

KLINISK VEJLEDNING



SPÆD BØRN

I KIROPRAKTORPRAKSIS

Udarbejdet af:

Lise Hestbæk, *kiropraktor, professor* Kari Skovmand, *kiropraktor*
Susanne Lyng, *kiropraktor* Tina Hein Lauridsen, *kiropraktor*
Annette Jørgensen, *kiropraktor* Bettina Miltersen, *kiropraktor*
Trine Palludan, *kiropraktor* Anna Stolpe, *kiropraktor*
samt DSK's fokusgruppe for Evidensbaseret Praksis

Indholdsfortegnelse

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Baggrund og formål | 3 |
| Henvendelsesårsager | 3 |
| Sygehistorie (anamnese) | 4 |
| Undersøgelse | 6 |
| Almen tilstand..... | 6 |
| Akut henvisning..... | 7 |
| Bevægeapparatet..... | 8 |
| Behandlingsmodaliteter | 9 |
| Information og rådgivning..... | 9 |
| Manuel behandling..... | 9 |
| Komplikationer | 10 |
| Behandlingsovervejelser | 10 |
| Kolik | 11 |
| Asymmetrier | 12 |
| Amme-problemer | 12 |
| Høring | 13 |
| Referencer | 15 |
| Bilag 1 a | 16 |
| Bilag 1 b | 17 |
| Bilag 2 | 18 |

Baggrund og formål

Denne vejledning er udarbejdet til danske kiropraktorer, som behandler patienter i aldersgruppen 0-1 år.

Børn under ét år udgjorde i 2018 3,5% af danske kiropraktorerers samlede antal patienter, svarende til 13.000 børn, men med stor variation kiropraktorerne i mellem. Årsagerne til henvendelserne kan være meget forskellige, og derfor skal hvert barns specifikke forhold og symptomer naturligvis vurderes individuelt. Denne vejledning omhandler primært de generelle forhold, der gør sig gældende for optagelse af anamnese og undersøgelse for patienter i denne aldersgruppe.

Anbefalingerne i forhold til generel anamnese og undersøgelse tager udgangspunkt i en medicinsk lærebog og et Delphi studie om bedste praksis for kiropraktisk behandling af børn (Saxtrup 2019, Hawk 2016), mens den del, der omhandler bevægeapparatet, dels er baseret på den videnskabelige litteratur, og dels bygger på opsummering af en vidensdelingsdag med deltagelse af 71 praktiserende danske kiropraktorer med speciel interesse for at behandle børn. Deres samlede anbefalinger blev bearbejdet af en ekspertgruppe, bestående af syv danske kiropraktorer med gennemsnitligt 20 år i privat praksis med fokus på børn.

Til slut gennemgås kortfattet de behandlinger, der typisk benyttes i kiropraktorpraksis samt behandlingsovervejelser for de hyppigste henvendelsesårsager.

Henvendelsesårsager

En undersøgelse af henvendelsesårsager for danske børn i kiropraktorpraksis fra 2007 viste, at 3/4 af alle pædiatriske patienter (alder 0-18 år) i dansk kiropraktorpraksis var yngre end 4 måneder. Omtrent halvdelen af disse havde kolik eller maveproblemer, mens en fjerdedel opsøgte kiropraktoren pga. asymmetri eller unormale bevægelsesmønstre. Hos de lidt ældre børn (4-23 måneder) var henvendelsesårsagen asymmetri eller unormale bevægelsesmønstre hos 28%, mens 16% henvendte sig pga. motoriske udfordringer og 11% pga. søvnproblemer.

Denne undersøgelse blev opdateret i 2019, hvor en betydeligt større andel af de 0-1-årige opsøgte kiropraktor. Igen var gruppen under fire måneder den største, og asymmetri/bevægelsesmønstre og kolik var de hyppigste henvendelsesårsager, nu dog relativt færre med kolik (hhv. 48% for asymmetri og 17% for kolik).

