

Når motorikken vækker bekymring

When motor difficulties raise concern

Et kvalitativt studie om børnelægers og børnefysioterapeuters oplevelser af børn med motoriske vanskeligheder og mulig Developmental Coordination Disorder.

Bachelorprojektet er

udarbejdet af:

Anna Graven Westensee

Freya Anne Juhl

Katrine Lind Pedersen

Stine Hansen

Vejleder:

Mikkel Bjerre Nørregaard

Dato: 10. juni 2026

Antal tegn: 83.692

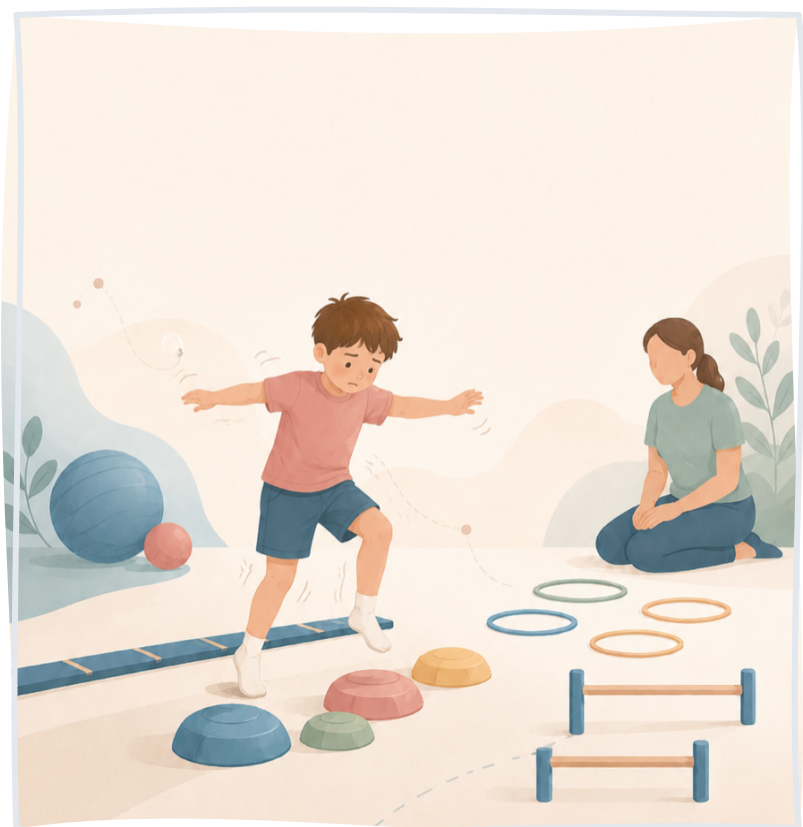


Illustration genereret med AI via ChatGPT/OpenAI, 2026.

Denne opgave er udarbejdet af studerende på VIA University College, Fysioterapeutuddannelsen i Aarhus som et led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter.

Denne opgave - eller dele heraf - må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse jvf. lov om ophavsret LBK nr. 1093 af 20/08/2023

Resumé

Baggrund: Motoriske vanskeligheder hos børn kan påvirke deres deltagelse i hverdagsaktiviteter. Developmental Coordination Disorder (DCD) er en udviklingsforstyrrelse, der forekommer hos 5-6% af børn i skolealderen og kan være en mulig forklaring på vedvarende motoriske vanskeligheder. Tidligere forskning peger på, at kendskabet til DCD varierer, og at det diagnostiske forløb kan være præget af både faglige og organisatoriske udfordringer.

Formål: Formålet med projektet var at undersøge, hvordan børnelæger og børnefysioterapeuter oplever det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder, samt hvordan DCD indgår som mulig diagnose i dette forløb.

Metode: Projektet blev gennemført som en kvalitativ interviewundersøgelse med afsæt i en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang. Data blev indsamlet gennem fem semistrukturerede interviews med to børnelæger og tre børnefysioterapeuter. Interviewmaterialet blev analyseret ved hjælp af Malteruds systematiske tekstkondensering med en overvejende induktiv tilgang.

Resultater: Resultaterne viser, at det diagnostiske forløb ikke altid følger en tydelig eller ensartet vej. Overgangen fra den første motoriske bekymring til eventuel diagnostisk afklaring påvirkes af faglige vurderinger, tværfagligt samarbejde, organisatoriske rammer og barnets udvikling over tid. DCD fremstår som en relevant, men ikke entydigt anvendt diagnose. Samtidig fremhæves betydningen af en helhedsorienteret vurdering, hvor barnets motorik ses i sammenhæng med hverdagsfunktion, deltagelse og trivsel.

Konklusion: Undersøgelsen viser, at DCD ikke indgår som en tydelig eller ensartet del af det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder. Uklar terminologi og varierende kendskab til diagnosen kan udfordre opsporing og diagnostisk afklaring, mens helhedsorienterede vurderinger og samarbejde på tværs af faggrupper fremstår som centrale for et sammenhængende forløb.

Abstract

Background: Motor difficulties in children may affect participation in everyday activities. Developmental Coordination Disorder (DCD) is a neurodevelopmental disorder affecting approximately 5–6% of school-aged children and may explain persistent motor difficulties. Previous research indicates that knowledge of DCD varies among healthcare professionals and that the diagnostic pathway may be influenced by both professional and organizational challenges.

Aim: The aim of this study was to explore how paediatricians and paediatric physiotherapists experience the diagnostic pathway for children with motor difficulties, and how DCD is considered as a potential diagnosis within this process.

Method: The study was conducted as a qualitative interview study based on a hermeneutic-phenomenological approach. Data were collected through five semi-structured interviews with two paediatricians and three paediatric physiotherapists. The data were analysed using Malterud's systematic text condensation with a predominantly inductive approach.

Results: The findings indicate that the diagnostic pathway does not always follow a clear or consistent course. The transition from initial concerns regarding a child's motor development to further assessment and possible diagnostic clarification is influenced by professional judgement, interdisciplinary collaboration, organizational structures, and the child's development over time. DCD appears as a relevant but not consistently applied diagnostic label. Furthermore, the importance of a holistic assessment is emphasized, where the child's motor function is considered in relation to daily activities, participation, and well-being.

Conclusion: The study shows that DCD is not consistently or explicitly integrated into the diagnostic process for children with motor difficulties. Ambiguous terminology and varying levels of knowledge about the diagnosis may challenge identification and diagnostic clarification, while holistic assessments and interdisciplinary collaboration appear central to ensuring a coherent diagnostic process.

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og formål	1
1.1 Indledning	1
1.2 Problembaggrund	1
1.3 Formål	4
1.4 Problemformulering	4
1.5 Begrebsafklaring	4
2. Videnskabsteoretisk ståsted	6
2.1 Forforståelse	6
2.2 Fænomenologi	7
2.3 Hermeneutik	7
2.4 Induktiv tilgang	8
3. Metode	8
3.1 Studiedesign	8
3.2 Litteratursøgning	9
3.2.1 Baggrundssøgning	9
3.2.2 Systematisk litteratursøgning	9
3.2.3 Kritisk vurdering af udvalgt litteratur	12
3.3 Udvælgelse og rekruttering af informanter	13
3.4 Dataindsamling	14
3.4.1 Semistrukturerede interviews	14
3.4.2 Interviewguide og pilotinterview	14
3.4.3 Gennemførelse af interviews	15
3.5 Bearbejdning og analyse af interviewmateriale	15
3.5.1 Transskription	15
3.5.2 Analytisk fremgangsmåde	16
3.6 Teoretisk perspektiv	18
3.7 Brug af AI	18
3.8 Forskningsetiske overvejelser	19
4. Resultater	19
4.1 Præsentation af informanter	20
4.2 Præsentation af temaer	21
4.3 Roller, samarbejde og organisering	22
4.3.1 Tværfagligt samarbejde og henvisning	22
4.3.2 Fagpersoners rolle og funktion	23
4.3.3 Forældre	24
4.3.4 Organisatoriske rammer, økonomi og adgang til støtte	25
4.4 DCD som begreb i praksis	26

4.4.1 Betegnelser og sprogbrug.....	27
4.4.2 Anvendelse i praksis.....	28
4.4.3 Kendskab og forståelse.....	29
4.5 Barnets hverdagsliv, deltagelse og trivsel.....	30
4.6 Fra bekymring til diagnostisk afklaring.....	31
4.6.1 Motorisk bekymring	31
4.6.2 Undersøgelse og vurdering.....	32
4.6.3 Diagnostiske overvejelser, komorbiditet og gråzoner.....	34
4.7 Sammenfatning	35
5. Diskussion.....	35
5.1 Resultatdiskussion	36
5.1.1 DCD som mulig diagnose i det diagnostiske forløb.....	36
5.1.2 Diagnostisk vurdering mellem test, kliniske observationer og hverdagsfunktion.....	37
5.1.3 Samarbejde, ansvar og adgang til videre indsats	38
5.2 Metodediskussion.....	39
5.2.1 Troværdighed.....	39
5.2.2 Pålidelighed.....	40
5.2.3 Bekræftelighed.....	41
5.2.4 Overførbarhed.....	42
6. Konklusion.....	43
7. Perspektivering.....	44
Referenceliste.....	47
Bilagsfortegnelse.....	50
Bilag 1 - Søgehistorik.....	51
Bilag 1A - Søgehistorik PubMed.....	51
Bilag 1B - Søgehistorik Embase.....	51
Bilag 2 - CASP	52
Bilag 3 - Interviewguide.....	54
Bilag 3A - Fuld version	54
Bilag 3B - Forkortet version.....	57
Bilag 4 - Transskriptionsregler	59
Bilag 5 - Samtykkeerklæring.....	60

1. Baggrund og formål

1.1 Indledning

Vores motivation for projektet udspringer af en fælles interesse for fysioterapeutisk arbejde med børn og børns motoriske udvikling. Interessen blev særlig skærpet, da et gruppemedlem i forbindelse med praktik deltog i et oplæg om motorisk usikkerhed hos børn. Oplægget gav anledning til en faglig undren over, hvordan denne gruppe børn forstås og betegnes i praksis. Dette blev efterfølgende drøftet i projektgruppen og kvalificeret gennem uformelle faglige samtaler med to fysioterapeuter med erfaring fra børneområdet. Gennem disse samtaler blev vi opmærksomme på Developmental Coordination Disorder (DCD) som en mulig diagnostisk betegnelse for nogle børn med vedvarende motoriske vanskeligheder. Samtidig blev det fremhævet, at DCD ikke nødvendigvis har en tydelig plads i dansk praksis.

Samtalerne bidrog derfor til at afgrænse projektet til den del af praksis, hvor motoriske vanskeligheder giver anledning til faglig bekymring, men hvor det videre forløb og den diagnostiske afklaring ikke altid fremstår klart.

1.2 Problembaggrund

Motorisk udvikling er en væsentlig del af barnets samlede udvikling og har betydning for barnets mulighed for at bevæge sig, udforske omgivelserne og deltage i dagligdagsaktiviteter. Gennem gentagne motoriske erfaringer udvikler barnet gradvis kontrol over kroppen og tilegner sig nye motoriske færdigheder. Det omfatter både grovmotoriske færdigheder, såsom at gå, løbe, kaste og gribe, samt finmotoriske færdigheder, såsom at tegne, skrive, klippe og lyne jakken. Motoriske færdigheder har derfor betydning for barnets deltagelse i sociale fællesskaber, hverdagsaktiviteter og fysisk aktivitet både i barndommen og senere i livet (1,2).

Nyere danske opgørelser peger på, at bemærkninger til motorisk udvikling forekommer blandt børn ved skolestart. I *Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23* havde over en fjerdedel af børnene (27%)

mindst én bemærkning til deres motoriske udvikling, mens 4,6% havde tre eller flere bemærkninger og blev dermed i rapporten defineret som havende motoriske vanskeligheder (3). Tallene bygger på sundhedsplejerskers bemærkninger fra indskolingsundersøgelserne og skal derfor ikke forstås som diagnostiske opgørelser. De peger dog på, at motoriske vanskeligheder er en relevant problemstilling blandt danske børn ved skolestart.

Der anvendes flere forskellige betegnelser for børn med motoriske vanskeligheder, herunder klodsethed, motorisk usikkerhed, dyspraksi og sansemotoriske vanskeligheder. Terminologiske udfordringer på området er dermed ikke nye, idet forskellige betegnelser gennem længere tid har været forbundet med forskellige forståelser af og associationer til barnets vanskeligheder (4). I dansk praksis anvendes "motorisk usikkerhed" som en bred betegnelse, der både kan omfatte udviklingsbetingede motoriske vanskeligheder og vanskeligheder, som i højere grad er relateret til barnets egne erfaringer og muligheder for motorisk læring. Dette kan medføre uklarhed om, hvorvidt fagpersoner taler om den samme børnegruppe og problematik (5).

Når motoriske vanskeligheder er vedvarende og påvirker barnets hverdag, kan Developmental Coordination Disorder (DCD) være en relevant diagnostisk overvejelse. Internationalt anvendes DCD i kliniske anbefalinger og forskningslitteratur om børn med udviklingsbetingede motoriske koordinationsvanskeligheder (6). DCD er en udviklingsforstyrrelse, hvor barnet har betydelige vanskeligheder med at lære og udføre koordinerede motoriske færdigheder, hvilket påvirker barnets daglige funktion. Diagnosen er beskrevet i både DSM-5 (7) og ICD-10 (8), hvor den i ICD-10 betegnes som F82: Specific developmental disorder of motor function. De diagnostiske kriterier for DCD uddybes i afsnit 1.5 Begrebsafklaring. Internationalt angives forekomsten til omkring 5-6% blandt børn i skolealderen, men estimerne varierer afhængigt af undersøgelsesmetode og anvendte diagnosekriterier (6,9).

For børn og unge med DCD kan vanskelighederne få betydning for mere end den motoriske funktion alene. Der kan opstå et misforhold mellem barnets motoriske færdigheder og de krav, barnet møder i hverdagsaktiviteter. Dette kan blandt andet påvirke barnets selvopfattelse, social deltagelse og oplevelse af at høre til

blandt jævnaldrende (10). Vanskelighederne kan desuden have betydning over tid, da DCD i litteraturen beskrives som en udviklingsforstyrrelse, der også kan have konsekvenser i ungdoms- og voksenlivet (6). Gentagne nederlag i motoriske og sociale aktiviteter kan derfor få betydning for barnets bevægelsesglæde, trivsel og muligheder for at fastholde fysisk aktivitet senere i livet (11).

DCD kan desuden forekomme sammen med andre udviklingsmæssige vanskeligheder, eksempelvis ADHD, autismspektrumforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder. Dette kan gøre den diagnostiske afklaring mere kompleks, fordi barnets motoriske vanskeligheder ikke nødvendigvis står alene, men må forstås i sammenhæng med barnets samlede udvikling og funktion (6).

Vurdering af børn med motoriske vanskeligheder kan involvere flere faglige perspektiver. Kliniske anbefalinger for DCD fremhæver, at vurderingen bør omfatte både barnets motoriske færdigheder, funktion i hverdagen og afklaring af, om vanskelighederne bedre kan forklares af andre neurologiske, medicinske eller udviklingsmæssige forhold (6). Fysioterapeutiske retningslinjer beskriver samtidig, at fysioterapeuter kan indgå i undersøgelse, vurdering, intervention og henvisning af børn med koordinationsvanskeligheder eller mistanke om DCD (9). Dette peger på, at vurderingen ikke alene kan baseres på enkeltstående testresultater, men må ses i relation til barnets samlede funktion, aktivitet og deltagelse (12). Dette peger på, at både børnefysioterapeutiske og lægefaglige perspektiver kan være relevante i vurderingen af børn med motoriske vanskeligheder og mulig DCD.

