. Fremdriften skabes primært ved aktivt benarbejde, mens rammen bidrager med kropsstøtte, stabilitet og retningskontrol. Aktiviteten kan tilpasses individuelt gennem justering af ramme, støttepunkter og træningsindhold. Træningen kan foregå på atletikbane, asfalt eller jævnt under-



lag og kan bestå af korte intervaller, længere ture, leg/baner, tekniske øvelser og små konkurrencer. Det er ofte netop kombinationen af fart, frihed og struktur, der gør aktiviteten attraktiv.

Frame Running-aktiviteter dækker over tilpassede idræts- og bevægelsesaktiviteter, som tager afsæt i deltagernes individuelle forudsætninger og den lokale kontekst. Aktiviteterne har til formål at stimulere både fysisk, psykisk og social udvikling. De spænder fra teknisk og konkurrencepræget træning til legende, kreative og fællesskabsorienterede øvelser.

Aktiviteten kan tilpasses meget bredt og giver plads til forskellige styrker og måder at deltage på. Nogle børn kan udnytte deres funktion i underekstremiteterne til at komme op i høj hastighed, mens andre profiterer af den ekstra støtte og de naturlige pauser, der kan bygges ind i træningen. For nogle ligger glæden i den fysiske træning og følelsen af mestring, mens andre motiveres af sportens energi, konkurrencens spænding og det fællesskab, der opstår, når man er en del af et hold.

Frame Running giver børn med motoriske funktionsnedsættelser mulighed for at deltage i træning med en intensitet, der er tilstrækkelig til at udfordre det kardiorespiratoriske system, og dermed forbedre deres fysiske kapacitet [1]. Dette har potentiale til at forbedre deres aktivitetsudførelse og deltagelse i hverdagen, herunder leg, skoleaktiviteter og fritidsliv. Forskning har vist, at lav fysisk kapacitet kan bidrage til øget udtrætning, begrænset tolerance for fysisk belastning og mindre deltagelse i sociale og fysiske fællesskaber [2, 3, 4].

Frame Running kombinerer flere vigtige ting:

- **Høj puls og konditionstræning** i en aktivitet, som mange børn og unge oplever som legende og meningsfuld.
- **Støtte og stabilitet**, så børn og unge med fysiske funktionsnedsættelser kan bevæge sig og have fornemmelsen af at løbe.
- **En sportslig identitet**, hvor barnet/den unge er en atlet på lige fod med andre idrætsudøvere.

Hvad kan det betyde for børn med funktionsnedsættelse?

Potentialet ved Frame Running kan forstås på flere niveauer i et ICF-perspektiv, herunder kropsfunktion, aktivitet og deltagelse.

Kropsfunktion og fysisk kapacitet

Frame Running kan muliggøre træning med moderat til høj intensitet, hvilket er relevant for udvikling af aerob kapacitet og muskulær udholdenhed. Nogle oplever også, at det bliver lettere at klare hverdagsaktiviteter som skolegang og fritid uden at blive lige så hurtigt udtrættet [1].

Aktivitet og deltagelse

En central styrke ved Frame Running er, at aktiviteten i høj grad kan forankres i foreningsregi og dermed fungere som fritidsaktivitet frem for udelukkende som terapeutisk træning [5]. Det kan understøtte deltagelse gennem regelmæs-



sighed, socialt fællesskab og et tydeligt sportsformat, som for flere børn, og særligt unge, opleves mere meningsfuldt end traditionel fysioterapeutisk træning.

Psykosociale faktorer

Muligheden for hurtig og selvstændig fremadrettet bevægelse kan være forbundet med mestring og øget self-efficacy. For nogle børn kan det understøtte motivation og en sportslig identitet, hvilket potentielt kan have betydning for vedvarende deltagelse og fysisk aktivitetsniveau over tid. Nogle forældre beskriver desuden, at barnet får mere energi og glæde, mens andre beskriver effekten som en ny form for frihed og selvstændighed [5, 6].

FRAME-EX

FRAME-EX er et forskningsprojekt, der undersøger effekten af systematisk Frame Running-træning hos børn og unge mellem 8 og 18 år med fysiske funktionsnedsættelser. Projektets overordnede formål er at generere viden om, hvorvidt og hvordan Frame Running kan bidrage til ændringer i fysisk kapacitet og funktion samt livskvalitet og deltagelse i hverdagen.

FRAME-EX projektet består af flere delelementer – aktuelt gennemføres et forskningsprojekt, der undersøger effekterne af 12 ugers træning sammenlignet med en 12 ugers kontrol periode.

Deltagelse i forskningsprojektet omfatter et forløb, der tilstræber både høj gennemførlighed i en travl hverdag og en træningsmængde, der er tilstrækkelig til at kunne påvirke relevante effektmål. Som deltager i projektet træner man derfor med i en Frame Running forening på lige fod med andre atleter under ledelse af erfarne Frame Running trænere.



Projektet er således tilrettelagt med:

1. en kontrolperiode, hvor deltageren introduceres til Frame Running i foreningsregi og træner med lav intensitet én gang ugentligt.
2. en interventionsperiode, hvor deltageren gennemfører en systematisk og mere intensiv træning minimum to gange ugentligt.

Denne opbygning muliggør sammenligning af ændringer over tid under forskellige træningsbetingelser og kan dermed bidrage til at afklare, i hvilket omfang observerede ændringer kan knyttes til den øgede træningsmængde og -intensitet.

Projektet anvender en række forskellige metoder til at dokumentere funktionsevne før under og efter træningsperioderne. Disse kan ses i tabellen på næste side.

I FRAME-EX projektet tilbydes Frame Running træning i fire atletikforeninger i Danmark; Kolding, Randers, Odense og Frederiksberg. Læs mere på www.frame-ex.dk.



FAQ – Frame Running og FRAME-EX

Kan et barn være med, selvom barnet bruger kørestol?

Ja, absolut. Mange børn, der bruger kørestol, får stor glæde af Frame Running. Det vigtigste er, at barnet kan sidde stabilt i rammen og bruge benene til at skabe fremdrift – og rammen kan tilpasses individuelt, så barnet får de bedste forudsætninger for at komme i gang.

Hvad hvis barnet hurtigt bliver træt?

Træningen kan tilpasses, så barnet får gode oplevelser med bevægelse. Pauser, korte intervaller og gradvis opbygning af intensitet gør det muligt at deltage på egne præmisser – og dagsformen kan altid indgå som en naturlig del af planlægningen.

Hvad indebærer deltagelse i projektet?

Deltagerne får mulighed for et struktureret og målrettet træningsforløb med Frame Running over 24 uger: først en kontrolperiode og derefter en interventionsperiode med 1-2 ugentlige træninger. Undervejs indgår fysiske tests, spørgeskemaer og en periode med aktivitetsmåler, som tilsammen giver et nuanceret billede af barnets udvikling og deltagelse.

Skal man selv have en Frame Runner?

Det er en mulighed at bruge sin egen Frame Runner, hvis man har en. Men det er ikke en forudsætning – alle FRAME-EX foreninger stiller Frame Runnere til rådighed, så alle børn kan deltage på lige vilkår.

Fysioterapeutisk praksis

Frame Running kan være en oplagt træningsmulighed for børn, hvor det ellers kan være udfordrende at finde en aktivitet, der både er tilgængelig, motiverende og giver mulighed for at arbejde med tilstrækkelig intensitet. Det gælder særligt børn, der:

- gerne vil være fysisk aktive, men som har behov for støtte til stabilitet og fremadrettet bevægelse
- har svært ved at få pulsen højt nok op gennem andre aktiviteter
- motiveres af sport, fællesskab, konkurrence og tydelig progression
- profiterer af et træningsformat, der kan indgå som en genkendelig del af deres ugentlige struktur

Som fagperson kan du bidrage ved at identificere børn, hvor Frame Running kan skabe nye muligheder, støtte familien i kontakten til lokale tilbud og indtænke aktiviteten som en del af barnets samlede aktivitetsprofil og deltagelsesmål. FRAME-EX forskningsprojektet bidrager samtidig med ny viden om effekten af Frame Running samt indblik i de rammer, der fremmer implementering og fastholdelse i praksis.