En tilsvarende undersøgelse fra Norge i 2013 viste ligeledes, at den væsentligste årsag til henvendelse hos kiropraktor for børn i alderen 0-3 måneder var kolik, mens de to hyppigste årsager for børn i alderen 4-23 måneder var forstyrret søvn og unormale bevægelsesmønstre. Adskillige undersøgelser udenfor Skandinavien viser også, at den hyppigste årsag til konsultation hos kiropraktor

for de alleryngste er kolik/ekstrem gråd, mens andre problemer relateret til bevægeapparatet er de næst hyppigste (Marchand 2012; Safer Care Victoria 2019). På trods af forskelle i lovgivning og kulturer, ser der altså ikke ud til at være væsentlige nationale forskelle på årsagen til, at forældre opsøger kiropraktisk behandling til deres børn. Kiropraktorerne tager disse børn i behandling, hvis der findes indikationer for, at symptomerne, som f.eks. øget gråd eller dårlig søvn, skyldes smerter eller nedsat bevægelighed i bevægeapparatet.

Denne vejledning er målrettet kiropraktorer, der behandler spædbørn indenfor rammerne af det danske sundhedssystem, og afsnittet om behandling har fokus på de mest almindelige henvendelsesårsager.

Sygehistorie (anamnese)

Forældre kender deres børn bedst og har som regel en særdeles god fornemmelse for barnets tilstand, så deres observationer og bekymringer skal tages alvorligt.

Barnet skal observeres under anamneseoptagelsen. Vurder barnets almen tilstand og iagttag, om barnet er vågent, opmærksomt og ”holder øje med dig”. Sid i øjenhøjde med forældrene, der har barnet på armen eller i skødet (Saxtrup 2019).

En anamnese for det 0-1-årige barn skal som minimum indeholde spørgsmålene beskrevet i Tabel 1

Det skal gøres klart for forældrene, at der spørges ind til graviditet/fødsel m.m. for at kende til den samlede baggrund for henvendelsen, og ikke nødvendigvis for at skabe årsagssammenhæng til barnets symptomer.

Tabel 1. Anamnesticke minimumskrav vedrørende det 0-1-årige barn.

Almene anamnesticke oplysninger

- Symptombeskrivelse
 - Henvendelsesårsag
 - Debuttidspunkt
 - Evt. kendt udløsende årsag
 - Døgnvariation
 - Udvikling af forløbet – forværring, uændret eller bedring
 - Forbedrende/forværrende faktorer
- Undersøgt/behandlet i andet regi
- Medicinforbrug (ved amning inkl. mors forbrug)
- Traumer
- Stille/irritabel/ændret adfærd

| | |
|--------------------------|---|
| Almen trivsel | <ul style="list-style-type: none"> • Vækst (vokser barnet som forventet) • Appetit • Ernæring – bryst, erstatning, fast føde • Søvnmønster – varighed, afbrudt • Grådmønster • Afføring – diarré/forstoppelse/hyppighed |
| Graviditetsforløb | <ul style="list-style-type: none"> • Forløb • Komplikationer |
| Fødsel* | <ul style="list-style-type: none"> • Forløb <ul style="list-style-type: none"> – Vaginal – evt. brug af kop – hård eller blød – evt. hæmatomer – Kejsersnit – akut vs. planlagt – kendt præsentation – Barnets position ved fødsel - normal, stjernekigger, sæde, arm ved hoved etc. • Barnets tilstand efter fødsel • Fødselsvægt og længde (se vækstkurver, Bilag 1 og www.vækstkurver.dk) |

* Forældre kan have en upræcis eller endda misforstået viden om eksakte obstetriske forhold, som f.eks. barnets fødselspræsentation. Hvis der er behov for præcise oplysninger herom, er journaloplysninger mere fyldestgørende.

Derudover anvendes de uddybende spørgsmål i Tabel 2, hvor det er relevant.

Tabel 2. Supplerende anamnestiske spørgsmål vedrørende det 0-1 årige barn.

| | |
|--|---|
| Almene anamnestiske oplysninger | <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomme i familien, f.x. allergier, astma • Vaccinationer |
| Almen trivsel | <ul style="list-style-type: none"> • Ernæring <ul style="list-style-type: none"> – Bryst – tager barnet godt fat, ligger det lige godt ved begge bryster – Erstatning – type, er der skiftet type, reaktion herpå – Fast føde • Bøvs/gylp/hikke |
| Graviditetsforløb | <ul style="list-style-type: none"> • Mors forbrug af medicin, tobak og alkohol |
| Supplerende oplysninger | <ul style="list-style-type: none"> • Sidepræferencer, asymmetrier af krop • Motorisk udvikling/milepæle (Bilag 2) • Søskende/ nr. i børneflokk |

Undersøgelse

Almen tilstand

Første del af den objektive undersøgelse gennemføres for at afkræfte tilstedeværelsen af alvorlig sygdom, som kræver viderehenvielse.