Selvom der findes internationale kliniske anbefalinger for DCD, peger litteraturen på, at diagnosen fortsat kan være underkendt blandt sundhedsprofessionelle (6,11). Et nyere studie fra en britisk kontekst peger desuden på, at forløbet frem mod vurdering og eventuel diagnose kan være præget af uklar terminologi, varierende kendskab, uhensigtsmæssige henvisningsveje, ressourcebegrænsninger og manglende sammenhæng mellem tilbud (13). Derudover peger Klein et al. (14) på, at familier kan opleve barrierer i adgangen til diagnostisk afklaring og støtte. Fund fra internationale studier kan ikke overføres direkte til danske forhold, men de peger på problemstillinger, som kan være relevante at undersøge i en dansk kontekst.

Der findes allerede viden om DCD, herunder diagnostiske kriterier og kliniske anbefalinger for vurdering og intervention (6,9). Samtidig peger litteraturen på, at terminologi, kendskab til diagnosen, henvisningsveje og adgang til støtte kan have betydning for, hvordan børn med motoriske vanskeligheder identificeres og følges videre i systemet (13,14). Dette gør det relevant at undersøge, hvordan børnelæger og børnefysioterapeuter oplever det diagnostiske forløb fra den første motoriske bekymring til eventuel videre vurdering og diagnostisk afklaring samt hvordan DCD indgår som mulig diagnose undervejs.

1.3 Formål

Formålet med projektet er at undersøge, hvordan børnelæger og børnefysioterapeuter oplever det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder. Der lægges særligt vægt på at belyse, hvordan DCD kan indgå som en mulig diagnose i dette forløb, samt hvordan fagpersoner forstår, vurderer og håndterer motorisk bekymring i praksis.

Projektet søger desuden at afdække, hvilke faglige, terminologiske og organisatoriske forhold der har betydning for processen fra den første motoriske bekymring til eventuel videre vurdering og diagnostisk afklaring. Projektet tilstræber en åben og eksplorativ tilgang uden en forudindtaget antagelse om diagnosens udbredelse, men med fokus på hvordan processen forstås og håndteres i et tværprofessionelt praksisfelt.

1.4 Problemformulering

Hvordan oplever børnelæger og børnefysioterapeuter det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder, og hvordan indgår Developmental Coordination Disorder (DCD) som mulig diagnose i dette forløb?

1.5 Begrebsafklaring

I dette afsnit afklares centrale begreber, som anvendes i projektets problemformulering.

Diagnostisk forløb:

Begrebet dækker i denne opgave over processen fra den første motoriske bekymring til eventuel videre vurdering, udredning og diagnostisk afklaring. Dette omfatter blandt andet identifikation af motoriske vanskeligheder, faglig vurdering, henvisning, tværfagligt samarbejde og overvejelser om DCD som mulig diagnose.

Motoriske vanskeligheder:

Begrebet anvendes som en bred betegnelse for motoriske udfordringer hos børn, som ikke nødvendigvis er diagnostisk afklarede. Begrebet dækker derfor både børn, hvor der kan være mistanke om DCD, og børn hvor de motoriske vanskeligheder kan have andre bagvedliggende årsager.

Developmental Coordination Disorder (DCD):

I denne opgave anvendes DCD, når der henvises til diagnosen Developmental Coordination Disorder eller til situationer, hvor DCD indgår som en mulig diagnostisk overvejelse. Med afsæt i DSM-5-kriterierne, som gengives af Wiegaard et al. (5), kan DCD sammenfattes ud fra følgende kriterier:

- A. Barnets tilegnelse og udførelse af koordinerede motoriske færdigheder ligger under det niveau, der forventes i forhold til barnets alder og muligheder for motorisk læring.
- B. De motoriske vanskeligheder påvirker barnets daglige funktion og kan have betydning for eksempelvis selvhjulpenhed, skoleaktiviteter, leg, fritid eller deltagelse i hverdagen.
- C. Vanskelighederne viser sig tidligt i barnets udvikling.
- D. Vanskelighederne kan ikke bedre forklares af eksempelvis intellektuel funktionsnedsættelse, synvanskeligheder eller en neurologisk tilstand, der påvirker bevægelse.

DCD betegnes ikke på samme måde i DSM-5 og ICD-10. I ICD-10 anvendes betegnelsen F82: Specific developmental disorder of motor function. Under diagnosekoden F82 indgår blandt andet clumsy child syndrome, developmental coordination disorder og developmental dyspraxia som inkluderede betegnelser. I opgaven anvendes DCD som samlet betegnelse, fordi begrebet anvendes i internationale kliniske anbefalinger og i forskningslitteraturen på området (6,8).

2. Videnskabsteoretisk ståsted

Projektet tager afsæt i humanvidenskaben og bygger på en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang. Det videnskabsteoretiske ståsted er valgt, fordi projektet undersøger et praksisnært forløb, hvor fagpersoners erfaringer, forståelser og fortolkninger er centrale. Kombinationen af fænomenologi og hermeneutik gør det muligt både at undersøge informanternes egne oplevelser og efterfølgende fortolke den mening, de tillægger deres erfaringer.

I de følgende afsnit redegøres der for projektets forforståelse, fænomenologiske og hermeneutiske afsæt samt den induktive tilgang.

2.1 Forforståelse

Forforståelse handler om, at forskeren altid møder et undersøgelsesfelt med en vis forudgående viden, erfaringer og antagelser. Den kan være præget af både faglig viden, litteratur, personlige erfaringer og værdier og kan få betydning for, hvad forskeren retter opmærksomhed mod, samt hvordan et fænomen forstås og fortolkes (15).

Inden projektets opstart havde vi som fysioterapeutstuderende en faglig interesse for børns motoriske udvikling samt en indledende opmærksomhed på, at det diagnostiske forløb ved mistanke om DCD kan være præget af uklarhed og variation i praksis. Denne forståelse blev blandt andet formet gennem arbejdet med problembaggrunden, den indledende litteratur og uformelle faglige samtaler med to børnefysioterapeuter, hvor vi samtidig blev opmærksomme på et ønske om øget fokus på området.

Gennem projektforløbet har vi løbende forholdt os reflektivt til vores forforståelse og været opmærksomme på, hvordan vores faglige baggrund og indledende antagelser kunne få betydning for dataindsamling, analyse og fortolkning.

Formålet har været at skabe åbenhed over for informanternes perspektiver og samtidig anvende vores forforståelse bevidst i fortolkningsprocessen.

2.2 Fænomenologi

Fænomenologi er en videnskabsteoretisk tilgang, der søger at forstå menneskers erfaringer, som de opleves af den enkelte. Tilgangen har fokus på menneskers livsverden, hvilket vil sige den hverdag og de erfaringer, der danner udgangspunkt for, hvordan mennesker oplever og forstår et fænomen (16).

Et centralt princip i fænomenologien er, at forskeren forsøger at være bevidst om sin egen forforståelse og midlertidigt sætte den i parentes. Dette betegnes også som bracketing og handler om at rette opmærksomheden mod informantens egne erfaringer og oplevelser (17).

I dette projekt er det undersøgte fænomen det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder, herunder DCD som mulig diagnose. Den fænomenologiske dimension kom særligt til udtryk i dataindsamlingen, hvor vi søgte indsigt i, hvordan børnelæger og børnefysioterapeuter oplevede forløbet i praksis. Formålet var at give plads til informanternes egne beskrivelser af deres erfaringer og forståelser.

2.3 Hermeneutik

Hermeneutik er en videnskabsteoretisk tilgang, der søger at forstå og fortolke den mening, mennesker tillægger deres erfaringer. Tilgangen bygger på, at menneskers udsagn, oplevelser og handlinger ikke kan forstås isoleret, men må ses i den sammenhæng, de indgår i. I en hermeneutisk forståelse handler analysen derfor ikke alene om at beskrive informanternes oplevelser, men også om at fortolke den mening, der kommer til udtryk i deres udsagn, set i relation til projektets problemformulering og det samlede interviewmateriale (16).

Et centralt princip i hermeneutikken er den hermeneutiske spiral, som beskriver, hvordan forståelse udvikles gennem en bevægelse mellem del og helhed. Det betyder, at enkelte udsagn kan bidrage til forståelsen af det samlede interviewmateriale, samtidig med at helheden kan give ny mening til de enkelte udsagn. I hermeneutikken indgår forskerens forforståelse desuden som en del af fortolkningsprocessen, hvorfor den må anvendes bevidst og reflekteret (18).

I dette projekt kommer den hermeneutiske dimension særligt til udtryk i analysen af interviewmaterialet. Her bevægede vi os mellem enkelte citater, temaer og den samlede forståelse af materialet for at opnå en dybere forståelse af informanternes oplevelser af det diagnostiske forløb og den mening, de tillægger DCD som mulig diagnose. Gennem analysearbejdet forholdt vi os samtidig reflektivt til, hvordan vores forforståelse kunne få betydning for fortolkningen af informanternes udsagn.

2.4 Induktiv tilgang

Projektet har en overvejende induktiv tilgang, hvor analysen tager udgangspunkt i interviewmaterialet. En induktiv tilgang indebærer, at mønstre udvikles med afsæt i det empiriske materiale frem for på forhånd fastlagte teorier eller hypoteser (15,18).

I projektet kom dette til udtryk ved, at interviewmaterialet blev analyseret åbent, og at de analytiske temaer blev udviklet gennem arbejdet med Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering. Temaerne var således ikke fastlagt på forhånd, men udsprang af informanternes beskrivelser og erfaringer. Først efterfølgende blev Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng anvendt som et fortolkende perspektiv i diskussionen af fundene.

3. Metode

3.1 Studiedesign

For at besvare projektets problemformulering blev der gennemført en kvalitativ interviewundersøgelse med en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang. Det kvalitative design er valgt, da projektet søger indsigt i børnelægers og børnefysioterapeuters oplevelser, erfaringer og perspektiver på det diagnostiske forløb ved motoriske vanskeligheder, samt hvordan DCD indgår som mulig diagnose. Det blev anvendt semistrukturerede interviews som dataindsamlingsmetode (18).

3.2 Litteratursøgning

Litteratursøgningen bestod af en baggrundssøgning og en systematisk litteratursøgning. De to søgninger beskrives i de følgende afsnit.

3.2.1 Baggrundssøgning

Baggrundssøgningen blev anvendt som en indledende og eksplorativ del af litteratursøgningen. Søgningen tog afsæt i tre centrale forskningsartikler, som projektgruppen blev gjort opmærksom på gennem uformelle samtaler med relevante fagpersoner (6,9,10). Artiklerne bidrog med baggrundsviden om DCD, diagnostiske kriterier og kliniske anbefalinger og blev anvendt til at identificere relevante begreber og søgeord.

Derudover blev der foretaget bevidste tilfældige søgninger på blandt andet Google.dk, Google Scholar, Fysio.dk og boernefysioterapi.dk (18). Disse søgninger blev anvendt til at få indblik i, hvordan DCD beskrives i både forskningsmæssige og praksisnære sammenhænge. I denne proces blev hjemmesiden movementmattersuk.org identificeret, hvorigennem en artikel blev fundet som relevant baggrundslitteratur (13).

Samlet bidrog baggrundssøgningerne til udarbejdelsen af projektets problembaggrund og dannede grundlag for den efterfølgende systematiske litteratursøgning.

3.2.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning blev gennemført med henblik på at identificere forskningslitteratur med relevans for projektets problemformulering. Søgningen skulle kvalificere projektets vidensgrundlag om DCD, motoriske vanskeligheder, diagnostiske forløb, fagpersoners perspektiver og barnets hverdagsliv. Søgeordene blev afdækket med afsæt i projektets allerede identificerede artikler om DCD. I samarbejde med en bibliotekar fra VIA Aarhus N blev artiklernes titler, abstracts og tildelte Medical Subject Headings (MeSH) i PubMed gennemgået med henblik på at identificere centrale begreber til den videre bloksøgning.

Søgningen blev struktureret ud fra PICO, som er velegnet til kvalitative undersøgelser og kan anvendes til at sikre sammenhæng mellem problemformulering og søgning i de udvalgte databaser (19). Med afsæt i PICO-modellen blev søgningen opbygget som en bloksøgning, hvor synonymer inden for de enkelte blokke blev kombineret med den boolske operator OR, mens de overordnede blokke blev kombineret med AND (20). PICO-modellen og bloksøgningen fremgår af tabel 1 og 2.

Tabel 1. PICO-model anvendt til strukturering af den systematiske litteratursøgning.

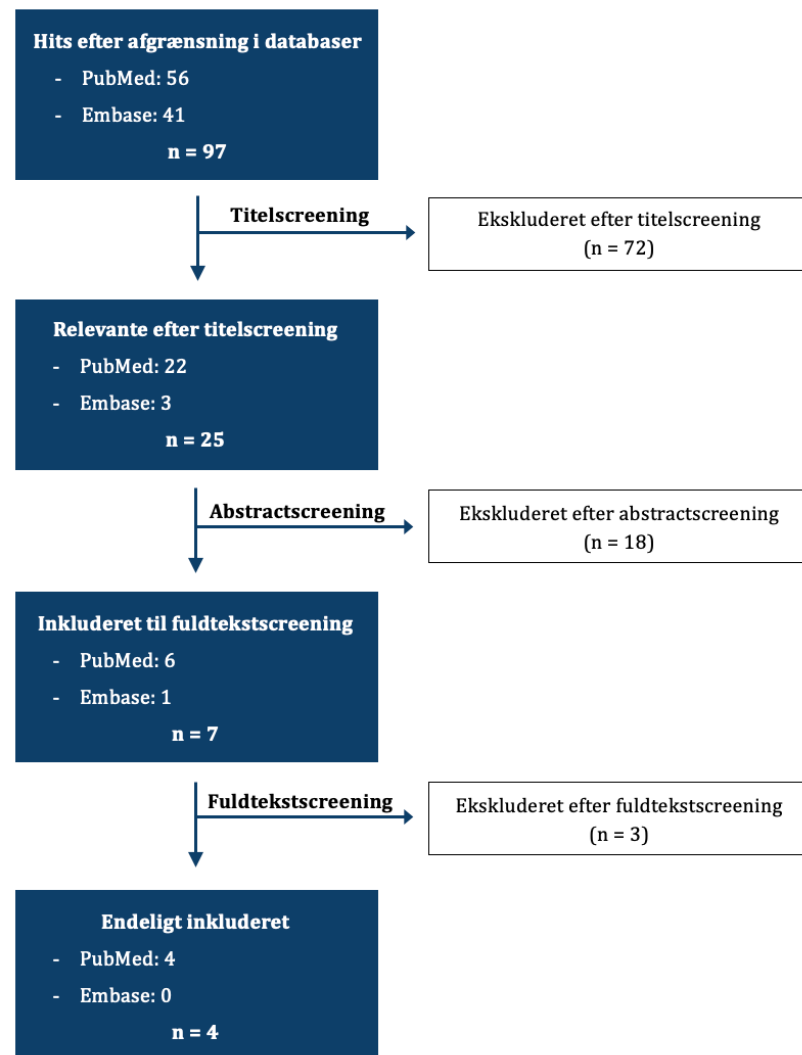
P - Population	Børn med motoriske vanskeligheder og/eller DCD samt relevante fagpersoner omkring barnet
I - phenomena of Interest	Oplevelser, erfaringer, perspektiver, vurdering og diagnostisk afklaring
Co - Context	Klinisk praksis, fysioterapeutisk praksis, pædiatrisk praksis og tværfaglige forløb

Tabel 2. Bloksøgning med anvendte søgeord, boolske operatorer og antal hits i PubMed.