Inspiration til træningsaktiviteter

FRAME-EX har udviklet et træningskoncept og en manual målrettet børn og unge med funktionsnedsættelser. Materialet viser, hvordan Frame Running kan tilpasses individuelt, og hvordan man skaber trygge og motiverende rammer omkring træningen. Manualen giver konkrete redskaber til, hvordan trænere og fagpersoner kan arbejde systematisk med progression, deltagelse og bevægelsesglæde i praksis.

Manualen er udviklet af *trænere til trænere* og giver et solidt afsæt for både nye og erfarne aktører, uanset om Frame Running bruges i skolen, i foreningslivet eller som led i re-habilitering. Den indeholder en praktisk introduktion til udstyret – herunder sikkerhed, indstilling og tilpasning af løberammen – og en overskuelig guide til træningsplanlægning. Øvelserne er organiseret i faser og nøgleelementer, der understøtter arbejdet med kropskontrol, styrke og power, udholdenhed, kondition, reaktionsevne samt hastigheds- og kognitive funktioner.

De tværfaglige og tværsektorielle samarbejder, som FRAME-EX bygger på, giver børnefysioterapeuter et stærkt udgangspunkt for at skabe sammenhængende forløb omkring barnet i tæt dialog med klubber, skoler, kommuner og familier. Samtidig indeholder tilgangen strukturer for testning, progression og systematisk opfølgning – redskaber, der styrker både dokumentation og målrettet evaluering i den kliniske praksis.

LINK til træningsmanual: FRAME – EX

En komplet litteraturliste findes på side 32.

Test	ICF	Referencer
6 minutes Frame Running Test En udholdenhedstest, hvor barnet kører så langt som muligt på en Frame Runner i seks minutter, og som giver et mål for aerob kapacitet og funktionel udholdenhed under Frame Running.	Aktivitet & Deltagelse (d450 gå, d455 bevæge sig omkring), Kroppens funktioner (b455 udholdenhed).	7, 8
1 minute walk test En kort udholdenhedstest, der måler, hvor langt barnet kan gå på ét minut, og giver et hurtigt indblik i funktionel kapacitet og tempo i gangfunktion.	Aktivitet (d450 gang), Kroppens funktioner (b455 udholdenhed).	9, 10
1 minute sit-to-stand test En styrke- og udholdenhedstest, hvor barnet rejser og sætter sig så mange gange som muligt på ét minut; anvendes til at vurdere kraftudvikling i underekstremiteter og funktionel styrke.	Aktivitet (d410 skift af kropstilling), Kroppens funktioner (b730 muskelstyrke).	11
30-meter Frame Running sprint En kortdistancetest, hvor barnet kører 30 meter så hurtigt som muligt på Frame Runner, hvilket giver et mål for hastighed, acceleration og eksplosiv funktion under rammede løbebevægelser.	Aktivitet (d455 bevægelse, hastighed), Kroppens funktioner (b770 gang- og løbefunktioner).	
Aktivitetsmål Objektiv måling af barnets aktivitetsniveau i hverdagen via sensorbaseret data som intensitet, varighed og bevægelsesmønstre; giver et billede af fysisk aktivitet udenfor træningssituationer.	Aktivitet & Deltagelse generelt (d4 mobilitet, d9 livsområder).	12, 13
PEDI-CAT <i>(Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Computer Adaptive Test)</i> Et digitalt vurderingsredskab, der måler funktionelle færdigheder, daglige aktiviteter, mobilitet og social/kognitiv deltagelse hos børn; anvendes til at beskrive funktion, udvikling og behov for støtte.	Aktivitet & Deltagelse (d1 læring, d4 mobilitet, d5 egenomsorg, d7 interpersonel interaktion).	14
CAPE <i>(Children's Assessment of Participation and Enjoyment)</i> Et spørgeskema, hvor barnet og familien beskriver deltagelse i fritidsaktiviteter, både hvad barnet gør, og hvordan barnet oplever deltagelsen; belyser aktivitetsmønstre, motivation og deltagelsesniveau.	Deltagelse (d9 livsområder; fritid, fællesskaber).	15
PedSQL <i>(Pediatric Quality of Life Inventory)</i> Et spørgeskema, der måler sundhedsrelateret livskvalitet hos børn inden for fysisk, emotionel, social og skolemæssig funktion; giver et helhedsorienteret perspektiv på trivsel og funktion.	Helbredstilstand & overordnede livsområder (d8, d9) + tværgående relation til funktion og deltagelse.	16
PIADS <i>(Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale)</i> – selvrapporteret spørgeskema der måler den <i>psykosociale effekt</i> af et hjælpemiddel/rehabiliteringsteknologi på brugerens hverdag og trivsel.	Aktivitet & Deltagelse (d2 Opgaver og krav, d9 livsområder) + Mentale funktioner (b1)	17, 18

Tilpasningshjulet

Et redskab til at sikre, at alle børn kan være med



Karla Borup
Konsulent, cand.scient. Humanistisk
samfundsvidenskabelig idrætsvidenskab
Videnscenter om handicap
kbj@videnomhandicap.dk



Louise Brøns Spillum
Projektkonsulent, ergoterapeut og pædagog
Videnscenter om handicap
lbs@videnomhandicap.dk

Indledning

Bevægelse har et særligt potentiale både i forhold til børns trivsel samt deres sociale og faglige deltagelse, og er samtidig afgørende for den sansemotoriske udvikling (Pedersen et al., 2016; Sederberg et al., 2017; Madsen et al., 2022). Paradoksalt nok står mange børn med særlige behov uden for skolens bevægelsesfællesskaber, hvilket kan skyldes, at de ikke imødekommes i deres deltagelsesmuligheder (Danske handicaporganisationer, 2023; Bentholm et al., 2025). For at sikre, at alle børn kan deltage, må man styrke det inkluderende mindset og tilpasse bevægelsesaktiviteterne til børnenes forskellige fysiske, kognitive, sociale og sensoriske behov og forudsætninger. Først når bevægelsesaktiviteterne er tilpasset børnenes behov og forudsætninger, kommer potentialerne ved bevægelse til deres ret og understøtter arbejdet med kropslig dannelse, fysiske og kognitive kompetencer samt trivsel og inklusion i fællesskabet.

Artiklens formål er at præsentere redskabet Tilpasningshjulet samt at argumentere for vigtigheden af at tænke i tilpasninger, og hvordan man i mødet med børnene kan øge deltagelsesmulighederne, så flere kan være med. Netop dette har vi i Videnscenter om handicap arbejdet med de seneste seks år i projekt Bevægelse for alle, med fokus på at fremme deltagelse i idræt og bevægelse for børn med særlige behov og handicap især i skolen, men også i andre arenaer, som børnene møder i løbet af deres hverdag. På www.aktiviteterforalle.dk kan du finde Tilpasningshjulet og over 200 aktiviteter med tilpasningsforslag. *Aktiviteter for*

alle henvender sig primært til praktikere i og omkring skolen, men kan også benyttes inden for det børnerapeutiske område, samt i mødet mellem børnerapi og skole, f.eks. når børnerapeuter vejleder og inspirerer de fagprofessionelle i skolen til at øge deltagelse for børn med særlige behov.

Denne artikel kan derfor både give dig inspiration til din egen praksis, men kan også give viden om redskaber og tilpasninger, du kan formidle videre i dit arbejde med børn.

I artiklen vil vi præsentere Tilpasningshjulet, dets seks elementer og hvordan man kan bruge det i praksis. Tilpasningshjulet bliver her præsenteret i relation til målgruppen 'børn med handicap og særlige behov'. Modellen er dog generisk, og kan derfor anvendes til at tilpasse aktiviteter og øge deltagelsesmulighederne for flere målgrupper i en eller flere samfundsarenaer.