Forklar hvad der foregår i et sprog, forældrene kan forstå, og lad forældrene samtykke og hjælpe. Sørg for at evt. instrumenter som f.eks. stetoskop er håndvarme og vent med de mest ubehagelige undersøgelser til sidst. Barnet skal undersøges grundigt og afklædt, men vær opmærksom på, at barnet ikke bliver koldt (Saxtrup 2019).

Giv tid til at trøste, hvis det er nødvendigt, men stræk ikke undersøgelsen ud så længe, at barnet bliver utålmodigt.

En undersøgelse af det 0-1-årige barn skal som minimum indeholde punkterne beskrevet i Tabel 3.

Tabel 3. Minimumskrav til den objektive undersøgelse af det 0-1-årige barn. Henvisning skal overvejes ved abnorme fund

| | |
|---------------------------|--|
| Almen observation | <ul style="list-style-type: none">• Øjenkontakt og årvågenhed• Spontan bevægelse af krop og ekstremiteter• Temperatur og respiration (subjektivt vurderet)*• Aldersafhængige bevægemønstre<ul style="list-style-type: none">– Hovedkontrol (3 mdr.)– Trille (5-6 mdr.)– Kravle (8-10 mdr.)• Evt. gang (10-16 mdr.)• Blå mærker, ødeme o.lign. der kan indikere 'Battered child syndrom' |
| Øvrig undersøgelse | <ul style="list-style-type: none">• Palpation af fontaneller for abnormaliteter (plan overflade, sammenvoksning, puls o.lign.)• Palpation af clavicula for evt. fraktur eller følger heraf• Generel undersøgelse af muskler og led – tonus og bevægelighed• Respons til lyd og lys• Primitive reflekser<ul style="list-style-type: none">– Babinski (0-18 mdr)– Gribereflekser, palmar (0-4 mdr) og plantar (0 mdr til gang)– Støtte- og gangrefleks (0-2 mdr) |

*Vejledende værdier for respiration (åndedræt/minut) (www.rch.org.au):
Termin: 25-60; 0-6 måneder: 25-55; 6-12 måneder: 20-40

Akut henvisning

Feber hos spæde under tre måneder (38,0°C eller mere målt rektalt (www.mayoclinic.org)) betragtes som tegn på alvorlig sygdom og skal straks ses af egen læge/vagtlæge mhp. indlæggelse på børneafdeling (Saxtrup 2019).

Det samme skal de lidt ældre børn ved tegn på alvorlig sygdom som beskrevet i Tabel 4.

Tabel 4 (Saxtrup 2019)

| BRUG DET KLINISKE BLIK: ER BARNET ALVORLIGT SYGT? | |
|--|--------------------------------|
| Tegn på mild sygdom | Tegn på alvorlig sygdom |
| Kan trøstes | Irritabel, klynkende |
| Er vågen eller vækkes nemt | Slap og gør ikke modstand |
| Har god kontakt til forældrene | Dårlig kontakt |
| Reagerer opmærksomt | Manglende opmærksomhed |
| Pæne farver | Blegt, grålig farve |
| Ej dehydreret | Dehydreret |
| Ubesværet vejtrækning | Påvirket respiration og puls |

Husk at undersøge alle febrile børn for petekkier (se boks) og for nakke-rygstivhed. Hos spædbørn undersøges for spændt fontanelle. De vigtigste differentialdiagnoser ved det febrile barn er luftvejsinfektioner, inkl. mellemørebetændelse, smitsomme børnesygdomme, gastroenteritis, appendicitis, urinvejsinfektioner og meningitis.

Virale infektioner i småbarnsalderen kan være ledsaget af finpletlet eksanтем. Eksanthem subitum (tredagesfeber) er den vigtigste årsag til feber uden fokus hos børn fra ½ til 1½ år, hvor der typisk ses høj feber i tre dage efterfulgt af et småpletlet udslæt på krop, hals og i ansigt. Den væsentligste differentialdiagnose ved feber og udslæt er meningokoksygdom.