<u>Blok 1</u>	AND	<u>Blok 2</u>	AND	<u>Blok 3</u>
“Developmental coordination disorder” (fritekst)		Experience (fritekst)		Physiotherapist (fritekst)
OR		OR		OR
“Motor Skills Disorders” [MeSH]		Perspective (fritekst)		Clinician (fritekst)
		OR		OR
		Perception (fritekst)		Pediatricians (fritekst)
				OR
				Physical therapist (fritekst)
<u>Hits:</u> 4130		<u>Hits:</u> 2.515.276		<u>Hits:</u> 462.520
Hits: 63				
Filters: Danish, English, Swedish, Norwegian, humans				
Hits i alt: 56				

Søgningen blev foretaget i PubMed og Embase, da databaserne er anerkendte inden for sundhedsvidenskabelig forskning og giver adgang til sundhedsvidenskabelig forskningslitteratur og peer-reviewed publikationer (21). Søgningen i PubMed resulterede i 63 hits, som blev reduceret til 56 efter at have anvendt filtrene i tabel 2 ovenfor. Søgestrengen blev herefter overført til Embase ved hjælp af værktøjet "Query Translator". Dette blev gjort med henblik på at tilpasse søgningen til Embases database og sikre sammenlignelighed mellem søgningerne i PubMed og Embase. Den brede Embase-søgning gav 257 hits. Søgningen blev afgrænset til unikke resultater i Embase samt publikationstyperne: *Article*, *Review* og *Short Survey*. Formålet var at inkludere publikationer med tilgængeligt indhold og samtidig udelukke conference abstracts, som ikke blev vurderet som egnede til analysen.

Efter afgrænsning med filtre blev 97 artikler screenet på baggrund af titel og relevans for projektets problemformulering. Heraf blev 25 artikler vurderet potentielt relevante for projektets problemformulering. Disse blev efterfølgende screenet på baggrund af abstract, hvorefter 7 artikler blev inkluderet til fuldtekstlæsning. Efter fuldtekstlæsning blev fire artikler inkluderet som central litteratur i projektet (4,11,12,14). Udvalgelsesprocessen for den systematiske litteratursøgning er illustreret i figur 1 nedenfor, og den fulde søgehistorik fremgår af bilag 1.



Figur 1. Flowdiagram over udvælgelsesprocessen i den systematiske litteratursøgning.
Note: Figuren er udarbejdet med inspiration fra PRISMA 2020 flowdiagram (22).

3.2.3 Kritisk vurdering af udvalgt litteratur

For at vurdere kvaliteten af den anvendte forskningslitteratur blev den kvalitative artikel af Eddy et al. (13) kritisk vurderet ved hjælp af CASP Qualitative Studies Checklist (23). Artiklen blev udvalgt, da den har tæt sammenhæng med projektets fokus på fagpersoners oplevelser af barrierer i det diagnostiske forløb ved DCD. CASP blev anvendt som en systematisk ramme til at vurdere studiets metodiske kvalitet og relevans for projektets problemformulering. Den fulde CASP-vurdering fremgår af bilag 2.

3.3 Udvælgelse og rekruttering af informanter

Informanterne blev udvalgt strategisk på baggrund af deres kliniske erfaring inden for området samt deres relevans for projektets problemfelt (24). Projektet omhandler den del af forløbet, hvor der opstår faglig bekymring og behov for vurdering, frem for børn med allerede fastlagt diagnose. Derfor blev børnelæger og børnefysioterapeuter udvalgt, da de forventes at have centrale perspektiver på vurdering og diagnostisk afklaring af børn med motoriske vanskeligheder. Kombinationen af de to faggrupper gav mulighed for at belyse det diagnostiske forløb fra forskellige faglige positioner samt undersøge forskelle og ligheder i deres oplevelser.

Informanter blev inkluderet, hvis de var børnelæger eller børnefysioterapeuter med klinisk erfaring med børn med motoriske vanskeligheder og havde mulighed for at deltage i et semistruktureret interview. Der blev ikke fastsat minimumskrav til erfaringsniveau. Derudover blev fagpersoner uden relevant klinisk erfaring med målgruppen eller uden mulighed for deltagelse ekskluderet.

Der blev tilstræbt variation i informantgruppen ved at inkludere fagpersoner fra kommunalt, regionalt og privat regi samt fra forskellige geografiske områder i Danmark (Region Hovedstaden og Region Midtjylland). Formålet var at opnå indblik i, hvordan det diagnostiske forløb kan opleves på tværs af organisatoriske, faglige og geografiske kontekster.

Rekrutteringen foregik via e-mail og gennem eksisterende praksiskontakter. I alt blev 17 informanter kontaktet, heraf 7 børnefysioterapeuter og 10 børnelæger. Fem fagpersoner accepterede deltagelse, mens 12 enten afslog eller ikke besvarede henvendelsen. De potentielle informanter blev udvalgt på baggrund af de opstillede inklusionskriterier og modtog information om projektets formål og rammerne for deltagelse. Der blev desuden indsamlet demografiske og faglige oplysninger om informanterne. Oplysningerne anvendes i anonymiseret form i præsentationen af informanterne i afsnit 4.1 Præsentation af informanter.

3.4 Dataindsamling

3.4.1 Semistrukturerede interviews

Semistrukturerede interviews blev valgt som dataindsamlingsmetode, da metoden er velegnet til at undersøge fagpersoners oplevelser, erfaringer og forståelser. Interviewformen gav mulighed for at følge op på informanternes svar og udforske deres perspektiver nærmere, samtidig med at interviewguiden sikrede, at interviewene forblev relevante i forhold til projektets problemformulering (25).

3.4.2 Interviewguide og pilotinterview

Der blev udarbejdet én fælles interviewguide til begge faggrupper. Guiden indeholdt de samme overordnede emner, men med enkelte professionsspecifikke opfølgende spørgsmål, hvor dette var relevant. Interviewguiden var opbygget omkring følgende emner: faglig baggrund og erfaring, DCD i praksis, faglig bekymring og klinisk vurdering, det diagnostiske forløb, rolle- og ansvarsfordeling samt tværfagligt samarbejde. Til børnelæger med begrænset tid til rådighed blev der desuden udarbejdet en afkortet version af interviewguiden, hvor de centrale temaer og hovedspørgsmål blev bevaret, mens enkelte uddybende spørgsmål blev udeladt. Begge versioner af interviewguiden fremgår af bilag 3.

Interviewguiden blev udformet med henblik på både at skabe sammenlignelighed mellem interviewene og give plads til informanternes forskellige faglige perspektiver. Hovedspørgsmålene blev stillet i alle interviews, mens de uddybende og opfølgende spørgsmål blev anvendt fleksibelt afhængigt af informanternes erfaringer og svar. Der blev lagt vægt på at formulere åbne spørgsmål, så informanternes egne erfaringer og forståelser kunne træde frem (25).

Inden de egentlige interviews blev interviewguiden afprøvet gennem to pilotinterviews. Formålet var at vurdere spørgsmålenes relevans, formulering og forståelighed samt interviewets længde. Pilotinterviewene gav desuden mulighed for at afprøve praktiske forhold som rollefordeling mellem interviewer og medinterviewer samt lyd kvalitet af optagelser ved både online og fysiske interviews. På baggrund af feedback blev enkelte spørgsmål præciseret og omformuleret (24). Pilotinterviewene indgår ikke i projektets interviewmateriale.

3.4.3 Gennemførelse af interviews

Interviewene blev gennemført som semistrukturerede interviews via Microsoft Teams med en varighed på cirka 30-45 minutter. Under interviewene var der en tydelig rollefordeling, hvor én person fungerede som primær interviewer, mens en anden havde rollen som medinterviewer og kunne supplere undervejs. Alle interviews blev lyddoptaget efter informeret samtykke fra informanterne. Lyddoptagelserne dannede efterfølgende grundlag for transskription og analyse.

3.5 Bearbejdning og analyse af interviewmateriale

3.5.1 Transskription

Alle interviews blev transskriberet tæt på ordret med henblik på at sikre et nuanceret og pålideligt interviewmateriale. Transskriptionen blev først udført ved hjælp af AI-transskriptionstjenesten TurboScribe, hvorefter transskriptionerne manuelt blev gennemgået og rettet med afsæt i lyddoptagelserne for at sikre korrekthed i det sagte. Der blev udarbejdet transskriptionsregler for at sikre en ensartet bearbejdning af interviewmaterialet. Transskriptionsreglerne fremgår af bilag 4. Ved gennemgangen af transskriptionerne blev mindre sproglige justeringer foretaget, herunder fjernelse af fyldord og gentagelser, når dette øgede læsbarheden uden at ændre udsagnetes meningsindhold. Informanterne blev anonymiseret ved hjælp af koderne L1, L2, F1, F2 og F3, hvor "L" angiver læge, "F" angiver fysioterapeut, og tallet angiver rækkefølgen på interviewene. I forbindelse med transskriptionen blev identificerbare oplysninger markeret og erstattet med anonymiserede betegnelser. Den forskningsetiske håndtering af anonymitet og fortrolighed beskrives nærmere i afsnit 3.8 Forskningsetiske overvejelser.

For at styrke kvaliteten af transskriptionerne blev alle interviews efterfølgende gennemgået uafhængigt af to projektmedlemmer med afsæt i lyddoptagelserne. Dette gjorde det muligt at sammenholde transskriptionerne med det sagte, afklare utydelige passager og reducere risikoen for fejl i interviewmaterialet (25).

3.5.2 Analytisk fremgangsmåde

Analysen blev gennemført med udgangspunkt i Malteruds systematiske tekst-kondensering, som består af fire analytiske trin: helhedsindtryk, meningsbærende enheder, kondensering og syntese. Metoden blev valgt, da den tilbyder en systematisk og transparent tilgang til analyse af kvalitative data (17).

I tråd med projektets overvejende induktive tilgang blev metoden anvendt som en tværgående analysestrategi på tværs af alle fem interviews. Analysen tog udgangspunkt i informanternes beskrivelser og gjorde det muligt at identificere mønstre, variationer og tematiske sammenhænge i materialet. Kodningen i trin 2 og kondenseringen i trin 3 blev foretaget med afsæt i interviewmaterialet og uden inddragelse af teori. Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng blev først inddraget efterfølgende som et fortolkende perspektiv i diskussionen af fundene.

Trin 1: Helhedsindtryk

I første trin blev alle fem interviews gennemlæst for at opnå et samlet helhedsindtryk af materialet. Formålet var at få en overordnet forståelse af indholdet uden at fokusere på detaljer. Interviewene blev først gennemgået individuelt, hvorefter de foreløbige temaer blev drøftet i projektgruppen (17). På baggrund af dette blev der identificeret seks foreløbige temaer, som fungerede som analytiske pejlemærker i det videre arbejde.

Trin 2: Meningsbærende enheder

I andet trin bevægede analysen sig fra helhed til dele. Teksten blev systematisk gennemgået med henblik på at identificere meningsbærende enheder, der belyste centrale aspekter af problemformuleringen og de foreløbige temaer. De meningsbærende enheder blev herefter kodet og organiseret på tværs af de fem interviews i kodegrupper (17).

For at skabe overblik over interviewmaterialet blev de meningsbærende enheder udskrevet, klippet ud og manuelt sorteret i foreløbige kodegrupper. Denne arbejdsform gjorde det muligt løbende at flytte, sammenholde og revurdere udsagnene samt drøfte, hvordan kodegrupperne kunne nuanceres gennem udvikling af subgrupper. Herved blev udsagnene midlertidigt løftet ud af deres oprindelige

sammenhæng og analyseret på tværs af interviewmaterialet. Dekontekstualiseringen gjorde det muligt at identificere mønstre, ligheder og variationer mellem informanternes beskrivelser, samtidig med at de meningsbærende enheder fortsat kunne føres tilbage til de oprindelige interviews.

På baggrund af denne proces blev de foreløbige temaer revurderet med henblik på at undersøge, om nogle temaer overlappede, om enkelte temaer burde samles, og om den tematiske struktur fortsat var dækkende for interviewmaterialet. Dette førte til en samlet temastruktur, som dannede grundlag for den videre kondensering.

Trin 3: Kondensering

I tredje trin blev de kodede meningsbærende enheder bearbejdet inden for hver kodegruppe. Citater og tekstpassager blev sorteret i subgrupper ud fra indholdsmæssige ligheder, hvorefter materialet blev kondenseret til kortere og mere meningsmættede beskrivelser (17). Formålet var at reducere kompleksiteten i materialet, samtidig med at den oprindelige betydning i informanternes udsagn blev bevaret. Kondensaterne blev formuleret i 1. person ental som et "kunstigt jeg" for at sammenfatte informanternes udsagn og bevare nærheden til deres oplevelser. Sideløbende blev der udvalgt guldcitater, som kunne illustrere og understøtte de analytiske pointer i resultatafsnittet.

Trin 4: Syntese

I fjerde trin blev kondenseringerne samlet og omformuleret til analytiske beskrivelser. Her blev indholdet fra subgrupperne rekontekstualiseret og sammenholdt med det oprindelige interviewmateriale for at sikre, at fortolkningerne fortsat var i overensstemmelse med informanternes udsagn.

De analytiske beskrivelser dannede grundlag for de endelige temaer, som præsenteres i resultatafsnittet med tilhørende citater (17).

3.6 Teoretisk perspektiv

Aaron Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng (OAS) anvendes som teoretisk perspektiv i projektet (26). Teorien inddrages i diskussionen med henblik på at nuancere forståelsen af, hvordan børnelæger og børnefysioterapeuter oplever og forstår det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder, samt hvordan DCD kan indgå som mulig diagnose.

Antonovsky tager afsæt i en salutogenetisk tilgang, hvor sundhed og sygdom forstås som et kontinuum, der påvirkes af både sygdomsfremmende og sundhedsfremmende faktorer. Centralt i teorien er begrebet OAS, som beskriver, hvordan mennesker kan opleve sammenhæng og mestre belastende eller komplekse omstændigheder.

OAS består af tre komponenter: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Begribelighed handler om, i hvilken grad en person oplever indre og ydre stimuli som forståelige og strukturerede frem for kaotiske og uforudsigelige. Håndterbarhed vedrører oplevelsen af at have tilstrækkelige ressourcer til at håndtere de krav, man møder. Meningsfuldhed omhandler, i hvilken grad udfordringer opleves som værd at engagere sig i (26).

I projektets kontekst anvendes OAS som et fortolkende perspektiv i diskussionen af projektets fund. Begreberne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed bruges ikke som mål for individuelle oplevelser, men til at nuancere forståelsen af, hvordan det diagnostiske forløb kan fremstå mere eller mindre sammenhængende. Teorien kan dermed bidrage til at belyse, hvordan forhold som terminologi, samarbejde, adgang til støtte og barnets hverdagsfunktion kan få betydning i arbejdet med vurdering, opsporing og diagnostisk afklaring af børn med motoriske vanskeligheder.

3.7 Brug af AI

AI blev anvendt som et supplerende redskab i projektarbejdet, herunder til sproglig sparring, strukturering af tekst, transskription og idéudvikling. Anvendelsen har udelukkende været brugt som støtte til skriveprocessen, og alt indhold

er løbende blevet kritisk vurderet og tilpasset af projektgruppen for at sikre korrekthed og overensstemmelse med projektets metodiske tilgang.