Tilpasningshjulet – et konkret redskab

Tilpasningshjulet er et redskab, der skal skabe en bedre forståelse for og et fælles sprog om, hvordan vi kan justere forskellige aktiviteter/opgaver/situationer, så de bliver mere inkluderende, og vi i højere grad kan skabe bedre deltagelsesmuligheder. Det er en videreudvikling af lignende modeller på idrætsområdet (Hovgaard, 2017; Breum, 2019; Madsen et al., 2022), men med Tilpasningshjulet sættes der fokus på, hvordan aktiviteter kan rammesættes i et sprog, som er tilgængeligt og forståeligt for forskellige faggrupper, der ikke nødvendigvis har en idrætsfaglig baggrund.

Derudover bygger redskabet på tankegangen fra Universelt Design, hvor man tænker i at skabe et katalog af fleksible valgmuligheder i aktiviteten fremfor én universel måde at deltage på. Dette er afgørende for at sikre, at børn med handicap og særlige behov inkluderes i de forskellige fællesskaber, de indgår i igennem deres liv, og er en væsentlig udvikling inden for inklusionsforståelsen. Det er et opgør med idéen om, at adfærd er noget, som er iboende i barnet, og barnet skal tilpasse sig de givne normer og rammer. I stedet taler vi om, at rammerne skal tilpasses barnet (Jensen, Molbæk & Tetler, 2016). Dette gælder også i bevægelsesfællesskaber, hvor alle børn bør have mulighed for at deltage på egne præmisser.

Når vi skal tilpasse aktiviteter, er det ikke blot med fokus på børn med fysiske og motoriske udfordringer. Børn med kognitive og sensoriske udfordringer kan også i forskellige situationer og grader have brug for, at aktiviteterne tilpasses (Soulié et al., 2018). Redskabet taler ind i det, vi kalder at styrke det inkluderende mindset. Det vil sige, at det er udviklet med udgangspunkt i en tanke om, at 'hvad der er nødvendigt for nogen, er godt for mange'. Det er et mindset, hvor hvert enkelt barn skal tænkes ind, og hvor fokus ligger på mulighederne for deltagelse frem for begrænsningerne.

For at skabe bedre deltagelsesmuligheder kan tilpasninger være nødvendige. Nedenfor beskrives og eksemplificeres de seks elementer i Tilpasningshjulet, som man med fordel kan justere i og omkring en aktivitet, så den bliver mere inkluderende.

- **Omgivelser og indretning:** Hvilke omgivelser aktiviteten foregår i og med hvilken indretning. Er det f.eks. bedst indendørs eller udendørs? Hvordan kan de fysiske rammer tilpasses f.eks. underlaget, lydniveauet eller antallet af baner?
- **Deltagelsesmåder:** Hvilke deltagelsesmåder der er i aktiviteten. Hvordan indgår og udtrykker børnene sig bedst i aktiviteten? Skal de være sammen to og to, i grupper eller alene? Måske deltagelsesmåderne varierer undervejs, så de passer til forskellige behov. Hvordan tager du mere styring på fællesskabet og sammensætningen af børnene, hvis de er flere? Måske der er nogle forudsætninger eller behov, der skal tages højde for i sammensætningen. Overvej om der er forskellige roller, eller om alle har den samme rolle i aktiviteten.



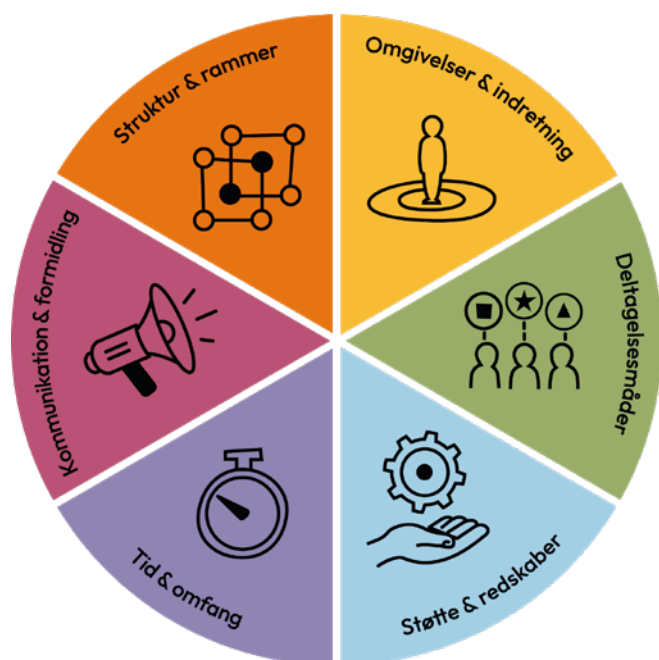
Aktiviteter for alle

På www.aktiviteterforalle.dk, kan du tilgå Videnscenter om handicaps skole og inklusionsrelaterede materialer og redskaber.

Aktiviteter for alle henvender sig primært til praktikere i og omkring skolen, men kan også benyttes indenfor det børneterapeutiske område, samt i mødet mellem børneterapi og skole, fx når børneterapeuter vejleder og inspirerer de fagprofessionelle i skolen, til at øge deltagelse for børn med særlige behov.

I vores *aktivitetsdatabase* finder du mere end 200 bevægelsesaktiviteter samt forslag til hvordan de enkelte aktiviteter kan tilpasses for at sikre, at flere kan være med. Du kan også finde *Det digitale bevægelsesunivers*, der gør det muligt for de fagprofessionelle i skolen at igangsætte og gennemføre inkluderende bevægelsesaktiviteter direkte i undervisningen, og samtidig have hænderne fri til at støtte op om børnenes deltagelse. Eller du kan se og downloade *Dialogkort*, der kan bruges til at fremme inklusionskulturen og nuancere forståelser af styrker, så det bliver tydeligt at alle bidrager til fællesskabet.

- **Støtte og redskaber:** Hvilken støtte og hvilke redskaber er der behov for? Hvordan kan du bruge forskellige udgaver af velkendte redskaber, fx forskellige bolde eller typer bat, eller om der er behov for hjælpemidler eller andre rekvisitter. Indtænk også, om der er behov for støtte fra andre i aktiviteten eller i dele af den.
- **Tid og omfang:** Hvor lang tid aktiviteten tager og omfanget. Overvej aktivitetens længde, og om den skal deles op, eller der skal justeres i længden og måske også mængden. Tænk over antallet af pauser, og hvornår på dagen eller i programmet aktiviteten laves – hvad skal børnene før og efter aktiviteten?
- **Kommunikation og formidling:** Hvordan aktiviteten kommunikeres og formidles. Er det fx med kroppen, verbalt, skriftligt, piktogrammer eller andet. Overvej, hvordan du kan formidle aktiviteten på flere måder. Tænk over kommunikationen både inden, under og efter selve aktiviteten, så du er tydelig, løbende skaber forudsigelighed og dermed tryghed. Hvis nogle børn har særlige forhold, overvej hvordan det præsenteres for dem – tages de til side eller præsenteres mulighederne samlet.
- **Struktur og rammer:** Hvordan strukturen og rammerne etableres. Hvordan sikrer du, at formålet med aktiviteten er tydeligt og realistisk for børnene? Overvej, om der er nogle rammer og regler, der skal tilføjes, justeres eller helt fjernes, for at flere kan deltage. Tænk over, om aktivitetens struktur og organisering er tydelig. Hvordan kan du indtænke faste elementer, rutiner eller gentagelser i aktiviteten, som understøtter den gode struktur?