Ved meningitis og encephalitis er børnene alment påvirkede og oftest med ændret bevidsthedsniveau, men symptomerne og de objektive fund er uspecifikke, og det er derfor vigtigt at lytte meget til forældrenes bekymringer om selv små ændringer i barnets adfærd:

- Er barnet apatisk, døsig og sløvt?
- Taler eller opfører barnet sig anderledes?
- Irritabilitet eller hovedpine?
- Nakkestivhed eller spændt fontanelle?
- Opkastninger?
- Kramper?
- Udslæt/petekkier/større hudblødninger?

Petekier (Saxtrup 2019)

Petekier er hudblødninger, der ikke kan trykkes bort. Ved meningokok-udslæt er petekierne typisk af vekslende størrelse, ofte blårøde og kantede, spredt i ansigt, krop og ekstremiteter. Der kan være ganske få. Ved virus sygdomme kan ses små lyserøde petekier under 2 mm store. De er oftest symmetrisk placeret over papillær linjen ved hoste og opkast. Hvis barnet samtidig er alment påvirket, taler det imod meningokoksygdom.

Ved mistanke om påført skade/'Battered child syndrome' skal man være opmærksom på underretningspligten.
(<https://sim.dk/arbejdsomraader/udsatte-boern-ogunge/underretningspligt/>)

Bevægeapparatet

Når det er konstateret, at der ikke er tegn på alvorlig, henvisningskrævende sygdom, gennemføres anden del af den objektive undersøgelse, som indeholder en mere detaljeret vurdering af bevægeapparatet. Minimumskrav og supplerende undersøgelser er beskrevet i hhv. Tabel 5 og 6.

Tabel 5. Minimumskrav til objektive undersøgelse af bevægeapparatet hos det 0-1-årige barn.

| | |
|--------------------------|--|
| Muskulo-skeletalt | <ul style="list-style-type: none">• Bevægeundersøgelse af muskler og perifere led• Bevægeundersøgelse af pelvis og columna• Primitive reflekser (afhængig af alder)<ul style="list-style-type: none">– Sutte- og søgereflex (0-4 mdr)– Moro (0-4 mdr)– Galant reflex (0-4 mdr) |
|--------------------------|--|

Derudover undersøges som beskrevet i Tabel 6 på grundlag af specifikke mistanker.

Tabel 6. Supplerende objektiv undersøgelse af bevægeapparatet hos det 0-1-årige barn.

| | |
|----------------------------|--|
| Hoftedysplasi | <ul style="list-style-type: none">• Observation af balle- og lårfurer• Galeazzi• Heel-to-buttock• Benlængdeforskel |
| Ammevan-skeligheder | <ul style="list-style-type: none">• Palpation af kæber• Palpation af os hyoideum• Palpation/observation for stramt tungebånd |

Andet

- Palpation kranie – symmetri, størrelse af fontaneller
- Dybe sene-reflekser (afhængig af alder og relevans)
- Primitive reflekser (afhængig af alder)
 - Landau (3-12 mdr)
 - Faldskærmsrefleks (fra 6-7 mdr)

For information om praktisk udførelse kan anbefales:
neurologicexam.med.utah.edu/pediatric/html/03month.html#11

Behandlingsmodaliteter

Information og rådgivning

En væsentlig komponent i den kiropraktiske konsultation er information og rådgivning. Typen af information og rådgivning vil afhænge af den individuelle patients tegn og symptomer, såvel som forældrenes bekymringsniveau. Rådgivningen vil ofte tage udgangspunkt i bevægeapparatets funktion og inkludere råd om lejrning, bevægelse, motorisk udvikling, øvelser med barnet o.lign. Se også på barnet ud fra et generelt sundhedsperspektiv, og hvor det anses for relevant, skal der rådgives om kost, alkohol og rygning i hjemmet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Manuel behandling

Manuel behandling dækker, som navnet antyder, alle behandlinger givet med hænderne og kan rettes mod både muskler og led med henblik på at øge bevægeligheden. Da spædbarnets muskulatur og skelet er væsentligt anderledes end den voksne patients, er behandlingen betydeligt blidere end normalt hos voksne. Den ledfrigørende behandling kan være enten manipulation eller mobilisering. Manipulation eller spinal manipulationsterapi er defineret som applikation af en impuls med høj hastighed og lille amplitude (high velocity, low amplitude), rettet mod et spinalt bevægeselement på en måde, som medfører, at der opstår en kavitation. For at opnå denne kavitation skal leddet bevæges en smule ud over dets fysiologiske, passive bevægekapacitet. Mobilisering er defineret som tilførsel af manuel kraft mod et synovialt led *inden for* dets passive bevægekapacitet uden tilførsel af impuls eller opnåelse af kavitation i leddet. (Brønfort 2004)