3.8 Forskningsetiske overvejelser

Projektet blev gennemført med fokus på forskningsetiske principper i Helsinkideklarationen (27) om informeret samtykke, frivillig deltagelse, anonymitet og fortrolig behandling af data. Forud for interviewene modtog alle informanterne skriftlig information om projektets formål, indhold og rammerne for deltagelse. Der blev desuden indhentet informeret samtykke gennem underskrivelse af en samtykkeerklæring, som fremgår af bilag 5.

Interviewene blev lyddoptaget efter informanternes samtykke med henblik på transskription og analyse. For at sikre fortrolighed og beskytte informanternes anonymitet blev personhenførbare oplysninger fjernet eller omskrevet i forbindelse med transskription og analyse. Den konkrete anonymisering af informanterne og interviewmaterialet er beskrevet i afsnit 3.5.1 Transskription.

Datamaterialet blev behandlet i overensstemmelse med gældende regler for behandling af personoplysninger. Lyddoptagelser, transskriptioner og øvrigt personhenførbart materiale er opbevaret på adgangsbegrænsede drev og har kun været tilgængeligt for projektgruppen og vejleder. Materialet anvendes udelukkende til projektet og destrueres efter endt bachelorperiode.

4. Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra analysen af de semistrukturerede interviews med børnelæger og børnefysioterapeuter. Afsnittet belyser informanternes oplevelser af det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder, samt hvordan DCD indgår som mulig diagnose i dette forløb. Resultaterne præsenteres tematisk og underbygges løbende med citater fra informanterne.

4.1 Præsentation af informanter

For at give et overblik over informanternes baggrund er deres demografiske og faglige oplysninger præsenteret i tabel 3. Oplysningerne er gengivet med udgangspunkt i informanternes egne angivne oplysninger, men på et overordnet niveau af hensyn til informanternes anonymitet.

Tabel 3. Oversigt over informanternes demografiske og faglige oplysninger.

Infor- mant	Alder	Køn	Uddan- nelse	Relevant efter- uddannelse	Erfaring	Praksis- kontekst	Nuvæ- rende funktion
L1	55-59 år	Kvinde	Neuropæ- diater, ph.d.	Ikke oplyst	Ca. 20 år som børnelæge	Hospital	Over- læge/bør- nelæge
L2	55-59 år	Kvinde	Læge, ph.d.	Subspecialisering i pædiatrisk pulmo- nologi	Ca. 25 år in- den for pædi- atri	Privat speciallæ- gepraksis	Praktise- rende speci- allæge i pæ- diatri
F1	45-49 år	Kvinde	Fysiotera- peut, bachelor	MABC-2, AIMS, Bayley, DNS og kurser om moto- risk usikre børn	Ca. 21 år som fysioterapeut, heraf ca. 19 år med pædi- atri	Kommu- nalt børne- og ungetil- bud	Børnefysio- terapeut
F2	50-54 år	Kvinde	Fysiotera- peut, bachelor	Ikke oplyst	Ca. 26 år som fysioterapeut	Privat praksis	Selvstændig børnefysio- terapeut
F3	40-44 år	Kvinde	Fysiotera- peut, bachelor	Kurser inden for sansemotorik, spædbørn, børne- fysioterapi, mental sundhed og læring	Knap 15 år som fysio- terapeut	Kommu- nal tvær- faglig en- hed	Børnefysio- terapeut

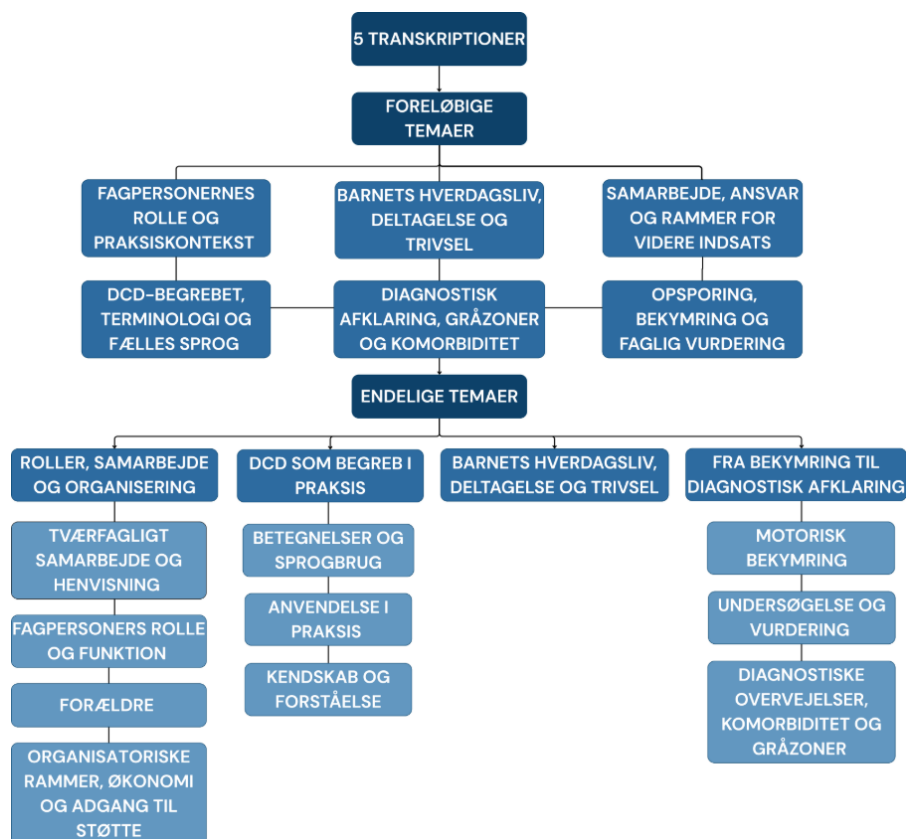
Note: Alder er angivet i intervaller, og konkrete navne på personer, arbejdspladser, kommuner og klinikker er udeladt af hensyn til anonymisering.

4.2 Præsentation af temaer

Analyseprocessen resulterede i fire overordnede temaer, som danner strukturen for præsentationen af resultaterne:

1. Roller, samarbejde og organisering
2. DCD som begreb i praksis
3. Barnets hverdagsliv, deltagelse og trivsel
4. Fra bekymring til diagnostisk afklaring

Udviklingen fra foreløbige temaer til endelige temaer og subgrupper fremgår af figur 2.



Figur 2. Udvikling fra foreløbige temaer til endelige temaer og subgrupper i analyseprocessen.

Note: Figuren viser projektgruppens tematiske bearbejdning af interviewmaterialet med afsæt i Malteruds systematiske tekstkondensering (17).

4.3 Roller, samarbejde og organisering

Dette tema omhandler, hvordan fagpersoners roller, samarbejde og organisatoriske rammer får betydning for det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder. Temaet udfoldes i de følgende fire subgrupper.

4.3.1 Tværfagligt samarbejde og henvisning

Tværfagligt samarbejde fremstår som en central del af forløbet omkring børn med motoriske vanskeligheder. Informanterne beskriver, at det ofte kræver flere faglige perspektiver at få et samlet billede af barnet. En informant udtrykker dette således:

F3: "[...] vi kan for eksempel godt sidde lidt sammen, så vi starter processen op sammen. [...] Vi bliver nødt til at snakke sammen om de her børn, vi har med at gøre."

Citatet peger på, at flere faglige perspektiver opleves som relevante i forståelsen af barnets vanskeligheder. Lægerne kan have behov for fysioterapeuters observationer, testresultater og beskrivelser af barnets funktion i hverdagen, mens fysioterapeuterne kan have behov for lægelig vurdering ved mistanke om neurologisk sygdom eller behov for diagnostisk afklaring. Samarbejdet beskrives dog sårbart, fordi det ikke altid er muligt at samle fagpersonernes vurderinger samtidig. Dette fremhæves særligt i forløb, hvor barnets motoriske vanskeligheder optræder sammen med andre udfordringer.

F1: "Nogle gange så kan samtidigheden være svær. Så hvis jeg er blevet inddraget omkring et barn, og jeg får øje på, at det her ikke bare er motoriske vanskeligheder, men at der nok også er noget med koncentration og opmærksomhed, så ville det jo være rart, at vi kunne rykke sammen i bussen alle faggrupper på én gang, altså psykologer, fysioterapeut og pædagoger. Men det sker jo, at der er ventetid."

Citatet viser, at tværfagligt samarbejde kræver timing og koordinering. Når fagpersonerne ikke kan "rykke sammen" samtidigt, kan det gøre afklaringen mere usammenhængende. Henvisning og opfølgning beskrives desuden som sårbare

dele af forløbet, fordi barnet ofte bevæger sig mellem forskellige fagpersoner og sektorer. En informant beskriver denne usikkerhed således:

L1: "[...] det er den formidling videre, som man bare sender ud i verden, og så håber man, at nogen andre griber bolden. Så min usikkerhed ligger mere i, om der er nogen, der griber bolden."

Udsagnet peger på en bekymring for, om barnet følges videre i systemet, og om ansvaret for opfølgning er tydeligt placeret. Samlet fremstår samarbejdet som en forudsætning for at opnå en bred forståelse af barnets vanskeligheder, men også som et område, der kan udfordres af uklare ansvarsfordelinger, overlevering af information og ventetid.

4.3.2 Fagpersoners rolle og funktion

Informanterne beskriver deres roller som tæt knyttet til deres faglige og organisatoriske placering. Børnelægerne fremhæver især en diagnostisk og afklarende funktion, hvor de skal vurdere, om barnets motoriske vanskeligheder kan skyldes bagvedliggende sygdom eller andre udviklingsmæssige problemstillinger. Hos en informant kommer dette ansvar til udtryk i følgende udsagn:

L1: "Når børn kommer til mig, så står der jo ikke 'her er der Developmental Coordination Disorder' det er min beslutning."

L1: "Jeg bliver jo tvunget til at være den, der er eksperten og træffer beslutningen."

Citaterne viser, at lægernes rolle ikke alene handler om at undersøge barnet, men også om at vurdere, udelukke andre forklaringer og træffe beslutning om videre udredning eller diagnose. En anden læge beskriver sin funktion som en form for gatekeeper.

L2: "Det er jo at være afklarende om, om det her er noget, der skønnes at være grund til bekymring omkring ... og være gatekeeper på om det er noget, der skal sendes videre."

Fysioterapeuterne beskriver i højere grad deres rolle som undersøgende, vejledende og formidlende. De bidrager med viden om barnets motoriske funktion i

hverdagsnære sammenhænge, men beskriver samtidig, at de ikke nødvendigvis står alene med ansvaret for det videre forløb. En informant beskriver sin rolle således:

F2: "Jeg definerer lidt mig selv som en brik i et større puslespil. At det ikke er mig alene, der gør den store forandring."

Udsagnet peger på, at fysioterapeuten bidrager med et vigtigt fagligt perspektiv, men ikke nødvendigvis står alene med ansvaret for barnets videre forløb.

Samlet fremstår lægernes og fysioterapeuternes roller som forskellige, men gensidigt afhængige i den samlede vurdering af barnet.

4.3.3 Forældre

Forældre beskrives som centrale samarbejdspartnere i forløbet. De har ofte vigtig viden om barnets hverdag og udvikling over tid, og deres bekymring kan være med til at igangsætte et videre forløb. En informant beskriver:

L1: "De fleste forældre, de vil deres barn det bedste. Og på en god måde. Så de lytter til, hvad lægen har fortalt. Og samarbejdet er rigtig fint omkring, hvis der skal laves nogen undersøgelser, og de formidler det [...] og viderebringer beskeder."

Citatet viser, at forældrene i mange tilfælde er aktive og engagerede i barnets forløb. Samtidig peger udsagnet på, at forældre i nogle tilfælde får en vigtig rolle i videreformidlingen af information mellem fagpersoner og sektorer. Dermed kan forældre også komme til at bidrage til at skabe sammenhæng i barnets forløb.

Flere informanter beskriver, at forældre efterspørger konkrete handlemuligheder og vejledning, som kan omsættes i hverdagen. En informant beskriver:

F1: "De er meget glade for at få nogle konkrete værktøjer til, hvad skal vi gøre for at få den udvikling, vi gerne vil se."

Udsagnet peger på, at forældresamarbejdet ikke kun handler om at informere forældrene, men også om at give dem redskaber, som kan anvendes i barnets dagligdag. Samtidig beskrives samarbejdet som noget, der kan være udfordrende,

særligt når forældrenes bekymring ikke stemmer overens med fagpersonens vurdering:

F1: "Der, hvor jeg synes, det kan være udfordrende nogle gange, det er, hvis forældres bekymring er rigtig stor, og jeg med mine faglige briller tænker ro på. Jeg er egentlig ikke så bekymret, og jeg evner ikke helt at få det forklaret for dem."

Citatet viser, at fagpersonen både skal tage forældrenes bekymring alvorligt og samtidig formidle sin faglige vurdering på en måde, som forældrene kan forstå og handle ud fra. I den forbindelse fremhæves relationen som væsentlig, fordi samarbejdet kræver tryghed, tid og tilpasning til den enkelte familie:

F2: "Alt starter med en god relation. [...] Så jeg giver mig god tid til at snakke og være der og lytte."

Samlet fremstår forældresamarbejdet som en central, men til tider krævende del af forløbet, hvor forældrenes viden, bekymring, videreformidling af information og mulighed for at omsætte vejledning har betydning for barnets videre støtte.

4.3.4 Organisatoriske rammer, økonomi og adgang til støtte

De organisatoriske rammer beskrives som afgørende for, hvilken hjælp og opfølgning barnet har mulighed for at få. Flere informanter peger på, at børn med primært motoriske vanskeligheder kan være svære at placere i systemet, særligt hvis vanskelighederne ikke ledsages af en diagnose, der automatisk udløser støtte. En læge beskriver denne gruppe børn således:

L1: "Det er mere, hvor det er kun det motoriske. Jeg tror, det er dem, der kan have de der barrierer med at få noget træning, så det kan blive bedre."

En fysioterapeut peger ligeledes på, at der mangler tydelige rammer for indsats:

F1: "Altså ligesom hvis man har en cerebral parese, så er man ligesom berettiget til vederlagsfri fysioterapeut. Så der er jo ikke nogen lovgivning, der sætter det i gang."

Citaterne peger samlet på, at børn med motoriske vanskeligheder kan falde mellem eksisterende tilbud, når der ikke er en klar diagnose eller lovgivningsmæssig ramme, som sikrer adgang til støtte. Økonomi fremstår samtidig som en faktor, der kan få betydning for adgangen til indsats. En informant fremhæver, at:

L1: "Det er jo ikke alle familier, der har råd til fysioterapi selv."

Dette peger på en mulig skævhed, hvor nogle familier har mulighed for at betale for privat fysioterapi eller benytte sundhedsforsikring, mens andre er afhængige af kommunale eller regionale tilbud. Denne problematik understøttes af udsagnet:

F2: "Jeg synes, vi har en skævvridning, og jeg ville ønske, at det, jeg laver, kunne jeg lave i en kommunal sammenhæng. Men det kan jeg ikke."

Informanterne beskriver desuden, at korte afklarings- eller vejledningsforløb ikke nødvendigvis opleves som tilstrækkeligt for børn med længerevarende motoriske vanskeligheder:

F2: "Så en genoptræningsplan på otte gange gør ingen forskel. Eller at der kommer en PPR-fysioterapeut på tre gange. Jo, det kan give afklaring. Så står man der."

Citatet peger på en forskel mellem afklaring og egentlig indsats, hvor nogle børn får afklaring uden nødvendigvis at få den kontinuerlige indsats, de har behov for.