Didaktikken i Tilpasningshjulet tager udgangspunkt i de 10 H'er – *hvad skal jeg lave, hvordan skal jeg lave det, hvorfor, hvor, hvem hjælper, hvem er jeg sammen med* osv. (Gravesen, 2015). Formålet er at stille hjælpespørgsmål til forberedelse af en aktivitet og dens struktur. Dette er for at understøtte, at der skabes tryghed, forudsigelighed og gennendelighed omkring aktiviteten, da struktur ikke blot er et element for sig selv, men som et gennemgående princip, som kan være afgørende for den positive deltagelsesoplevelse. Tilpasningshjulet er ikke udviklet kun til planlægning, men kan også bruges undervejs i en aktivitet, hvis aktiviteten for eksempel er for svær, tager for lang tid i forhold til gruppens eller barnets energi på dagen eller ikke fungerer som forventet. I det følgende vil du finde et eksempel på, hvordan man kan bruge tilpasningshjulet i praksis.

Tilpasningshjulet i praksis – alternativ rundbold

Nedenfor beskrives et eksempel på en kendt bevægelsesaktivitet der tilpasses ved hjælp af tilpasningshjulet, så flere kan være med. Eksemplet tager udgangspunkt i rundbold. Vi er klar over, at rundbold ikke så ofte praktiseres af børne-fysioterapeuter, men det er et tydeligt eksempel på, hvordan tilpasninger kan gøre en forskel. Samtidig er det et godt eksempel, som man som vejledende børnefysioterapeut kan tage frem, f.eks. i skolen. Rundbold er en bevægelsesaktivitet, som alle kender og holder af, og som ofte leges i skolegården. Samtidig er rundbold i sin rene form en ofte ret ekskluderende bevægelsesaktivitet. Tænk bare på, hvor mange børn der aldrig har ramt den lille tennisbold med det smalle bat. Rundbold er en aktivitet, der tydeligt viser, hvem der har boldøje, hvem der kaster langt og hvem der løber hurtigt, hvilket allerede der kan afskrække mange børn fra at deltage. Disse udfordringer kan vi imødekomme ved f.eks. at justere på forskellige elementer ud fra tilpasningshjulet:

Omgivelser og indretning

- Lav flere forskellige baner.
- Sæt en eller flere ekstra kegler mellem hjørnerne på banen, som kan fungere som pausekegler rundt på banen.
- Overvej, om underlaget er passende for alle børnene.

Deltagelsesmåder

- Lad børnene sende bolden afsted på forskellige måder, f.eks. kaste, skyde, trille.
- Skift måder at bevæge sig på, f.eks. gå baglæns, med lukkede øjne eller kapgang.
- Giv børnene en makker, så de er sammen to og to.
- Overvej, om nogle børn vil have gavn af at have en anderledes og mere observerende rolle til en start, for at blive fortrolige med aktiviteten.

Tid og omfang

- Fjern konkurrenceelementet ved at lave aktiviteten på tid, f.eks. 5 min indespil/udespil.
- Vend tilbage til aktiviteten over tid, f.eks. 20 min hver fredag.

Støtte og redskaber

- Brug en timetimer, så børnene kan følge med i tiden.
- Læg mange forskellige bolde og alternative ting frem, som børnene kan kaste eller sende afsted.

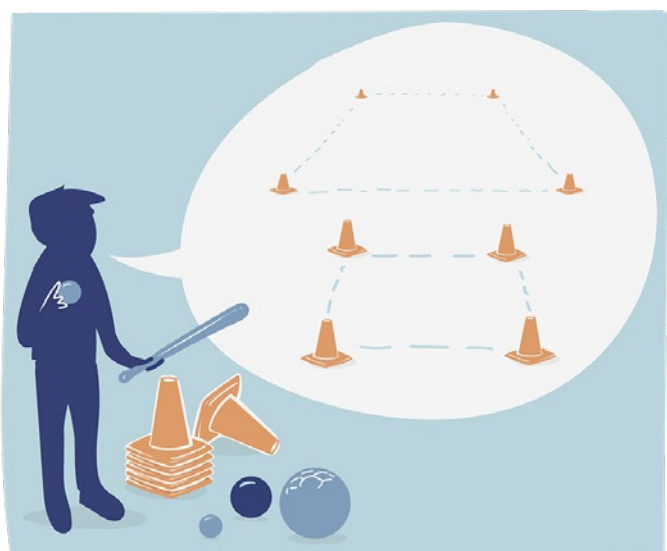
Kommunikation og formidling

- Sørg for du både viser og fortæller, hvor banen er, hvor børnene starter og eventuelle andre regler eller elementer.

Struktur og rammer:

- Gennemgå reglerne grundigt, tegn og skriv dem op på tavlen.
- Overvej, om nogle børn vil have gavn af at se aktiviteten, før de selv deltager.

Når man tilpasser bevægelsesaktiviteter, er det vigtigt ikke at skruer på alle elementer på samme tid. Prøv fx at starte med flere bolde og flere pausestationer, eller se på børne



gruppens forudsætninger og find frem til, hvilke tilpasninger, der vil have den største effekt på netop deres deltagelse i rundbold.

Afrunding

Tilpasningshjulet er ikke en facitliste, men et redskab, der kan bidrage til at få øje på elementer i en aktivitet, som med fordel kan justeres, genovervejes eller styrkes, fx hvis aktiviteten ikke er lykket første gang, eller hvis der er børn der trækker sig fra aktiviteten. Det kræver øvelse at blive fortrolig med Tilpasningshjulet. For nogle kan det være et konkret redskab, man kan tage frem og arbejde ud fra, og for andre vil det være et bidrag til et mindset i inklusion og i at skabe flere deltagelsesmuligheder i aktiviteterne, så flere kan være med.

I Videnscenter for handicap er vores erfaring fra arbejdet med at skabe mere inkluderende aktiviteter og fællesskaber, at tilpasningshjulet bidrager til en anden tankegang, og at det ikke kræver en specialpædagogisk uddannelse at inkludere flere børn i bevægelsesaktiviteter – men det kræver et inkluderende mindset og en bevidsthed om, at alle børn er forskellige.

Med udgangspunkt i Videnscenter om handicaps erfaringer findes nedenfor fire gode råd til arbejdet med at tilpasse aktiviteter:

1. Det er ikke 'farligt' at afvige fra en kendt aktivitet eller velkendt måde at udføre aktiviteterne på. Tilpasninger kan derimod fungere som progression eller bringe nye elementer ind i en aktivitet, så den passer til børnene.



2. Inddrag børnene – de kan sidde med de bedste løsninger til at imødekomme deres behov og ønsker. Måske de selv har en idé til, hvordan de kan deltage på deres måde, hvilket giver de bedste forudsætninger for både dig som faciliterer aktiviteten og for børnene selv.
3. Vær kreativ, fleksibel, åben og nysgerrig. Det er sjældent perfekt første gang, men ved at øve sig i at tilpasse, justere, se målgruppen og spørge sig frem, bliver man klogere undervejs. Til sidst har man en masse erfaringer at trække på i arbejdet med at tilpasse og justere aktiviteter.
4. Husk: Det, der er nødvendigt for nogle, er ofte godt for mange. Alle vil ikke nødvendigvis få en positiv oplevelse hver gang, men det at øge deltagelsesmulighederne og få flere med er også en sejr. Tænk derfor over, at skabe en palet af muligheder fremfor én universel løsning og imødekom derigennem fleres behov.

En komplet litteraturliste findes på side 32.

Videnscenter om handicap

Videnscenter om handicap er en landsdækkende organisation, som arbejder med at skabe deltagelse for alle. Vi samarbejder primært med praktikere og tilbyder sparring, workshops, oplæg mm. Læs mere om Videnscenter om handicap her www.videnomhandicap.dk.

Du kan også tilmelde dig vores nyhedsbrev ved at scanne QR koden.



På skoleområdet har vi gennem de seneste 6 år i projekt *Bevægelse for alle* arbejdet med at øge deltagelsen for børn i skolens bevægelsesfællesskaber. Aktuelt arbejder vi med øget deltagelse i frikvarteret med vores 3-årige projekt *Frikvarter for alle (2025-2028)*, støttet af Norda-fonden. Her er formålet at udvikle aktiviteter og redskaber, der skal gøre frikvarterer og overgange i almenskolen mere inkluderende. Du kan læse mere om projekt *Frikvarter for alle* her www.videnomhandicap.dk/frikvarter-for-alle

Tilpasningshjulet kan downloades **HER** eller ved at scanne QR koden.