Både manipulation og mobilisering skal tilpasses den enkelte patients alder, tilstand og udvikling, og skal derfor administreres i en meget modificeret form hos de 0-1-årige. Baseret på studier af den maksimale strækstyrke af rygsøjlen hos forskellige aldersgrupper anbefales det, at manipulationsbehandling af

spædbørn yngre end fire uger udføres med maximalt 10% af den styrke, der gives til voksne, og for børn i alderen 2-23 måneder maximalt 30% (Marchand 2015).

Komplikationer

Det er vigtigt at informere forældrene om risikoen for mulige bivirkninger, både for at forældrene kan give informeret samtykke til behandling, og for at undgå unødigt bekymring efterfølgende.

Der er lavet adskillige gennemgange af den videnskabelige litteratur, der beskriver bivirkninger ved kiropraktisk behandling af børn. Den gennemgående konklusion er, at forbigående symptomer som træthed, rødme, irritation og bradykardi er ret almindelige. Alvorlige komplikationer er derimod uhyre sjældne, og de er oftest relateret til forsinket diagnose. Derfor skal anamnese og undersøgelse udføres grundigt (Vohra 2007, Todd 2015, Driehuis 2019, Safer Care Victoria 2019).

Der er indhentet oplysninger om evt. klagesager hos australske forsikrings-selskaber frem til juli 2019 (SCV 2019) og fra danske og norske myndigheder frem til 2012 (Jevne 2014), og der fandtes ingen registrerede kompensationskrav for børn i kiropraktorpraksis.

Behandlingsovervejelser

Overordnet set er videnskabelige undersøgelser af manuel behandling til børn på nuværende tidspunkt mangelfulde. Evidensbaseret praksis kombinerer videnskabelig evidens med klinisk erfaring og patientens præferencer. I tilfælde hvor der ikke eksisterer videnskabeligt baseret evidens hverken for eller imod manuel behandling, kan det derfor være fornuftigt at iværksætte et forløb med manuel terapi, hvis kiropraktoren finder det indikeret, og det ønskes af forældrene efter grundig information (Hawk 2016). I de tilfælde skal forløbet følges tæt og monitoreres for eventuelle bivirkninger. Hvis der ikke ses en forbedring af symptomer/funktion indenfor kort tid, dvs. to uger med mindre specielle forhold retfærdiggør et længere forløb, skal behandlingsstrategien ændres, og viderehenvisning eller tværfagligt samarbejde overvejes. I de tilfælde, hvor kiropraktoren mistænker alvorlig patologi, patienten er henvist fra egen læge, eller patienten afsluttes med anbefaling af, at behandling videreføres i andet regi, er information til patientens praktiserende læge særlig vigtig (Landsoverenskomst for Kiropraktik, 2017, §5. www.danskkiropraktorforening.dk/media/1122/55501-kiropraktik-ny-ok-opdateret-19-april-17.pdf)

Nedenfor følger en kort opsummering af den videnskabelige evidens for manuel behandling af de 0-1-årige efterfulgt af øvrige overvejelser, der bør gøres i forbindelse med behandling.

Kolik

Kolik er en af de væsentligste årsager til, at forældre opsøger kiropraktor med deres barn. Det er vigtigt at forstå, at kolik blot er defineret som unormalt grådmønster, og at gråden kan have mange forskellige årsager og nedenfor gennemgås kort de mest veldokumenterede sammenhænge.

Effekten af manuel behandling af spædbarnskolik er undersøgt i seks kontrollerede kliniske studier. Fem af de seks har vist en positiv effekt af behandlingen, mens den sjette ikke viste nogen forskel mellem grupperne. Studierne er dog generelt af lav kvalitet, først og fremmest pga. for små populationer og problemer med blinding (Dobson 2012, Carnes 2017, Perry 2019). Derfor er anbefalingen fortsat usikker, men et manuelt behandlingsforløb kan opstartes, hvis anamnese og undersøgelse indikerer, at der kan være behov for manuel behandling, og der ikke findes tegn på andre sygdomme eller anomalier.