Samlet fremstår adgangen til støtte som afhængig af organisatoriske rammer, økonomiske muligheder og lokale tilbud.

4.4 DCD som begreb i praksis

Dette tema omhandler, hvordan DCD forstås, omtales og anvendes blandt informanterne i relation til børn med motoriske vanskeligheder. Temaet udfoldes i de følgende tre subgrupper.

4.4.1 Betegnelser og sprogbrug

Informanterne beskriver, at der anvendes flere forskellige betegnelser for børn med motoriske vanskeligheder. DCD nævnes sammen med begreber som dyspraksi, apraksi, motorisk usikkerhed, forsinket motorisk udvikling og koordinationsvanskeligheder. En informant formulerer variationen i betegnelser således:

F3: "I min tidligere praksis trænede jeg med en dreng, og der blev det kaldt dyspraksi. Og det er sådan lidt det her med, at kært barn har mange navne."

Udsagnet illustrerer, at der ikke anvendes et ensartet sprog om denne gruppe børn. En informant peger desuden på, at DCD mangler en tydelig dansk betegnelse:

L1: "Der er nogen forældre, der siger, hvad er det for noget? Hvorfor er der ikke et dansk navn? [...] Der mangler en dansk term på det."

Den manglende danske betegnelse kan gøre det vanskeligere at formidle, hvad diagnosen dækker over, til forældre og andre fagpersoner. Samtidig beskrives hverdagsnære og værdiladede betegnelser som "doven", "kluntet" eller "gider ikke" som problematiske, fordi de kan give indtryk af, at barnets vanskeligheder handler om motivation frem for motoriske forudsætninger. En informant formulerer dette tydeligt:

F2: "[...] de siger, at mit barn er dovent, eller mit barn er lidt kluntet, eller mit barn gider ikke. Det stritter altid lidt på mig, når jeg hører det både fra personale og forældre. Og jeg tager altid fat i forældre og siger, jeg tror ikke på, at dit barn er dovent."

Samlet viser subgruppen, at sprogbruget beskrives som betydningsfuldt for forståelsen af barnets vanskeligheder. Informanterne peger både på behovet for fælles faglige betegnelser og på, at hverdagsnære beskrivelser kan påvirke forståelsen af barnet.

4.4.2 Anvendelse i praksis

DCD beskrives af flere informanter som en diagnose, der fortsat har en begrænset og uafklaret plads i praksis. To informanter beskriver det således:

F2: "Den er ikke særlig anvendt i Danmark, men den findes."

L2: "Jeg bruger ikke det der ord der [...] Jeg tror bare, at vi så giver dem sådan en OBS-diagnose [...]."

Udsagnene peger samlet på, at DCD ikke nødvendigvis indgår som en naturlig del af klinisk praksis. Hvor den ene informant beskriver diagnosen som eksisterende, men begrænset anvendt, giver den anden udtryk for usikkerhed omkring selve begrebet og beskriver, hvordan børnene i stedet kan tildeles bredere eller mere foreløbige diagnostiske betegnelser.

Flere fysioterapeuter beskriver samtidig, at DCD kan være en faglig opmærksomhed eller mistanke, men at der er en tilbageholdenhed i forhold til at anvende begrebet som diagnose. En informant beskriver det således:

F1: "Det er noget, som jeg og andre har opmærksomhed på, at vi skal nok blive bedre til at turde kalde det. Og som fysioterapeuter må vi jo gerne bruge betegnelsen DCD."

Tilbageholdenheden knyttes blandt andet til, at diagnoser i praksis forbindes med lægernes rolle. Samme informant uddyber:

F1: "[...] når det bliver sådan lidt diagnose, så synes jeg, at der er lidt en kultur for, i hvert fald i Danmark, at så er det læger. Så jeg tror, at det er den, der er for mig, at jeg er sådan påpasselig."

Denne forståelse understøttes af en anden fysioterapeut, som fremhæver børnelægernes placering i diagnosesystemet:

F2: "Jeg tror, at vi bliver nødt til at få fat i de her børnelæger, for det er jo ligesom dem, der sidder på magten, kan man sige, i diagnosesystemet."

Citaterne peger på, at der kan være forskel mellem at kende eller kunne anvende DCD-begrebet og at opleve det som legitimt at bruge det i praksis.

Samlet fremstår DCD som et begreb, der anvendes forskelligt afhængigt af fagperson, praksiskontekst og diagnostisk ansvar.

4.4.3 Kendskab og forståelse

Kendskabet til DCD fremstår varierende blandt informanterne. Flere beskriver, at diagnosen ikke nødvendigvis er bredt kendt på tværs af faggrupper, hvilket kan få betydning for, om barnets vanskeligheder genkendes og forstås som mulig DCD. To fysioterapeuter beskriver blandt andet denne variation i relation til læger og praktiserende læger:

F3: "Vi oplever, at nogle læger ved lidt om det, og nogle nærmest ikke rigtig noget om det."

F1: "[...] hvis jeg sådan taler rundt om, at det kunne være DCD, så skal jeg jo håbe på, at jeg skriver til en praktiserende læge, der ved, hvad DCD er. Og det ved jeg faktisk ikke, om alle praktiserende læger ved."

Denne variation genfindes også i en læges egen beskrivelse, hvor kendskabet til DCD kobles til faglig specialisering:

L2: "Jeg ved ikke, hvad det er defineret som. [...] Det her er måske lige en målgruppe, som er mange af os, som egentlig er sådan lidt 'nå, men det ved jeg da egentlig ikke lige hvad er'."

Udsagnene peger samlet på, at manglende eller varierende kendskab ikke kun handler om den enkelte fagpersons viden, men også kan hænge sammen med faglig specialisering og få betydning for, hvordan barnets vanskeligheder forstås og følges videre i forløbet.

Når informanterne beskriver, hvad DCD indebærer, fremhæves DCD som mere end klodsethed. Den forstås som vanskeligheder med motorisk læring, koordination, planlægning og overførsel af færdigheder. Manglende viden kan ifølge en informant føre til, at barnets vanskeligheder misforstås:

L1: "Jeg kunne godt savne, at der var lidt mere viden omkring det, så man vidste, at det ikke skyldes dovenskab, men at man har sværere ved at lære."

Citatet peger på, at øget kendskab til DCD kan bidrage til en mere nuanceret forståelse af barnets vanskeligheder. I materialet fremhæves diagnosen desuden som en mulig forklaringsramme for barnet og familien, fordi den kan tydeliggøre, hvorfor barnet har vanskeligt ved at lære og overføre motoriske færdigheder i hverdagen.

Samlet viser subgruppen, at kendskab til DCD har betydning for, om barnets vanskeligheder genkendes, videreformidles og forstås som en mulig del af et diagnostisk forløb.

4.5 Barnets hverdagsliv, deltagelse og trivsel

Dette tema præsenteres samlet uden subgrupper og omhandler, hvordan barnets hverdagsliv, deltagelse og trivsel indgår i informanternes vurdering af motoriske vanskeligheder.

Informanterne beskriver, at motoriske vanskeligheder især bliver væsentlige, når de begrænser barnet i hverdagen. Det handler ikke kun om, hvorvidt barnet bevæger sig anderledes, men om hvordan vanskelighederne påvirker barnets aktivitet, deltagelse og mulighed for at fungere i hverdagen. En fysioterapeut beskriver, hvordan dette kan komme til udtryk i almindelige hverdagsaktiviteter:

F1: "Han havde svært ved at lære at lyne sin jakke, at binde sine snørebånd, at lyne sin taske og sådan nogle ting, som man egentlig bare, når man er skolebarn, ofte gør helt automatisk."

Citatet viser, at motoriske vanskeligheder kan få betydning i konkrete situationer, som ellers forventes at være en del af barnets almindelige hverdag. Vanskelighederne viser sig særligt i sammensatte aktiviteter som påklædning, spisning, skrivning, boldspil, idræt eller leg med jævnaldrende. En fysioterapeut beskriver en erfaring fra praksis:

F1: "Han kunne godt lave en sprællemænd, men når han skulle lave flere, så gik det helt i koks for ham. [...] Hvis han skulle lave en squat, så kunne han lave squat med benene, men han kunne ikke samtidig sætte armene på."

Citatet illustrerer, at vanskelighederne især opstår, når barnet skal få flere bevægelser til at fungere sammen. I hverdagen kan det få betydning for barnets mulighed for at klare almindelige aktiviteter og deltage på lige fod med andre børn.

De motoriske vanskeligheder beskrives også som betydningsfulde for barnets sociale deltagelse. Hvis barnet ikke kan følge med sine jævnaldrende, eller gentagne gange oplever nederlag i bevægelsesaktiviteter, kan det påvirke barnets lyst til at deltage. En informant beskriver betydningen af at kunne være med:

F2: "Alle børn vil bare gerne ligne de andre og være med."

Udsagnet peger på, at motoriske vanskeligheder ikke kun handler om praktiske færdigheder, men også om barnets mulighed for at indgå i fællesskaber og opleve sig som en del af gruppen.

Samtidig er barnets trivsel tæt koblet til overskuddet i hverdagen. Flere informanter beskriver, at almindelige aktiviteter kan kræve ekstra energi, og at gentagne nederlag eller oplevelsen af ikke at kunne følge med kan påvirke barnets selvtillid og lyst til at deltage.

Samlet beskriver informanterne, at barnets hverdagsfunktion, deltagelse og trivsel tillægges stor betydning i vurderingen af motoriske vanskeligheder. Det er ikke alene de motoriske færdigheder i sig selv, men også konsekvenserne for barnets hverdag, der får betydning for vurderingen af behovet for videre undersøgelse, støtte og eventuel diagnostisk afklaring.

4.6 Fra bekymring til diagnostisk afklaring

Dette tema omhandler processen fra den første motoriske bekymring til undersøgelse, vurdering og eventuel diagnostisk afklaring hos børn med motoriske vanskeligheder. Temaet udfoldes i de følgende tre subgrupper.

4.6.1 Motorisk bekymring

Bekymringen for barnets motoriske udvikling opstår ofte hos de voksne, som ser barnet i hverdagen. Informanterne peger på, at forældre, lærere, pædagoger og fysioterapeuter typisk er de første, der registrerer, at et barn ikke udvikler sig

motorisk alderssvarende. En informant beskriver, hvordan bekymringen typisk opstår:

F1: "Det er typisk fra forældre og/eller pædagoger. Det er ikke altid, de ser helt ens på barnet. Nogle gange er forældrene mere bekymrede end pædagogerne, men nogle gange er det også omvendt."

Citatet viser, at bekymringen ofte opstår i barnets nærmiljø, men også at de voksne omkring barnet kan vurdere barnets vanskeligheder forskelligt. Forældrenes observationer tillægges samtidig stor betydning, fordi de kender barnet på tværs af situationer og over tid. En informant beskriver:

F2: "Forældre har en ret stærk mavefornemmelse. Og den skal man følge hvis man er bekymret."

Bekymringen skal dog kvalificeres fagligt. Det indebærer både at tage forældres og fagpersoners bekymring alvorligt og at vurdere, om barnets vanskeligheder er indgribende i hverdagen eller giver mistanke om behov for videre udredning. En læge beskriver:

L1: "Og så læser vi jo kritisk, om det er bekymrende nok, om der ligesom er mistanke om neurologisk sygdom, og om det er så indgribende, at det kræver yderligere udredning."

Citatet viser, at bekymringen først bliver grundlag for videre udredning, når den vurderes som fagligt betydningsfuld og indgribende for barnet. Bekymringen bliver desuden særligt væsentlig, når barnets vanskeligheder er vedvarende, påvirker hverdagsfunktionen eller ikke ændrer sig trods vejledning og støtte. Samlet viser subgruppen, at motorisk bekymring både opstår i barnets nærmiljø og kvalificeres gennem fagpersoners vurdering af barnets udvikling, hverdagsfunktion og behov for videre afklaring.

4.6.2 Undersøgelse og vurdering

Undersøgelse og vurdering af børn med motoriske vanskeligheder beskrives som en sammensat proces, hvor flere typer oplysninger må inddrages. Informanterne

fremhæver blandt andet anamnese, udviklingshistorik, motoriske milepæle, observationer, testredskaber og beskrivelser af barnets hverdagsfunktion. En informant udtrykker betydningen af at kombinere forskellige vurderingsformer således:

F1: "En test kan ikke stå alene, men jeg vil også være ked af at lade min observation stå alene."

Citatet viser, at vurderingen ikke kan baseres på én enkelt undersøgelsestype. Redskaber som Movement ABC, DCDQ og andre motoriske screeninger kan understøtte undersøgelsen, men de må indgå som en del af en samlet faglig vurdering.

Vurderingen handler samtidig om at undersøge, hvordan vanskelighederne viser sig i barnets daglige aktiviteter. En informant beskriver:

F1: "Hvis jeg hører om, at et barn har finmotoriske vanskeligheder, så går jeg selvfølgelig lige lidt på opdagelse med at spørge ind til, hvordan ser I det? Hvad er det, der er svært i det daglige? Og i hvilken grad påvirker vanskelighederne barnet?"

Udsagnet peger på, at undersøgelsen ikke kun retter sig mod barnets motoriske præstation i en enkelt situation, men også mod vanskelighedernes betydning i hverdagen. Derfor får beskrivelser fra forældre, pædagoger og lærere betydning for vurderingen, fordi de kan bidrage med viden om barnets funktion på tværs af situationer.

Vurderingen beskrives desuden som en proces, der kan kræve opfølgning over tid:

F3: "Man skal lige se det an over tid, så man ikke får sagt at han har da helt sikkert DCD. Man kan godt have lidt svært ved at styre sin krop i en periode af sit liv. Og så ændrer det sig faktisk, uden at det har noget med DCD at gøre."

Citatet peger på, at det i den samlede vurdering bliver vigtigt at skelne mellem forbigående motorisk usikkerhed og motoriske vanskeligheder, der er vedvarende og indgribende nok til at pege i retning af DCD.

Samlet viser subgruppen, at undersøgelse og vurdering bygger på en helhedsorienteret vurdering af barnets motorik, hverdagsfunktion og udvikling over tid.

4.6.3 Diagnostiske overvejelser, komorbiditet og gråzoner

Diagnostisk afklaring ved motoriske vanskeligheder kræver, at barnets udfordringer vurderes i sammenhæng med barnets samlede udvikling, funktion og eventuelle samtidige vanskeligheder. Informanterne beskriver, at DCD derfor sjældent kan vurderes isoleret, men må forstås i relation til andre mulige forklaringer på barnets vanskeligheder. En læge beskriver vigtigheden af at skelne mellem forskellige mulige forklaringer:

L1: "Det er jo vigtigt at få afklaret om det er mere motoriske problem, eller om det er et opmærksomhedsproblem."

Citatet viser, at motoriske vanskeligheder ikke nødvendigvis kan forstås som en afgrænset motorisk problematik. De kan også ligne eller hænge sammen med opmærksomhedsvanskeligheder, sproglige vanskeligheder, autismespektrumsforstyrrelser eller andre udviklingsmæssige problematikker. Gråzonen opstår, når barnets vanskeligheder både kan forstås som motoriske, opmærksomhedsmæssige og som del af en bredere udviklingsproblematik. Derfor bliver differentialdiagnostiske overvejelser en central del af vurderingen.

Samtidig beskriver informanterne, at komorbiditet kan gøre det vanskeligere at få øje på de motoriske vanskeligheder. En informant beskriver, hvordan opmærksomhedsforstyrrelser kan komme til at fylde mest:

L1: "Hvis de to sidder sammen, så er jeg helt sikker på, at folk går ADHD-vejen. [...] Men for barnet er begge dele jo lige vigtige."