Et ud af fire børn har fodproblemer – og de bliver flere med alderen

Et stort forskningsstudie af danske skolebørns fødder viser, at hvert fjerde barn har én eller flere problemstillinger i foden, som ofte kan forebygges. Resultatet peger på, at det er vigtigt at være opmærksom på børns fodsundhed tidligt, da omfanget af problemer stiger med alderen.



Christina Ystrøm Bjerge
Forsknings- og efteruddannelseskonsulent
Danske Fodterapeuter



Kirsten Andersen
Kommunikationskonsulent
Danske Fodterapeuter

Fødderne bærer os gennem livet. Men for mange børn og unge bliver den bæreevne allerede sat under pres i skolealderen. Hvert fjerde skolebarn har fodproblemer – og andelen af problemer øges, jo ældre børnene bliver (1).

Det er resultatet af en tværsnitsundersøgelse, som Danske Fodterapeuter og Rigshospitalet har gennemført i fællesskab. Det nye, danske studie, der er et af de største i verden, der omhandler skolebørns fodsundhed, er publiceret i *Journal of the American Podiatric Medical Association* i februar 2026.

En overraskende virkelighed

I alt deltog 501 skolebørn, fordelt på 1., 5. og 9. klassetrin, i undersøgelsen.

Undersøgelsen giver et vigtigt indblik i danske skolebørns fødder (2). Den viser blandt andet, at 83 procent af de undersøgte børn havde én eller flere fodtilstande – dog uden at det nødvendigvis betyder, at børnene oplever problemer.

Den hyppigste tilstand var metatarsus varus – indadvendt forfod – som forekom hos mere end hvert andet barn (53 %). Heraf havde hvert 3. barn (33 %) en mild metatarsus varus, mens 17 % havde en moderat tilstand. Hos 2,7 % af børnene



for er det vigtigt at udbrede viden om, hvordan man undgår nedgroede negle.'

Skæv vinkel i storetåen vokser

Gennem undersøgelsen blev børnenes vinkel på storetåen også målt for at kortlægge, hvor mange der havde hallux valgus. Gennemsnittet på storetåens vinkel på de forskellige klassetrin, kan ses i målingerne herunder (1):

- **I 1. klasse** var gennemsnittet 3 grader
- **I 5. klasse** var gennemsnittet 6 grader
- **I 9. klasse** var gennemsnittet 8 grader.

Kort sagt: skævheden på storetåen stiger med alderen, og det gælder både hos piger og drenge.

'Den øgede stigning i hallux valgus og callositet, som også blev fundet, kan blandt andet skyldes, at børn ikke er opmærksomme på, om skoen klemmer. I takt med at de bliver ældre og går i mere modepræget fodtøj, er der ikke så stort fokus på fodsundheden. Det kan vi altså se direkte afspejlet i deres fødder,' siger Cille Holse.

Andre internationale studier har dokumenteret en sammenhæng mellem udviklingen af hallux valgus og forkert tilpasset fodtøj hos børn og unge (3). Det understreger vigtigheden af at have fokus på korrekt tilpasset fodtøj og på kriterierne for en optimal pasform i børnesko.

Flere af tilstandene, som blev fundet hos de danske skolebørn, er kendt for at kunne medføre smerter. Det harmonerer godt med, at en anden dansk spørgeskemaundersøgelse med 1.000 børn viser, at hvert andet skolebarn har smerter i underekstremiteterne i gennemsnitligt 8 uger på et skole-

var der tale om en svær grad af indadvendte forfødder (1). Det betyder, at en mild metatarsus varus er en relativt normal tilstand hos børn.

Undersøgelsen viste også, at andelen af skolebørn med problemstillinger i fødderne stiger markant med alderen.

'Vi opdagede undervejs i forskningsprojektet, at overraskende mange skolebørn også går rundt med fodproblemer eller tilstande, der kan risikere at blive til problemer,' fortæller Cille Holse, fodterapeut og formand for Danske Fodterapeuter.

Hun tilføjer: 'Det kan vi ikke være tjent med, da fødderne er centrale for noget så basalt som at kunne gå og holde os aktive som mennesker,' siger Cille Holse.

Nedgroede negle hos mange børn

Studiet viser, at cirka hvert 7. barn har nedgroede tånegle, og at denne andel stiger med alderen. I 9. klasse er andelen af elever, der har nedgroede tånegle, steget til hver 4. elev (1) Det mener Cille Holse, skal tages alvorligt:

'Nedgroede tånegle kan være meget smertefulde og begrænse barnets lyst til at være med til leg og sport. De kan også føre til infektion i tåen, hvilket i nogle tilfælde kræver antibiotikabehandling eller ligefrem negleresektion,' siger hun og tilføjer:

'Det sker oftest på grund af forkert klipning af tånegle eller tryk fra sko, der er for små eller passer dårligt til foden. Der-

Et ud af fire skolebørn har problemer med fødderne

DANSKE FODTERAPEUTER

Brug fodterapeuter til fodproblemer

Hvert andet barn har
smerter i ben eller fødder



Brug fodterapeuter
til fodproblemer

Mere end hver tiende
barn har fodvorter



Brug fodterapeuter
til fodproblemer

år (4). Smerter, der kan afholde børn fra at bevæge sig – netop i den alder, hvor sunde vaner grundlægges.

Tre skridt til at øge fodsundheden

- **Fødderne påvirker kroppen.** Får du et barn i behandling med ondt i kroppen, kan du overveje, om problemet kan stamme fra fødderne.
- **Vær særligt opmærksom i puberteten.** Studiet viser, at forekomsten af fodproblemer stiger markant i de ældre klassetrin.
- **Anbefal en fodterapeut.** Observerer du hallux valgus, meget callositet, fodvorter eller nedgroede negle, så anbefal dem at gå til fodterapeut.

Tværfaglighed virker

Studiet peger på, at der er et potentiale i at fokusere på børns generelle fodsundhed, smerteforekomst og livskvalitet. Det er en opgave, der kalder på tværfagligt samarbejde.

'Tværfaglige indsatser virker. Det ved vi fra erfaringerne med behandling og forebyggelse af diabetiske fodproblemer. De erfaringer peger netop på, at det kan gøre en reel forskel, når flere fagligheder supplerer hinanden. Derfor ser jeg også et stort potentiale i, at vi sammen kan nedbringe andelen af børn, der har ondt i ben og fødder,' siger Cille Holse.

Undersøgelsen har nu kortlagt tilstandene hos skolebørns fødder. Men der mangler stadig viden om, hvornår tilstandene giver symptomer, og hvilke indsatser der er mest effektive. Derfor vil det være relevant med mere forskning på området.

Se hele undersøgelsen her

Larsen CH et al., 'Prevalence of Foot Conditions Among Danish Primary School Students: A Cross-Sectional Study.' *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 2026.
<https://www.mdpi.com/1930-8264/116/1/9>

En komplet litteraturliste findes på side 33.

Blå bog

Cille Holse er uddannet fodterapeut og driver samtidig en klinik for fodterapi i Sorø. Hun har været en del af forskningsprojektet om børnefødder i perioden 2020 til september 2023. Siden oktober 2023 har Cille været formand for Danske Fodterapeuter og er derudover tilknyttet som fodterapeut på bostedet Næsbygaard på Orø. ch@fodterapeut.dk.