Udsagnet peger på, at én problematik kan komme til at dominere forløbet, hvis den er mere synlig eller forstyrrende for omgivelserne. Samtidig fremhæves det, at motoriske vanskeligheder fortsat kan have stor betydning for barnet, selvom de optræder sammen med andre vanskeligheder.

Flere informanter beskriver derfor en forsigtighed i forhold til at anvende DCD som diagnose for tidligt. En informant beskriver:

F1: "Jeg vil gerne gå med livrem og seler og sikre mig, at der ikke er noget, jeg overser."

Denne forsigtighed handler blandt andet om ikke at overse andre forklaringer, herunder neurologiske eller udviklingsmæssige problemstillinger.

Samlet peger subgruppen på, at DCD indgår i et diagnostisk felt præget af gråzoner, hvor afklaringen kræver blik for både motorik, komorbiditet og mulige differentialdiagnostiske forklaringer.

4.7 Sammenfatning

På tværs af resultaterne fremgår det, at det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder formes af faglige vurderinger, samarbejde og organisatoriske rammer. DCD indgår som en mulig diagnostisk overvejelse og forklaringsramme, men ikke som et entydigt eller systematisk anvendt begreb i praksis. Resultaterne peger samtidig på, at barnets hverdagsfunktion, forældrenes viden og adgang til relevante tilbud har betydning for, om barnet følges videre i et sammenhængende forløb.

5. Diskussion

Diskussionsafsnittet består af en resultatdiskussion og en metodediskussion. I resultatdiskussionen diskuteres undersøgelsens centrale fund på tværs af resultatafsnittets temaer og i relation til problemformuleringen, relevant litteratur og Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng (OAS) (26). Herefter diskuteres projektets metodiske valg og deres betydning for projektets fund med udgangspunkt i de kvalitative vurderingskriterier: troværdighed, pålidelighed, bekræftelighed og overførbarhed (18).

5.1 Resultatdiskussion

5.1.1 DCD som mulig diagnose i det diagnostiske forløb

Et centralt fund i projektet er, at DCD ikke fremstår som en fast integreret diagnose i praksis, men snarere som en mulig diagnostisk forståelsesramme hos børn med motoriske vanskeligheder. Fundet rejser spørgsmålet om, hvilken betydning det har for forløbet, når DCD eksisterer som diagnose, men ikke fungerer som et fælles og entydigt praksisbegreb blandt fagpersoner.

På den ene side kan DCD bidrage med et mere præcist sprog for børn med udviklingsbetingede motoriske vanskeligheder, fordi begrebet kan afgrænse en undergruppe af børn inden for den bredere betegnelse motorisk usikkerhed (5). Det kan gøre det lettere at forstå og formidle, at barnets vanskeligheder ikke skyldes manglende motivation, men kan hænge sammen med vanskeligheder med motorisk læring og koordination.

På den anden side viser fundene, at DCD ikke anvendes konsekvent blandt informanterne, og at der bruges flere forskellige betegnelser. Fundet om, at DCD mangler en tydelig dansk betegnelse, kan desuden have betydning for, hvordan begrebet formidles til forældre og andre fagpersoner. Dette kan betyde, at fagpersoner og familier ikke nødvendigvis har et fælles sprog for barnets vanskeligheder. Diagnosens betydning afhænger derfor ikke alene af, om DCD nævnes, men af om begrebet anvendes på en måde, der skaber fælles forståelse mellem de involverede aktører.

Det varierende kendskab til DCD kan desuden sammenholdes med Klein et al. (14), som beskriver, at manglende viden hos sundhedsprofessionelle og undervisere kan udgøre en barriere for adgang til diagnostisk afklaring og støtte. Fundene i projektet peger dog på, at udfordringen ikke kun handler om viden, men også om hvem der har ansvar og legitimitet til at anvende DCD-begrebet. Dermed bliver DCD ikke nødvendigvis et tydeligt diagnostisk spor fra begyndelsen, men en mulig overvejelse blandt flere forståelser af barnets vanskeligheder.

Set i relation til Antonovskys begreb om begribelighed kan DCD forstås som en forklaringsramme, der bidrager til at skabe mening og sammenhæng i forståelsen af barnets vanskeligheder. Omvendt kan et uklart eller varierende brug af DCD-

begrebet gøre det vanskeligere for både fagpersoner og familier at opnå en fælles forståelse af barnets situation. Diagnosens værdi afhænger derfor ikke alene af dens eksistens, men af hvordan den anvendes og forstås i praksis (26).

5.1.2 Diagnostisk vurdering mellem test, kliniske observationer og hverdagsfunktion

Når DCD ikke anvendes som et entydigt praksisbegreb, får det også betydning for, hvordan børn med motoriske vanskeligheder vurderes. Det næste spørgsmål bliver derfor, hvilke elementer der tillægges betydning i den diagnostiske vurdering. Fundene viser, at vurderingen af børn med motoriske vanskeligheder opleves som en helhedsorienteret proces, hvor testresultater, kliniske observationer og hverdagsbeskrivelser må ses i sammenhæng. Dette kan ses i relation til kliniske anbefalinger for DCD, hvor vurderingen ikke alene omfatter barnets motoriske færdigheder, men også barnets funktion i hverdagen og afklaring af, om vanskelighederne bedre kan forklares af andre forhold (6,9). Det understøtter, at systematik i vurderingen er vigtig, men at systematikken må indgå i en bredere forståelse af barnets samlede situation.

Hverdagsfunktionen får dermed en central rolle i vurderingen, fordi motoriske vanskeligheder ikke alene handler om barnets motoriske færdigheder, men også om konsekvenserne for deltagelse, trivsel og daglige aktiviteter. Dette kan sammenholdes med Wiegaard et al. (5), som fremhæver, at en ICF-orienteret tilgang kan bidrage til en bred vurdering, hvor både kropsfunktion, aktivitet, deltagelse og omgivelsesfaktorer inddrages. O'Dea et al. (10) viser desuden, at børn og unge med DCD kan opleve et misforhold mellem egne færdigheder og hverdagens krav, hvilket understøtter, at barnets hverdagsfunktion bør indgå som en central del af vurderingen.

På den ene side kan den helhedsorienterede vurdering bidrage til en mere nuanceret forståelse af barnets vanskeligheder, fordi motoriske vanskeligheder både kan optræde isoleret og sammen med andre udviklingsmæssige vanskeligheder (6). På den anden side kan den brede vurdering gøre det vanskeligere at afgrænse, hvornår DCD bør overvejes som mulig diagnose. Der kan derfor opstå en

balance mellem ønsket om en grundig og nuanceret vurdering og behovet for diagnostisk afklaring på det rette tidspunkt.

I relation til Antonovskys teori om OAS kan den helhedsorienterede vurdering både skabe mere forståelse og samtidig udfordre forløbets overskuelighed. Vurderingen kan styrke begribeligheden, når barnets vanskeligheder samles til en mere sammenhængende forklaring. Samtidig kan den styrke meningsfuldheden, når vurderingen tager udgangspunkt i de aktiviteter og situationer, der har konkret betydning for barnet i hverdagen. Omvendt kan håndterbarheden udfordres, hvis det for fagpersoner og familier er uklart, hvordan oplysninger fra forskellige faglige vurderinger skal omsættes til konkrete beslutninger og videre handling (26).

5.1.3 Samarbejde, ansvar og adgang til videre indsats

Når vurderingen bygger på flere informationskilder og faglige perspektiver, bliver samarbejdet mellem aktørerne centralt. Det rejser derfor spørgsmålet om, hvordan ansvar og videre opfølgning organiseres i praksis. Informanterne beskriver, at ingen fagperson alene har det fulde billede af barnets vanskeligheder, og flere forskellige faglige perspektiver derfor må bringes sammen for at skabe en samlet forståelse. Dette kan ses i relation til Blank et al. (6), som fremhæver værdien af en tværfaglig tilgang samt behovet for tydeligere ansvars- og samarbejdsmodeller i klinisk praksis.

Samtidig viser fundene, at samarbejdet kan blive sårbart, når ansvar, kommunikation og henvisningsveje ikke er tydeligt placeret. Læger og fysioterapeuter bidrager med forskellige, men komplementære perspektiver, hvor lægerne har en central rolle i diagnostisk afklaring og andre mulige forklaringer, mens fysioterapeuterne bidrager med viden om barnets motoriske funktion, aktivitet og deltagelse i hverdagen. Rollefordelingen kan understøtte en helhedsorienteret vurdering, men kan samtidig skabe usikkerhed, hvis det ikke er tydeligt, hvem der skal sikre videre udredning eller opfølgning.

Forældrenes rolle kan diskuteres i relation til ansvar og adgang i forløbet. På den ene side fremstår forældrene som en vigtig ressource, fordi de har viden om barnets hverdag og udvikling over tid. På den anden side viser fundene, at forældrene også kan få et stort ansvar for at skabe sammenhæng mellem fagpersoner og sektorer. Dette kan sammenholdes med Klein et al. (14) og Eddy et al. (13), som beskriver, at familier kan opleve uensartede adgangsveje, manglende viden hos fagpersoner og manglende sammenhæng i forløbet som barrierer for diagnostisk afklaring og støtte. Dette peger på, at forældrenes centrale rolle både kan være en ressource i forløbet og samtidig afspejle, at ansvar og koordinering ikke altid er tydeligt placeret. Samtidig kan et stort forældreansvar risikere at skabe ulighed i forløbet, fordi familiers ressourcer, viden og mulighed for at navigere i systemet kan variere.

Samlet peger fundene på, at samarbejde ikke alene handler om at inddrage flere fagpersoner, men om at skabe tydelige adgangsveje, klar ansvarsfordeling og sammenhæng i det videre forløb.

Set i relation til Antonovskys begreb håndterbarhed kan uklare adgangsveje og ansvarsfordelinger svække familiens mulighed for at håndtere barnets situation. Omvendt kan tydelige henvisningsveje, klar kommunikation og adgang til relevante fagpersoner styrke oplevelsen af, at situationen kan håndteres. Fundene peger på, at private tilbud eller sundhedsforsikringer kan give hurtigere adgang til hjælp, men samtidig bidrage til ulighed, hvis støtten afhænger af familiens ressourcer. Dermed risikerer adgangen til videre vurdering og indsats at afhænge af familiens mulighed for at navigere i systemet frem for alene af barnets behov (26).

5.2 Metodediskussion

5.2.1 Troværdighed

Troværdigheden i projektet vurderes ud fra, om de metodiske valg har givet et dækkende indblik i børnelægers og børnefysioterapeuters oplevelser af det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder. De semistrukturerede

interviews vurderes som relevante til dette formål, men troværdigheden afhænger samtidig af, hvilke informanter der blev rekrutteret, og hvor dybdegående deres perspektiver kom frem i interviewene.

Rekrutteringen kan have haft betydning for, hvilke perspektiver der kom frem i materialet. Da informanterne blev rekrutteret gennem faglige kontakter, praksis-netværk eller på baggrund af erfaring med motoriske vanskeligheder eller DCD, kan de have haft en større faglig interesse for området end fagpersoner generelt. Der blev ikke fastsat et formelt minimumskrav til informanternes erfaringsniveau, men alle informanterne havde relevant erfaring med børn med motoriske vanskeligheder. Dette kan have bidraget til mere nuancerede beskrivelser af DCD og det diagnostiske forløb, men samtidig en risiko for, at udfordringer eller manglende kendskab til diagnosen blev underrepræsenteret. Omvendt viste materialet variation i kendskab, idet én af lægerne ikke kendte DCD-begrebet. Denne variation styrker undersøgelsens relevans, fordi den netop belyser, hvordan DCD kan indgå forskelligt i praksis.

De semistrukturerede interviews gav mulighed for at stille åbne spørgsmål og følge op på informanternes egne beskrivelser. Det vurderes som en styrke, fordi interviewformen gav plads til nuancer og uventede perspektiver. Derudover kan interviewenes kvalitet have været påvirket af variation i interviewernes erfaring, opfølgende spørgsmål og dynamikken i de enkelte interviews. Dette blev forsøgt imødekommet ved at anvende samme interviewguide og ved, at der deltog en medinterviewer, som kunne stille supplerende spørgsmål og sikre, at centrale emner blev berørt. Det kan dog fortsat have haft betydning, at nogle interviews var kortere end andre, og at interviewene blev gennemført via Microsoft Teams, hvor nonverbal kommunikation kan være vanskeligere at opfange.

5.2.2 Pålidelighed

Pålideligheden i projektet vurderes ud fra, om arbejdsprocessen fremstår tilstrækkeligt gennemsigtig til, at læseren kan følge grundlaget for de fund, der præsenteres. Det vurderes som en styrke, at der er arbejdet systematisk med sammenhængen mellem problemformuleringen, interviewguide, analyseproces og

endelige temaer. Dette bidrager til at fundene ikke fremstår som løsrevne fortolkninger, men kan føres tilbage til informanternes beskrivelser af det diagnostiske forløb.

Gennemsigtigheden i analysen er søgt styrket gennem en systematisk beskrivelse af analyseprocessen med udgangspunkt i Malteruds fire trin. Den manuelle sortering af meningsbærende enheder gjorde det muligt at skabe overblik over interviewmaterialet og drøfte sammenhænge, forskelle og overlap mellem foreløbige temaer og subgrupper. Gruppens fælles drøftelse af citater, kodegrupper og temaer kan have styrket pålideligheden ved at nuancere og udfordre de analytiske pointer. Samtidig ændrer dette ikke ved, at udvælgelse, kodning og tematisering indebærer fortolkende valg. Projektgruppens fælles fysioterapeutiske forforståelse kan i den forbindelse have haft betydning for, hvilke mønstre der blev tillagt vægt i analysen.

Pålideligheden skal derfor ikke forstås som et spørgsmål om, hvorvidt analysen kan gentages med identiske resultater, men om hvorvidt læseren kan følge vejen fra interviewmateriale til fund.

5.2.3 Bekræftelighed

Projektgruppens fysioterapeutiske forforståelse kan have haft betydning for, hvilke dele af interviewmaterialet der blev tillagt særlig opmærksomhed i analysen. På den ene side gav forforståelsen et fagligt grundlag for at forstå informanternes beskrivelser af motoriske vanskeligheder, hverdagsfunktion og vurderingsprocesser. På den anden side kan den have påvirket, hvilke mønstre og sammenhænge der fremstod mest relevante i fortolkningen af materialet. Projektgruppens indledende interesse for DCD som mulig diagnose kunne desuden have medført en risiko for, at analysen i højere grad fremhævede udsagn, hvor DCD blev beskrevet som en relevant forståelsesramme. Fundene viste imidlertid også variation i informanternes kendskab til og anvendelse af DCD-begrebet. Dette kan styrke bekræfteligheden, fordi fundene ikke alene understøtter projektgruppens forventninger, men også omfatter perspektiver, der udfordrer dem.

Inddragelsen af Antonovskys teori i resultatdiskussionen kan have betydning for bekræfteligheden, fordi teorien anvendes som et fortolkende perspektiv på projektets fund. På den ene side har begreberne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed bidraget til at belyse, hvordan informanternes beskrivelser af det diagnostiske forløb kan forstås i relation til OAS. På den anden side betyder brugen af Antonovsky, at netop de dele af fundene, der kan forstås gennem disse begreber, får særlig vægt i diskussionen. Teorien ændrer dermed ikke på fundenes grundlag i interviewmaterialet, men har betydning for, hvordan fundene fortolkes og diskuteres.

5.2.4 Overførbarhed

Da projektet undersøger fagpersoners oplevelser og ikke søger at kortlægge hele det diagnostiske system, giver de kvalitative interviews mulighed for dybdegående indblik i udvalgte perspektiver. Samtidig betyder det begrænsede antal informanter, at fundene ikke kan forstås som dækkende for alle børnelæger og børnefysioterapeuter, men som praksisnære indsigter i, hvordan forløbet kan opleves i forskellige kontekster.

Overførbarheden kan på den ene side styrkes af, at informanterne repræsenterer forskellige praksiskontekster, herunder hospital, privat praksis og kommunale tilbud. Dette giver et bredere indblik, end hvis informanterne udelukkende var rekrutteret fra én type praksis. Når centrale fund går igen på tværs af disse kontekster, tyder det på, at problemstillingerne ikke udelukkende knytter sig til én lokal arbejdsgang, men kan have betydning i forløb, hvor børn med motoriske vanskeligheder vurderes og følges på tværs af fagpersoner og organisatoriske rammer. På den anden side må fundenes rækkevidde vurderes i lyset af rekruttering og interviewmaterialets omfang.

Yderligere interviews kunne potentielt have bidraget med flere nuancer, eksempelvis i forhold til geografiske forskelle. Formålet med undersøgelsen var dog ikke at opnå statistisk repræsentativitet, men at skabe en dybdegående forståelse af informanternes oplevelser af de diagnostiske forløb.

Samlet vurderes fundene som praksisnære og kontekstuelle indsigter. Overførbarheden ligger derfor primært i genkendeligheden af de identificerede problemstillinger, mens fundene fortsat må fortolkes i lyset af den kontekst, de er fremkommet i.

6. Konklusion

Formålet med projektet har været at undersøge, hvordan børnelæger og børnefysioterapeuter oplever det diagnostiske forløb hos børn med motoriske vanskeligheder, samt hvordan Developmental Coordination Disorder (DCD) indgår som mulig diagnose i dette forløb.

På baggrund af undersøgelsen kan det konkluderes, at børnelæger og børnefysioterapeuter oplever det diagnostiske forløb som komplekst og ikke altid tydeligt organiseret eller afgrænset. Dette kommer til udtryk ved, at overgangen fra den første motoriske bekymring til eventuel videre vurdering og diagnostisk afklaring kan være uklar. Motoriske vanskeligheder fører ikke automatisk til mistanke om DCD eller videre diagnostisk afklaring, men vurderes i sammenhæng med faglige vurderinger, samarbejde mellem flere aktører, organisatoriske rammer og barnets udvikling over tid.

Det kan desuden konkluderes, at DCD indgår som en mulig diagnostisk overvejelse i forløbet, men ikke nødvendigvis som et tydeligt udgangspunkt for vurderingen af børn med motoriske vanskeligheder. DCD fremstår ikke som et entydigt og systematisk anvendt begreb i praksis, og der bruges flere forskellige betegnelser for børn med motoriske vanskeligheder. Den manglende tydelige danske betegnelse for DCD kan desuden bidrage til, at begrebet bliver vanskeligere at formidle og anvende som fælles forståelsesramme. DCD kan dog få betydning som en mulig forklaringsramme, når barnets vanskeligheder vurderes i sammenhæng med udvikling, hverdagsfunktion, deltagelse og trivsel. Samtidig må DCD vurderes i relation til barnets samlede udvikling, da motoriske vanskeligheder både kan optræde isoleret og sammen med andre udviklingsmæssige eller opmærksomhedsrelaterede problemstillinger.

Undersøgelsen peger samlet på, at uklar terminologi og varierende kendskab kan gøre DCD mindre tydelig som diagnostisk mulighed, mens en helhedsorienteret vurdering af barnets motorik, hverdagsfunktion og udvikling over tid er central for at vurdere, hvornår DCD kan være relevant som diagnostisk overvejelse. Samtidig har samarbejde, ansvarsfordeling og adgang til videre vurdering og indsats betydning for, om barnet følges videre i et sammenhængende forløb. I denne proces får forældre ofte en central rolle som bindeled mellem fagpersoner og sektorer.

7. Perspektivering

Med udgangspunkt i konklusionen præsenteres i dette afsnit perspektiver på, hvordan projektet kan bidrage til refleksion over praksis omkring børn med motoriske vanskeligheder, hvor DCD kan indgå som mulig diagnostisk overvejelse. Derudover præsenteres mulige udviklingsområder i praksis samt forslag til fremtidige undersøgelser på området.

Vores ønske med projektet er, at det kan bidrage til øget opmærksomhed på DCD og børn med motoriske vanskeligheder i praksis. På baggrund af fundene er det vores vurdering, at der fortsat er behov for et mere fælles sprog og øget kendskab til DCD blandt de fagpersoner, der møder børn med motoriske vanskeligheder. Udfordringer omkring terminologi og fælles forståelse er ikke nye, men har gennem længere tid været beskrevet som en problemstilling på området (4). En mere ensartet terminologi, herunder en tydeligere dansk betegnelse for DCD, kan derfor være et vigtigt skridt mod, at barnets vanskeligheder i højere grad forstås og formidles tydeligt mellem fagpersoner, forældre og øvrige aktører omkring barnet. Dette handler ikke nødvendigvis om, at alle børn med motoriske vanskeligheder skal forstås gennem DCD-begrebet, men om at skabe større tydelighed omkring, hvornår DCD kan være en relevant diagnostisk overvejelse.

Set i et fysioterapifagligt perspektiv giver projektet anledning til refleksion over fysioterapeutens rolle i arbejdet med børn med motoriske vanskeligheder. Som kommende fysioterapeuter vurderer vi, at fysioterapeuters viden om barnets motoriske funktion, aktivitet, deltagelse og hverdagsliv bør bringes tydeligt i spil

i det tværfaglige samarbejde. Fysioterapeuter har ofte en tæt kontakt til barnets funktion i hverdagen og kan derfor bidrage med perspektiver, som er relevante i den samlede vurdering af barnets situation. Samtidig viser fundene, at fysioterapeutens rolle må ses i sammenhæng med lægelig vurdering, samarbejde med andre faggrupper og de organisatoriske rammer for henvisning og opfølgning.

Fundene understøtter betydningen af, at vurderingen af børn med motoriske vanskeligheder tager udgangspunkt i mere end motoriske testresultater alene. Vi vurderer, at et fortsat fokus på barnets funktion, deltagelse, trivsel og udvikling over tid kan bidrage til, at vurderinger og eventuelle indsatser i højere grad tager afsæt i barnets samlede livssituation og de sammenhænge, hvor vanskelighederne får betydning. Derudover peger projektet på et behov for at tydeliggøre samarbejdsvejene i det diagnostiske forløb. Vi ser et praksisnært udviklingspotentiale i, at faggrupper og sektorer i højere grad arbejder med klare rammer for ansvar, henvisning og informationsdeling. Dette kan være med til at understøtte mere sammenhængende forløb og mindske risikoen for, at forældre i for høj grad bliver ansvarlige for at skabe sammenhæng mellem forskellige fagpersoner og instanser.

På den baggrund kan projektet ses som et bidrag til refleksion over kvalitetsudvikling i praksis. En tydeligere fælles forståelse af motoriske vanskeligheder og mulig DCD kan understøtte bedre kommunikation mellem fagpersoner og skabe grundlag for mere sammenhængende forløb for barnet og familien. Hvis ny viden om DCD skal få betydning i praksis, kræver det efter vores vurdering, at viden omsættes til konkrete arbejdsgange i de kontekster, hvor børnene mødes. Det kan eksempelvis indebære faglig vidensdeling, tværfaglige drøftelser og lokale procedurer for vurdering og henvisning på tværs af skoler, dagtilbud, PPR, sundhedsvæsen og fysioterapeutisk praksis.

Fremtidige undersøgelser kunne med fordel inddrage flere faggrupper i dansk praksis, eksempelvis ergoterapeuter, logopæder, psykologer, sundhedsplejersker, lærere, pædagoger og fagpersoner fra PPR, for at belyse, hvordan DCD forstås og anvendes på tværs af de kontekster, hvor børn mødes. Det vil desuden være relevant, at fremtidige undersøgelser inddrager børn og forældre direkte. I dette projekt indgår deres perspektiver kun indirekte gennem fagpersonernes

beskrivelser og den eksisterende litteratur. Børn og forældre kan bidrage med vigtig viden om, hvordan det diagnostiske forløb opleves fra familiens side, herunder hvilke former for information, støtte og opfølgning der opleves som mest meningsfulde i hverdagen.

Samlet set peger projektet på et behov for fortsat udvikling af både faglig forståelse og organisatoriske rammer omkring børn med motoriske vanskeligheder. En sådan udvikling kan bidrage til, at vurdering, udredning og opfølgning i højere grad sker i sammenhængende og tværfaglige forløb med afsæt i barnets samlede hverdag og funktion.

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet for de mindste børn: Viden om sundhed og forebyggelse [Internet]. 2023. s. 20–2. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2023/fysisk-aktivitet-for-de-mindste-boern>
2. Danske Fysioterapeuter. Fysioterapi til motorisk usikre børn [Internet]. 2019 [henvist 3. juni 2026]. Tilgængelig hos: https://www.fysio.dk/global-assets/documents/fafo/faglig-status/faglig-status-web/faglig-status_motorisk-usikre-boern_2019.pdf
3. Pommerencke LM, Ellegård Jørgensen S, Pagh Pedersen T. Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23 [Internet]. Statens Institut for Folkesundhed & Databasen Børns Sundhed; 2024 [henvist 3. juni 2026]. s. 18. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2024/sundhedsprofil_boern_og_unge_ind_og_udskolingsundersoegt_i_skoleaaret_2022_23.pdf
4. Miyahara M, Register C. Perceptions of three terms to describe physical awkwardness in children. *Research in Developmental Disabilities*. september 2000;21(5):367–76. doi:10.1016/S0891-4222(00)00049-4
5. Wiegaard L, Johansen N, Pilgaard EM. Børn i fysioterapi. DCD og børn med motorisk usikkerhed. 2020;53–5.
6. Blank R, Barnett AL, Cairney J, Green D, Kirby A, Polatajko H, m.fl. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Develop Med Child Neuro*. marts 2019;61(3):242–85. doi:10.1111/dmcn.14132
7. Baird G, H. Cook E, G. Happé francesca, C. Harris J, E. Kaufmann W, H. King B, m.fl. *Neurodevelopmental Disorders*. I: B. First M, N. Ward M, redaktører. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington: American psychiatric association; 2013. s. 81–7.
8. Disorders of psychological development (F80-F89) [Internet]. 2019 [henvist 6. april 2026]. ICD-10 Version: 2019. Tilgængelig hos: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F80-F89>
9. Dannemiller L, Mueller M, Leitner A, Iverson E, Kaplan SL. Physical Therapy Management of Children With Developmental Coordination Disorder: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the Academy of Pediatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Pediatric Physical Therapy*. oktober 2020;32(4):278–313. doi:10.1097/PEP.0000000000000753
10. O’Dea Á, Stanley M, Coote S, Robinson K. Children and young people’s experiences of living with developmental coordination disorder/dyspraxia: A systematic review and meta-ethnography of qualitative research. Soundy A,

redaktør. PLoS ONE. 4. marts 2021;16(3):e0245738. doi:10.1371/journal.pone.0245738

11. Barra Cabello L. Diagnostic challenge and importance of the clinical approach of the Developmental Coordination Disorder. Arch Argent Pediatr. 1. juni 2019;117(3):199–204. doi:10.5546/aap.2019.eng.199 PubMed PMID: 31063311.
12. Smits-Engelsman B, Denyssen M, Lust J, Coetzee D, Valtr L, Schoemaker M, m.fl. Which outcomes are key to the pre-intervention assessment profile of a child with developmental coordination disorder? A systematic review and meta-analysis. Biomedical Journal. april 2025;48(2):100768. doi:10.1016/j.bj.2024.100768
13. Eddy LH, Merrick NK, Staniforth CE, Jukes JL, Hill LJB, Mon-Williams M, m.fl. "The system is a bit broken..." a qualitative exploration of barriers in the pathway for diagnosing Developmental Coordination Disorder. Ito T, redaktør. PLoS One. 3. marts 2026;21(3):e0343972. doi:10.1371/journal.pone.0343972
14. Klein ES, Licari M, Barbic S, Zwicker JG. Diagnostic services for developmental coordination disorder: Gaps and opportunities identified by parents. Child: Care, Health and Development. 2024;50(1):e13230. doi:10.1111/cch.13230
15. Priebe G, Landström C. Den videnskabelige erkendelses muligheder og begrænsninger - grundlæggende videnskabsteori. I: Henrichson M, redaktør. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 3. udgave. Kbh: Munksgaard; 2025. s. 35–56.
16. Persson C, Sundin K. Fænomenologisk-hermeneutisk analysemetode - en dialektisk tilgang. I: Henrichson M, redaktør. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 3. udgave. Kbh: Munksgaard; 2025. s. 365–83.
17. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medicin og helsefag. 5. udgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2025. 31 s.
18. Astrup Nielsen D, Hjørnholm TQ, Stray Jørgensen P. Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: håndbog i opgaveskrivning og metode. 2. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2024.
19. Møller AF. Systematisk litteraturstudie, SLS: - metodeanvisning til brug på professionsbachelorstudier. Sundhedsprofessionelle studier [Internet]. 2019 [henvist 3. juni 2026];3(4). Tilgængelig hos: https://tids-skrift.dk/Sundhedsprofessionelle_studier/article/view/117528
20. K. Andersson E, Hellström A. Metasyntese. I: Henrichson M, redaktør. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 3. udgave. Kbh: Munksgaard; 2025. s. 543–62.

21. Lund H, Juhl C, Andreasen J, Møller AM. Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. 2. udgave. 74: Munksgaard; 2025.
22. PRISMA 2020 flow diagram [Internet]. PRISMA Group; 2020. Tilgængelig hos: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
23. Odense Universitetshospital (OUH). Kritisk læsning af kvalitative studier [Internet]. 2021. Tilgængelig hos: <https://ouh.dk/media/rowdz2bv/kritisk-l%C3%A6sning-af-kvalitative-studier.pdf>
24. Engström Å, Juuso P. Kvalitativt forskningsinterview. I: Henrichson M, redaktør. Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination. 3. udgave. Kbh: Munksgaard; 2025. s. 209–23.
25. Kvale S, Brinkmann S. Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh: Hans Reitzel; 2022.
26. Antonovsky A. Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask. 1. udgave. Kbh.: Hans Reitzels Forlag; 2004.
27. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants [Internet]. World Medical Association; 2024 [henvist 3. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 - Søgehistorik.....	51
Bilag 1A - Søgehistorik PubMed	51
Bilag 1B - Søgehistorik Embase	51
Bilag 2 - CASP.....	52
Bilag 3 - Interviewguide	54
Bilag 3A - Fuld version.....	54
Bilag 3B - Forkortet version	57
Bilag 4 - Transskriptionsregler.....	59
Bilag 5 - Samtykkeerklæring.....	60

Bilag 1 - Søgehistorik

Bilag 1A - Søgehistorik

History and Search Details						 Download	 Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time		
#8	...	>	Search: (((("developmental coordination disorder") OR ("Motor Skills Disorders"[Mesh])) AND (experience OR perspective OR perception)) AND (physiotherapist OR clinician OR pediatricians OR physical therapist) Filters: Danish, English, Humans Sort by: Publication Date	56	04:44:08		
#7	...	>	Search: (((("developmental coordination disorder") OR ("Motor Skills Disorders"[Mesh])) AND (experience OR perspective OR perception)) AND (physiotherapist OR clinician OR pediatricians OR physical therapist) Filters: Danish, English Sort by: Publication Date	62	04:43:58		
#5	...	>	Search: (((("developmental coordination disorder") OR ("Motor Skills Disorders"[Mesh])) AND (experience OR perspective OR perception)) AND (physiotherapist OR clinician OR pediatricians OR physical therapist) Sort by: Publication Date	63	04:43:45		
#4	...	>	Search: physiotherapist OR clinician OR pediatricians OR physical therapist Sort by: Publication Date	461,580	04:25:13		
#3	...	>	Search: experience OR perspective OR perception Sort by: Publication Date	2,511,486	04:23:29		
#2	...	>	Search: ("developmental coordination disorder") OR ("Motor Skills Disorders"[Mesh]) Sort by: Publication Date	4,126	04:22:45		
#1	...	>	Search: "Motor Skills Disorders"[Mesh] Sort by: Most Recent	3,489	04:22:19		

Showing 1 to 7 of 7 entries

Bilag 1B - Søgehistorik Embase

Embase session results (19 May 2026)

No.	Query	Results
#2	#1 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('Article'/it OR 'Review'/it OR 'Short Survey'/it)	41
#1	('developmental coordination disorder' OR 'psychomotor disorder'/exp) AND ('experience' OR 'perspective' OR 'perception') AND ('physiotherapist' OR 'clinician' OR 'pediatricians' OR 'physical therapist')	257

Bilag 2 - CASP

CASP - Kritisk læsning af kvalitative studier (23).