Christina Ystrøm Bjerge er uddannet sygeplejerske, cand.san. og er forsknings- og efteruddannelseskonsulent i Danske Fodterapeuter. Christina har været koordinator i forskningsprojektet, hvor hun har haft en central rolle med at få projektet gennemført. cb@fodterapeut.dk

Kirsten Andersen er uddannet cand.comm og har en tillægsuddannelse i journalistik. Hun arbejder som kommunikationskonsulent hos Danske Fodterapeuter, hvor hun producerer indhold til blandt andet altomfoden.dk, corpes.dk og fodterapeut.dk. ka@fodterapeut.dk

ØVELSER TIL RO

Åndedrættet som redskab i fysioterapi til børn og unge



Lotte Paarup
Fysioterapeut og Åndedrætsterapeut
Åndedrættet.nu, Den Intelligente Krop
info@åndedrættet.nu

Her præsenteres en række vejrtrækningsøvelser og tilgange til regulering af nervesystemet, som kan bane vejen for et åndedræt, der understøtter ro og balance frem for overlevelse og alarm.

I næste udgave af *Børn i Fysioterapi* vil der komme en artikel, hvor arbejdet med åndedrættet som redskab til børn foldes yderligere ud.

Åndedrættet dikterer fundamentalt hele døgnet
Åndedrætsfunktionen er en grundlæggende rytme, der foregår hele døgnet uden pauser. Denne rytme påvirker energi-produktion, regulering af nervesystemet, hjernens oplevelse af trykthed eller alarm, søvnkvalitet og en lang række autonome rytmer i kroppens anatomi og fysiologi.

Træne i ro, for at kunne bruge det i uro

En af de vigtigste faktorer for, at en åndedrætsøvelse virker, er, at den udføres og trænes regelmæssigt, så den sidder på ryggraden. Der trænes i ro for at kunne anvende det i uro. Som med al anden læring kræver det træning – ligesom sportsfolk træner deres teknik for at kunne præstere i kamp. Det er ofte her, det mislykkes.

Derudover er det vigtigt at forstå, at dette ikke er en biting, der afprøves, hvis alt andet ikke virker. Det er fundamentet for det øvrige arbejde.

Det er desuden afgørende, at terapeuten kender sit eget åndedræt godt, kender øvelserne og generelt har indsigt i fortællingen og fysiologien bag åndedrættet.

Tilpasning er nøglen til succes

Der præsenteres indledningsvist to konkrete øvelser, som kan anvendes af alle aldre. Men når der arbejdes med børn, skal øvelserne altid tilpasses det enkelte barn. Hvis øvelserne er for krævende, svære eller kognitivt tunge, kan resul-

tatet blive det modsatte af intentionen – eller slet ikke have effekt.

Ved tilpasning skal der tages højde for bl.a. CO₂tolerance, mund- eller næseånding, stress- og trusselsniveau i nervesystemet. Alle øvelser skal justeres til barnets aktuelle åndedrætsfunktion.

Brug næsen

Det mest effektive og powerfulde nuogher-redskab til at skabe ro i nervesystemet, undgå angst, astmaanfaldet og generelt skabe trykthed i hjernen er næseånding.

Et åndedrag gennem munden sender et signal til hjernen om fare, hvilket ufrivilligt øger alarmberedskabet og gør vejrtrækningen mere anstrengt, og alle udfordringer kan accelerere – fysiske såvel som mentale.

Derfor er en grundøvelse at være bevidst om, at lade læberne blidt lukke sammen som var der en lille magnet på læberne. Luften kan herefter flyde gennem næsens to suge-rør. Herved sænkes tempoet i åndedrættet med det samme.

Intro

Lotte Paarup ønsker at tydeliggøre, hvorfor arbejdet med åndedrættet er en relevant del af fysioterapi til børn og unge. Åndedrættet har betydning for nervesystemet, kropslig funktion, regulering, ro og opmærksomhed – og kan dermed også have en betydning for en række problemstillinger hos børn.

Når fysioterapeuter forstår sammenhængen mellem vejrtrækning og hjernens samt kroppens reaktioner og samspil, får vi et stærkt redskab i mødet med børn – særligt dem, der oplever uro, stress eller en overfladisk vejrtrækning.



Åndedrætsblomsten.

Der beholdes lidt mere CO₂ i kroppen, og hjernen får besked om ro.

Der er mange faktorer, der er vigtige ved næsen, og det er vigtigt at vide, at selvom næsen kan føles tæt og tillukket, vil den åbne sig, når den bruges. Hvis den ikke bruges, sker det modsatte.

Åndedrætsblomsten 3-5

Lad barnet guide af Åndedrætsblomsten. Visuelt vokser den sig større på indåndinger og mindre på udåndinger – præcis som bevægelsen indeni og udenpå kroppen, når der foretages et åndedrag.

Det handler grundlæggende om at finde en så langsom rytme som muligt for åndedrættet, meget gerne med en lidt længere udånding. Det kan gøres på et utal af måder.

At nedsætte frekvensen samt forlænge udåndingen dæmper med det samme sympatikus og tillader parasympatikus at tage over – altså giver adgang til ro i krop og hjerne.

Åndedrætsblomsten som animation bruges af hele skoleklasser, hvor animationen let kan vises på fx smartboard. Den kan også ligge på telefonen eller computerskærmen, så den er let at finde frem.

Det anbefales at begynde med en 3-ind / 5ud tælling til de mindste åndere. Det ses ofte, at de mindste er udfordrede af de gængse åndedrætsøvelser på grund af deres mindre og endnu ikke fuldt udviklede kroppe.

Tilpasning kan ske ved at inddrage kroppen, papir og pen samt bevægelse, så længe fokus holdes på, at det er åndedrættet og ikke underholdningen, der er det essentielle.

Sådan gøres det

1. Der åndes ind med et bevidst, roligt åndedrag, mens blomsten vokser sig større...
2. Der åndes roligt ud, mens blomsten bliver mindre...

Trekantsåndedrættet 3-4-2

Barnet kan guides efter Trekantsåndedrættet, hvor figuren visuelt vokser på indåndingen, bliver mindre på udåndingen og står i ro på vejrholdet efter udåndingen. Det afspejler præcis bevægelsen i kroppen, når der foretages et åndedrag med denne rytme.

Trekantsåndedrættet er en progression af Åndedrætsblomsten og introducerer et kort vejrhold efter udåndingen. Det korte, bevidste vejrhold giver mulighed for at komme lidt dybere ind i rosystemet, blandt andet ved at holde lidt mere CO₂.

Nogle børn finder særlig ro i pausen efter udåndingen. Det er vigtigt, at øvelsen ikke bliver en kamp eller præstation og derfor altid tilpasses barnets evner og niveau.

Sådan gøres det

1. Der åndes ind med et bevidst roligt åndedrag, mens blomsten vokser...
2. Der åndes roligt ud, mens blomsten bliver mindre...
3. På enden af udåndingen holdes vejret kort, mens blomsten står stille...

Øvelser udefra og ind i åndedrættet

Her præsenteres to øvelser, som arbejder udefra og ind. De retter sig altså ikke direkte mod selve åndedrættet, men giver kroppen sanselige input, der hjælper hjernen med at regulere nervesystemet og dermed skaber mulighed for overhovedet at kunne mærke ind i åndedrættet, fordybe sig og være til stede i kroppen.

Katteklør

En unik vej ind i rosystemet er gennem hænderne. De udgør et stort område i hjernen, og hjernen er dybt afhængig af information herfra. De er en mulighed for at regulere ind i parasympatikus-dominans og sænke paraderne i hjernen. Når sansningen fra hænderne stimuleres, gives der information om kroppen, og hjernen konkluderer, at der ikke er en reel fare – alarmerne kan sættes i bero. Det er nu rent fysiologisk lettere at trække vejret med ro.

Katteklør er meget enkel og kan laves under bordet eller i lommen, når barnet står i skolegården eller sidder ved bordet.

Sådan gøres det

1. Begge hænders fingre folder sig langsomt ud, spreder sig og strækker sig helt ud i fingerspidserne – som katten der spreder sine klør. Indånding kan kobles på hos gode åndere og større børn, men det er ikke et krav.
 2. Begge hænders fingre folder sig langsomt ind igen, uden at de behøver knyttes af alle kræfter – blot foldes roligt sammen. Udånding kan kobles på, men kun hvis der er formåen til det.
 3. Der fortsættes 5-10 gange eller så længe, øvelsen gør godt.
- Øvelsen kan fungere som anker – noget konkret at forholde sig til, når det suser og larmer indeni og udenpå. Præcis ligesom åndedrætsøvelserne, men en fysisk bevægelse kan være lettere at anvende.



Trekanten.

Bank på skjoldet

En anden vej ind i rosystemet er via vagusnerven. Med denne øvelse arbejdes der med vibration, som stimulerer Nervus vagus (den 10. kranienerve) og understøtter regulering af det autonome nervesystem.

Åndedrættet kan kobles på, hvis der er overskud.

Sådan gøres det

1. Med fingerspidserne tappes der let forskellige steder på brystbenet (sternum), så der opstår en vibration, der stimulerer vagus.
2. Hvis der er overskud, kobles bevidste åndedrag på med fokus på en lang udånding.

3. Udåndingen kan eventuelt være med en lyd, som yderligere stimulerer vagus via stemmebåndet.

Der kan tappes kort (5-10 sekunder) med effekt, men 30-60 sekunder anbefales.

For nogle børn er det bedre at banke med en knyttet hånd eller bruge en lille bold, hvis den direkte berøring er ubehagelig. Tilpasning er igen essentiel.

På åndedrættet.nu ligger mange forskellige versioner, med forskellige tællinger, af både Åndedrætsblomsten og Trekantsåndedrættet.

En komplet litteraturliste findes på side 33.

Opdaterede medlemsoplysninger?

Undrer din kollega sig over ikke at have modtaget adgang til det elektroniske medlemsblad, når hun/han nu er medlem af DSPF, så skyldes det sandsynligvis ukorrekte medlemsoplysninger, bl.a. ukorrekt mailadresse.

Check derfor jævnligt, om medlemsoplysningerne i Dfys er opdaterede. Det sker på <http://fysio.dk/Medlemskab/Ret-medlemsoplysninger/>

Bestyrelsen



Formand
Emma Moore
DSPFformand@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Karina Wätjen
dspf@fysio.dk

Suppleant
Anne Marie Wøldike

Louise Andersen



Bestyrelsesmedlem
Mette Julie Sørensen
dspf@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Maria Krongaard-Mikkelsen
dspf@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Susanne Muldager
dspf@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Maja Dokkedal
dspf@fysio.dk

Faglig og administrativ konsulent/
SoMe ansvarlig samt webredaktør



Marianne Schack
dspf@fysio.dk

Referencer

Relationel koordinering

1. Voigt T. *Relationel koordinering – forældrenes oplevelse af det tværfaglige samarbejde omkring barnet med cerebral parese*. Bachelorprojekt. University College Lillebælt; 2025.
2. Gittell JH. *Relationers betydning for høj effektivitet: styrken ved relationel koordinering*. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2016.
3. Bolton R, Logan C, Gittell JH. Revisiting relational coordination: A systematic review. *J Appl Behav Sci*. 2021;57(3):269–401.
4. Spitzer E, Kaitz J, Fix GM, Harvey KLL, Stadnick NA, Sullivan JL, et al. Developing relational coordination: A qualitative study of outpatient mental health teams. *Adm Policy Ment Health*. 2023;50:591–602.
5. Gittell JH. Relational Coordination Questionnaire (RCQ). Brandeis University. Available from: <https://heller.brandeis.edu/relational-coordination/resource-directory/rc-survey.html>

Er børns udfordringer socialt konstrueret?

Børns Vilkår – Store følelser hos det lille barn – sådan håndterer du det. (u.d.). Hentet fra Store følelser hos det lille barn – sådan håndterer du det: <https://bornsvilkar.dk/smaaaboern/smaa-og-store-kriser/foeelser-hos-boern/>

Børns vilkår – tegn på psykisk mistrivsel hos børn og gode råd til forældre. (u.d.). Hentet fra [www.bornsvilkar.dk](https://bornsvilkar.dk/faa-gode-raad/gode-raad-til-foraeldre-om-psykisk-mistrivsel/?gad_source=1&gad_campaignid=11613123060&gclid=CjwK-CAjwO4HIBhB8EiwA8jGNbW8bTSWoGG00hLD5KGV2ppNkPY_md4y7L0dIOQXH1DAjrb0VwyWJMoCD9QQA_Vd_BwE): https://bornsvilkar.dk/faa-gode-raad/gode-raad-til-foraeldre-om-psykisk-mistrivsel/?gad_source=1&gad_campaignid=11613123060&gclid=CjwK-CAjwO4HIBhB8EiwA8jGNbW8bTSWoGG00hLD5KGV2ppNkPY_md4y7L0dIOQXH1DAjrb0VwyWJMoCD9QQA_Vd_BwE

Dressler, M. *Psykologer i Danmark*. Hentet fra <https://psykologer-i-danmark.dk/2021/10/boern-bliver-ogsaa-stressede/>

Patienter, D. (2016). *Børn som pårørende*. København: Danske Patienter.

Psykiatrifonden. Hentet fra [www.psykiatrifonden.dk](https://psykiatrifonden.dk/viden/fakta-forskning/tal-fakta-om-psykisk-sygdom-danmark-2023/boern-unge): <https://psykiatrifonden.dk/viden/fakta-forskning/tal-fakta-om-psykisk-sygdom-danmark-2023/boern-unge>

Rådgivning, M. *En god start*. Hentet fra [Mentalisering – vejen til et sundt samspil mellem dig og dit barn](https://engodstart.dk/mentalisering-vejen-til-et-sundt-samspil-mellem-dig-og-dit-barn/): <https://engodstart.dk/mentalisering-vejen-til-et-sundt-samspil-mellem-dig-og-dit-barn/>

Thomsen, P. (2022). *Børns mentale sundhed – når nervesystemet er på overarbejde*. Gads forlag.

VIVE, Rayce, S. B., & Kessing, M. L. (2023). *Børn af forældre med udfordringer – en litteraturgennemgang af social og emotionel udvikling blandt børn af forældre*. København: VIVE.

Frame Running: tre hjul, der forandrer liv

1. van der Linden ML, et al. Athlete-Perceived Impact of Frame Running on Physical Activity, Participation and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2022. doi: 10.1007/s00431-025-06679-4.
2. Wijnhoud EJ, et al. Aerobic fitness in children with cerebral palsy compared to typically developing peers: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2024; 28(6):101142.
3. Shikako-Thomas K, et al. Determinants of participation in leisure activities in children and youth with cerebral palsy: a systematic review. 2008.