Overordnet spørgsmål:		
1. Har studiet en klar fremstilling af sit formål?	Ja	Studiet har et tydeligt og velafgrænset formål om at undersøge barrierer og fremmende faktorer i diagnosticering og støtte til børn med Developmental Coordination Disorder (DCD). Formålet begrundes i et identificeret videnshul i forhold til de systemiske og organisatoriske udfordringer i praksis.
2. Er det velvalgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode?	Ja	Den kvalitative tilgang vurderes som hensigtsmæssig, da studiet søger at belyse erfaringer, perspektiver og komplekse strukturelle forhold blandt fagpersoner. Metoden giver mulighed for dybdegående forståelse af et komplekst og kontekstafhængigt praksisfelt.

Detaljeret spørgsmål:		
3. Er studiedesignet hensigtsmæssigt i forhold til formålet med studiet?	Ja	Studiet anvender semistrukturerede interviews, hvilket giver fleksibilitet til at udforske deltagernes erfaringer i dybden. Analysen er teoretisk forankret i COM-B-modellen (Capability, Opportunity, Motivation), som anvendes som strukturerende ramme for identificering af adfærdsbarrierer i praksis.
4. Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?	Ja, delvist	Der er inkluderet 18 deltagere fra forskellige faggrupper (bl.a. læger, fysioterapeuter, lærere og sundhedsplejersker), hvilket giver en vis variation i datamaterialet. Rekrutteringen er dog foretaget via eksisterende netværk i "Born in Bradford"-projektet, hvilket kan medføre selektionsbias. Derudover fremhæver studiet selv, at visse grupper, herunder praktiserende læger og aktive lærere, er underrepræsenterede.
5. Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?	Ja	Studiet er udført i Bradford (Storbritannien), et område præget af socioøkonomisk diversitet, hvilket styrker relevansen i forhold til at undersøge systemiske barrierer i

		adgang til diagnosticering. Interviews er optaget, transkriberet og anonymiseret, og der er anvendt member-checking for at styrke troværdigheden.
6. Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?	Ja	Forfatterne er transparente omkring forsker-deltager-relationer. Det beskrives, at to forskere havde tidligere relationer til enkelte deltagere, men at disse forskere ikke gennemførte de pågældende interviews, hvilket reducerer risikoen for bias.
7. Er etiske spørgsmål blevet overvejet?	Ja	Studiet er godkendt af University of Bradford Ethics Committee. Alle deltagere har givet informeret samtykke, og data er anonymiseret og behandlet i overensstemmelse med etiske retningslinjer.
8. Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?	Ja	Der anvendes tematisk analyse inspireret af Braun & Clarke. Analysen er systematisk gennemført i flere trin og koblet til COM-B-modellen. Flere forskere har deltaget i analyseprocessen og diskuteret kodning og temaer, hvilket styrker validiteten.
9. Er der en klar fremstilling af resultatet?	Ja	Resultaterne er struktureret efter COM-B-modellen (Capability, Opportunity, Motivation). Fundene understøttes løbende af citater fra deltagere, hvilket skaber gennemsigthed mellem data og fortolkning.
10. Hvor værdifuldt er studiet?	Meget værdifuldt	Studiet bidrager med væsentlig indsigt i systemiske, organisatoriske og kommunikative barrierer i DCD-forløb. Det belyser, hvordan strukturelle forhold påvirker diagnosticering, samarbejde og adgang til støtte, og er derfor særligt relevant for klinisk praksis og videre forskning.
Samlet vurdering: Studiet lever op til de fleste kriterier i CASP-tjeklisten for kvalitativ forskning. Selvom der er mindre begrænsninger i rekrutteringen, er metoden stringent, og studiets fund er både troværdige og relevante for praksis på området.		

Bilag 3 - Interviewguide

Bilag 3A - Fuld version

Overskrifter:	Formål:	Hovedspørgsmål:	Uddybende spørgsmål:
Erfaring og baggrund	At få indblik i informantens faglige baggrund og kontekst	Kan du fortælle om dit arbejde som børnefysioterapeut/læge?	Hvilke børn/problemstillinger møder du typisk? Hvor længe har du arbejdet med børn?
		Hvilke erfaringer har du med børn med motoriske vanskeligheder i din praksis?	
DCD	At spørge mere specifikt ind til DCD-diagnosen og deres viden herom	Kan du fortælle, hvad du ved om diagnosen Developmental Coordination Disorder (DCD)?	Bruger eller kender du til en anden terminologi end DCD i praksis? Bruger du diagnosen i din praksis? - Hvordan?
Opståen af bekymring og faglig vurdering	At undersøge hvordan bekymring opstår, og hvad vurderingen bygger på	Kan du beskrive, hvordan en bekymring for et barns motoriske vanskeligheder typisk opstår i din praksis?	Hvad lægger du særligt mærke til når du vurderer et barns motoriske vanskeligheder? - Kan du evt. give et konkret eksempel? Hvad lægger du særligt vægt på ift. barnets motoriske vanskeligheder i hverdag, skole og deltagelse? - Kan du evt. give et konkret eksempel?

			Benytter du observationer, bestemte tests eller undersøgelsesmetoder?
Det diagnostiske forløb	At få informantens beskrivelse af forløbet fra bekymring til eventuel afklaring	Kan du beskrive, hvordan et forløb kan se ud, når der er bekymring for et barns motoriske vanskeligheder?	Hvordan bliver det typisk besluttet, hvad næste skridt i forløbet skal være? Er der situationer i det diagnostiske forløb, hvor der opstår usikkerheder eller uklarhed? - (Uddyb) Hvordan kommer det til udtryk? Hvordan foregår viderehenvielse typisk? - Hvad inkluderes af informationer i henvisningen? LÆGE: Hvornår bliver DCD en diagnostisk overvejelse for dig?
Rolle, ansvar og samarbejde	At undersøge informantens oplevelse af egen rolle og samarbejdet med andre faggrupper og forældre	Kan du beskrive din rolle og funktion i forløbet, hvor der er bekymring for et barns motoriske vanskeligheder?	Hvilket ansvar oplever du, at du har i disse forløb i forhold til undersøgelse, dokumentation og viderehenvielse? Er der forskel på din rolle tidligt i forløbet og senere i forløbet? - Hvordan er den forskel?
		Hvordan oplever du samarbejdet med andre faggrupper i dette forløb?	Hvem samarbejder du typisk med? Hvordan fungerer samarbejdet efter din oplevelse?

			- Er der noget, der fungerer særligt godt eller mindre godt? - o Kan du uddybe? LÆGE: Hvordan oplever du samarbejdet med børnefysioterapeuter? <u>FYS:</u> Hvordan oplever du samarbejdet med børnelæger
		Hvordan oplever du samarbejdet med forældre i dette forløb?	Hvordan fungerer samarbejdet efter din oplevelse? - Er der noget, der fungerer særligt godt eller mindre godt?
Afrunding	At give informanten mulighed for at tilføje noget, som ikke er blevet berørt, og at afslutte interviewet på en rolig og åben måde.	Er der andet omkring DCD, eller det diagnostiske forløb, som du er kommet i tanke om undervejs?	Er der noget, du gerne vil tilføje her til sidst? Har du nogle yderligere ideer til, hvorfor diagnosen ikke bliver hyppigt brugt? - Er det relevant at have fokus på denne diagnose? - Er der brug for at der kommer mere fokus på området?

Bilag 3B - Forkortet version

Overskrifter	Formål	Hovedspørgsmål	Uddybende spørgsmål
Erfaring og baggrund	At få indblik i informantens faglige baggrund og kontekst.	Hvilke erfaringer har du med børn med motoriske vanskeligheder i din praksis?	Hvilke børn/problemstillinger møder du typisk?
DCD	At spørge mere specifikt ind til DCD-diagnosen og deres viden herom.	Kan du fortælle, hvad du ved om diagnosen Developmental Coordination Disorder (DCD)?	Bruger eller kender du til en anden terminologi end DCD i praksis? Bruger du diagnosen i din praksis? - Hvordan?
Opståen af bekymring og faglig vurdering	At undersøge hvordan bekymring opstår, og hvad vurderingen bygger på	Kan du beskrive, hvordan en bekymring for et barns motoriske vanskeligheder typisk opstår i din praksis?	Hvad lægger du særligt vægt på i din vurdering af et barns motoriske vanskeligheder ift. hverdag, skole og deltagelse? - Kan du evt. give et konkret eksempel? Benytter du observationer, bestemte tests eller undersøgelsesmetoder?
Det diagnostiske forløb	At få informantens beskrivelse af forløbet fra bekymring til eventuel afklaring.	Kan du beskrive, hvordan et forløb kan se ud, når der er bekymring for et barns motoriske vanskeligheder?	Er der situationer i det diagnostiske forløb, hvor der opstår usikkerheder eller uklarhed? - (Uddyb) Hvordan kommer det til udtryk? LÆGE: Hvornår bliver DCD en diagnostisk overvejelse for dig?

Rolle, ansvar og samarbejde	At undersøge informantens oplevelse af egen rolle og samarbejdet med andre faggrupper og forældre.	Kan du beskrive din rolle og funktion i forløb, hvor der er bekymring for et barns motoriske vanskeligheder?	Hvilket ansvar oplever du, at du har i disse forløb i forhold til undersøgelse, dokumentation og viderehenvisning?
		Hvordan oplever du samarbejdet med andre faggrupper i dette forløb?	Hvem samarbejder du typisk med? Hvordan fungerer samarbejdet efter din oplevelse? - Er der noget, der fungerer særligt godt eller mindre godt? - o Kan du uddybe? LÆGE: Hvordan oplever du samarbejdet med børnefysioterapeuter?
		Hvordan oplever du samarbejdet med forældre i dette forløb?	Hvordan fungerer samarbejdet efter din oplevelse? - Er der noget, der fungerer særligt godt eller mindre godt?
Afrunding	At give informanten mulighed for at tilføje noget, som ikke er blevet berørt, og at afslutte interviewet på en rolig og åben måde.	Er der andet omkring DCD, eller det diagnostiske forløb, som du er kommet i tanke om undervejs?	Er der noget, du gerne vil tilføje her til sidst? Har du nogle yderligere ideer til, hvorfor diagnosen ikke bliver hyppigt brugt? - Er det relevant at have fokus på denne diagnose? - Er der brug for at der kommer mere fokus på området?

Bilag 4 - Transskriptionsregler

- Interviewene er transskriberet tæt på ordret, men let sprogligt rensat med fokus på meningsbærende indhold frem for fuldstændig ordret gengivelse.
- Informanternes egne formuleringer, fagudtryk og engelske termer er bevaret.
- Åbenlyse transskriptionsfejl fra TurboScribe samt stavfejl og tegnsætning er rettet for at øge læsbarheden.
- Fyldord (fx “øh”, “øhm”, “hmm”) og gentagelser (fx “ja”, “okay”) er udeladt, hvis de ikke har betydning for meningen
- Linjeskift anvendes ved skift mellem talere.
- Den primære interviewer benævnes som “Interviewer 1”, og medintervieweren benævnes som “Interviewer 2”
- Informanterne benævnes med koderne L1, L2, F1, F2 og F3, hvor “L” angiver læge, “F” angiver fysioterapeut, og tallet angiver rækkefølgen på interviewene.
- Pauser og tøven er som udgangspunkt ikke systematisk markeret, men kan i enkelte tilfælde fremgå med (...) ved længere betænkningstid.
- Afbrudt tale og selvafbrydelser markeres med bindestreg (-), f.eks. “men-”
- Nonverbal kommunikation, f.eks. grin, er som udgangspunkt ikke medtaget.
- Personer, steder og andre genkendelige oplysninger er anonymiseret med kantede parenteser, fx [navn], [by], [hospital] eller [kommunalt tilbud].

Bilag 5 – Samtykkeerklæring



VIA University
College

Samtykkeerklæring

Informeret samtykke til deltagelse i bachelorprojekt

VIA University College - Aarhus N

Introduktion:

Du er blevet inviteret til at deltage, fordi du som fagperson har erfaringer, der er relevante for projektets problemstilling.

Formål med projektet:

At undersøge, hvordan børnelæger og børnefysioterapeuter oplever det diagnostiske forløb ved mistanke om Developmental Coordination Disorder (DCD) hos børn med motoriske vanskeligheder.

Erklæring fra deltageren:

- Jeg har fået tilstrækkelig information om projektet, og jeg ved nok til at kunne tage stilling til, om jeg ønsker at deltage.
- Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at angive årsag.
- Jeg er opmærksom på, at hvis analysen allerede er udarbejdet på baggrund af mine oplysninger, vil mine oplysninger ikke længere indgå i projektet i det omfang, det er muligt.
- Jeg er informeret om, at jeg i det færdige projekt vil fremstå anonym, så jeg ikke kan genkendes i den skriftlige opgave og ved mundtlig formidling af projektet.
- Jeg er informeret om, at interviewet lyddoptages og transskriberes, og at oplysningerne behandles fortroligt. Adgang til materialet er begrænset til projektgruppen og vejleder, og oplysningerne anvendes udelukkende i forbindelse med bachelorprojektet.
- Jeg er indforstået med, at lydfiler, transskriptioner og øvrigt personhenførbart materiale vil blive destrueret efter endt bachelorperiode (svarende til 1/7/2026).
- Jeg giver hermed samtykke til at deltage i bachelorprojektet, og har fået en kopi af dette samtykkeark.

Deltagerens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Ønsker du at blive informeret om projektets resultat?

Ja ____ (sæt x) Nej ____ (sæt x)

Ønsker du at gennemlæse og godkende transskriptionen af dit interview (member checking)?

Ja ____ (sæt x) Nej ____ (sæt x)

Hvis ja, vil transskriptionen blive sendt til dig via e-mail, og du bedes give eventuelle rettelser eller godkendelse inden for 5 dage efter modtagelse. Hvis der ikke gives respons inden for fristen, betragtes transskriptionen som godkendt.

Erklæring fra den, der afgiver information:

Jeg erklærer, at deltageren har modtaget tilstrækkelig information om projektet.

Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om deltagelse i projektet.

Navnet på den, der har afgivet information: _____

Dato: _____ Underskrift: _____