4. Puce L, et al. Systematic Review of Fatigue in Individuals With Cerebral Palsy. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2021
5. van Schie PEM, et al. The Impact of Frame Running on Quality of Life in Young Athletes With a Mobility Limitation. 2022.
6. Te Velde SJ, et al. Associations of sport participation with self-perception, exercise self-efficacy and quality of life among children and adolescents with a physical disability or chronic disease. 2018.
7. Edelman Bos AMM, Hjalmarsson E, Dallmeijer AJ, Fernandez-Gonzalo R, Buizer AI, Pingel J, et al. Physiological response to the 6-minute Frame Running Test in children and adults with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther*. 2022;34:529–34. doi:10.1097/PEP.0000000000000921 [mdpi.com]
8. Hjalmarsson E, Edelman Bos AMM, Corell L, Kruse A, Fernandez-Gonzalo R, Norrbom J, et al. Validation of the 6-minute Frame Running Test as a cardiopulmonary exercise test for adolescents and young adults with cerebral palsy. *Adapt Phys Activ Q*. 2025; 42(4):550–65. doi:10.1123/apaq.2024-0153 [topendsports.com]
9. McDowell BC, Kerr C, Parkes J, Cosgrove A. Validity of a 1-minute walk test for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2005;47(11):744–8. doi:10.1111/j.1469-8749.2005.tb01071.x [bmjopen.bmj.com]
10. Martakis K, Starka C, Rehberg M, Semler O, Duran I, Schoenau E. One-minute walk test in children with cerebral palsy GM-FCS I-II: Reference values. *Dev Neurorehabil*. 2020;23:201–9. doi:10.1080/17518423.2019.1625981
11. Haile SR, Fühner T, Granacher U, Stocker J, Radtke T, Kriemler S. Reference values and validation of the 1-minute sit-to-stand test in healthy 5–16-year-olds. *BMJ Open*. 2021;11:e049143. doi:10.1136/bmjopen-2021-049143
12. O'Neil ME, Fragala-Pinkham MA, Forman JL, Trost SG. Measuring reliability and validity of the ActiGraph GT3X accelerometer for children with cerebral palsy. *J Pediatr Rehabil Med*. 2014;7:233–40
13. Stage A, Fromberg EB, Elsborg P, Kristensen MR, Mikkelsen S, Bølling M, Aadahl M, Stahlhut M. Validation of an accelerometer system for activity monitoring in children with functional disabilities. *European Journal of Pediatrics*. 2026;185(2):78.
14. Hansen, T. N., Christensen, K. B., Stahlhut, M., Ketelaar, M., Kleverberg, G. L., et al. (2025). Use of the PEDI-CAT in Denmark, the Netherlands, and Norway. *Developmental Medicine & Child Neurology*. <https://doi.org/10.1111/dmcn.16324>
15. King GA, Law M, King S, Hurley P, Hanna S, Kertoy M, Rosenbaum P. Measuring children's participation in recreation and leisure activities: Construct validation of the CAPE and PAC. *Child Care Health Dev*. 2007;33(1):28–39. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00613.x
16. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0. *Med Care*. 2001;39:800–12
17. Jutai, J., & Day, H. (2002). Psychosocial impact of assistive devices scale (PIADS). *Technology and Disability*, 14(3), 107–111.
18. Traversoni, S., Jutai, J., Fundaro, C., Salvini, S., Casale, R., Giardini, A. (2018). Linking the Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS) to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Quality of Life Research* (2018) 27:3217–3227.

Tilpasningshjulet:

Et redskab til at sikre, at alle børn kan være med

Bentholm, A., Guldager, J. D. & Emtoft, L. (2025). 'De lægger ikke mærke til, at jeg går'. Deltagelsesmuligheder i idræt for børn

- med særlige behov. Studier i læreruddannelse og -profession, årg. 10, nr. 1. DOI: 10.7146/lup.v10i1.149937
- Breum, L. (2019). 6 trin til inkluderende idrætsundervisning. I: MOV:E særnummer, Tilpasset idræt og bevægelse i skolen. Danske Handicaporganisationer (2023). *Dårlig inklusion i skolen har store konsekvenser for familier*. Analyse af inklusionsundersøgelse. Lokaliseret 16.10.2023: <https://handicap.dk/files/media/document/Analyse%20af%20inklusionsunders%C3%B8gelse%202023.pdf>
- Gravesen, D. T. (2015) Pædagogik. Introduktion til pædagogens grundfaglighed. Systime.
- Hovgaard, M. (2017) Aktivitetsudvikling i Idræt – Innovation i praksis. Samfundslitteratur.
- Jensen, C. R., Molbæk, M. & Tetler, S. (2016). Inkluderende klasseledelse – en samskabende proces mellem lærer og inklusionsvejleder. I: R. Alenkær (red.). Inklusionsvejlederen 1. Udvikling af fællesskaber. Frederikshavn: Dafolo.
- Madsen, K. L. (2022). *At fremme meningsfulde idrætsoplevelser*. I: Madsen, K. L. & Svendsen, A. M. (red.). Fagdidaktik i idræt. Frederiksberg: Frydenlund.
- Madsen, L. S., Andersen, M. F., Soulié, T., Gabriel, H., Madsen, S., Christensen, A. B. & Christiansen, L. B. (2022) Få alle elever med i idræt og bevægelse i skolen. Forsknings- og Implementeringscenter for Idræt, Bevægelse og Læring, UCL, UC SYD, SDU & VOH.
- Pedersen, B.K., Andersen L.B., Bugge A., Nielsen G., Overgaard K., Roos E., von Seelen J. (2016). Fysisk aktivitet – læring, trivsel og sundhed i folkeskolen. København: Vidensråd for Forebyggelse: 1-124 https://vidensraad.dk/sites/default/files/node/field_report_download/vidensraad_for_forebyggelse_fysisk_aktivitet_laering_trivsel_sundhed_2016.pdf
- Sederberg, M., Kortbek, K. & Bahrenscheer, A. (2017). Bevægelse, sundhed og trivsel i skole og fritid. København: Hans Reitzels forlag.
- Soulié, T., Flygstrup, B. & Selmer, J. (2018). *Alle til idræt*. Handicap-idrættens Videnscenter.
- J Am Podiatr Med Assoc. februar 2026;116(1):9. doi:10.3390/japma116010009
2. Wong C, Bjerge CY, Jurca A, Petersen MM, Boedtker S, Balslev-Clausen A, m.fl. Protocol Article: A Cross-Sectional Evaluation of Children's Feet and Lower Extremities. Methods Protoc. december 2023;6(6):115. doi:10.3390/mps6060115
3. Klein C, Groll-Knapp E, Kundi M, Kinz W. Increased hallux angle in children and its association with insufficient length of footwear: A community based cross-sectional study. BMC Musculoskeletal Disord. 17. december 2009;10:159. doi:10.1186/1471-2474-10-159 PubMed PMID: 20015410; PubMed Central PMCID: PMC2806334.
4. Fuglkjær S, Hartvigsen J, Wedderkopp N, Boyle E, Jespersen E, Junge T, m.fl. Musculoskeletal extremity pain in Danish school children – how often and for how long? The CHAMPS study-DK. BMC Musculoskeletal Disord. 25. nov. 2017;18:492. doi:10.1186/s12891-017-1859-8 PubMed PMID: 29178864; PubMed Central PMCID: PMC5702201.

Øvelser til ro

- Critchley, H., Kemp, E., & Wilkinson, T. (2021). Breathing exercises for anxiety in people aged 14–24: A randomized controlled feasibility trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 80, Article 102415. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102415>
- Huang, Z., Sockol, L. E., & Levin, F. R. (2023). Effectiveness of mindfulness-based breathwork interventions on stress and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Mindfulness*, 14(5), 987–1003. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02051-z>
- Santos, J., et al. (2019). Effect of breathing training on pulmonary function and quality of life in children with asthma: A randomized controlled trial. *Journal of Asthma*, 56(7), 734–742. <https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1506208>
- Vogt, K., & Bell, C. (2020). Breathwork and physiological self-regulation in children with ADHD: A systematic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1694–1708. <https://doi.org/10.1177/1087054717711795>
- Chang, P. Y., Huang, L. Y., Lee, H. C., Ma, M. H.-M., & Chao, H.-C. (2016). Effectiveness of inspiratory muscle training on respiratory muscle strength and pulmonary function in children with neuromuscular disease: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 120, 167–176. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.10.014>

Et ud af fire børn har fodproblemer – og de bliver flere med alderen

1. Larsen CH, Boedtker S, Bomark L, Jurca A, Benyahia M, Petersen MM, m.fl. Prevalence of Common Foot Conditions in Children – A Cross-Sectional Study in Danish Children Aged 6 to 16 Years.

Har du en idé til et spændende emne indenfor børnefysioterapien?

Redaktionen er altid på jagt efter forslag og ideer til artikler, som vi kan bringe i medlemsbladet

Har du en idé til et spændende emne indenfor børnefysioterapien, en kontakt til en interessant skribent eller kendskab til et forskningsprojekt, hører vi meget gerne fra dig.

Send os en mail til dspf@fysio.dk. Alle forslag er velkomne!