Forholdet mellem barn og forældre, forældrenes evne til at afkode barnets signaler osv. kan være en væsentlig årsag til barnets gråd (Zeifman 2017). Derfor er observation af forældre-barn interaktionen, mens sygehistorien optages og undersøgelsen foregår, yderst vigtig. Behov for råd og vejledning skal vurderes og gives i det omfang, det skønnes nødvendigt. Yderligere bør man overveje samarbejde med sundhedsplejen, der kan fortsætte rådgivningen i familiens hjem. Ved mistanke om påført skade/’Battered child syndrome’ skal man være opmærksom på underretningspligten iflg. Servicelovens §153 og underrette kommunen (sim.dk/arbejdsomraader/udsatte-boern-og-unge/underretningspligt/).

Der er også fundet en sammenhæng mellem øget gråd og eksponering til komælkprotein, enten fra moderens indtag via amning eller fra modermælks-erstatning. Ved mistanke herom udelukkes komælk fra moderens kost, hvis barnet ammes. Hvis barnet bruger flaske, anbefales det at skifte til et erstatningsprodukt uden komælk. Dette er dog ikke uproblematisk, da smagen er anderledes, og børnene derfor ofte ikke bryder sig om det. Ved begrundet mistanke bør man samarbejde med sundhedsplejerske eller egen læge mhp. afdækning af mulig overfølsomhed (Lothe 1989, Estep 2000, Jacobsson 2000).

Probiotikabehandling har også vist lovende resultater i kontrollerede kliniske studier, men de samme forbehold gør sig gældende som for manuel behandling (små studier, stor forskellighed i studierne og høj risiko for bias) (Perry 2019, Nocerino 2019). Probiotika kan anbefales som alternativ eller supplement til manuel behandling, hvis der er mistanke om, at barnets ubehag kommer fra tarmsystemet, eller der ikke findes indikationer for manuel behandling.

Asymmetrier

Der er mange, der opsøger kiropraktisk behandling pga. forskellige typer af asymmetri hos barnet, som f.eks. en foretrukken side til amning/søvn eller plagiocephali (hovedskævhed). Der findes ingen videnskabelige studier, der har undersøgt effekten af manuel behandling på disse forhold. Der er derimod udbredt klinisk erfaring for en positiv effekt, og der er også et validt klinisk rationale for, at modstanden mod f.eks. at dreje hovedet til den ene side kan være biomekanisk begrundet. Ligeledes er det sandsynligt, at langvarig sidepræference ved lejring kan påvirke kranieformen, og ved normalisering af barnets bevægelighed kombineret med øvelser og rådgivning om lejring af barnet, er der mulighed for indirekte korrektion af en evt. kranieskævhed over tid. Derfor kan et behandlingsforløb iværksættes, hvis anamnese og undersøgelse indikerer, at der kan være behov for manuel behandling, og der ikke findes tegn på andre sygdomme eller anomalier. Derudover rådgives om lejring og øvelser, der kan modvirke de aktuelle skævheder (se evt. www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/knogler-og-led/skaevt-hoved-hos-spaedboern/).

Amme-problemer

Der er ikke gennemført kontrollerede studier af effekten af manuel behandling på amme-problemer, men der findes to publicerede case-serier, der rapporterer en positiv effekt på barnets evne til få ordentligt fat på brystet (Parnell Prevost 2019). Det er vigtigt med en hurtig indsats i tilfælde af amme-problemer for at undgå, at amningen afsluttes permanent. Derfor kan et behandlingsforløb afprøves, hvis anamnese og undersøgelse indikerer, at der kan være behov for manuel behandling, og der ikke findes tegn på andre sygdomme eller anomalier. Derudover vurderes det, om der er behov for sideløbende amme-rådgivning fra fagpersoner med specialviden om amning, herunder jordemødre og sundhedsplejersker med IBCLC-certificering. Hvis der ikke findes indikationer på biomekaniske dysfunktioner, eller hvis der ikke opnås hurtig effekt af behandlingen (indenfor én uge) henvises til ammerådgiver, hvis amningen er truet.

Høring

Høringsparter

- Medlemmer af Dansk Kiropraktorforening
- Sundhedsstyrelsen
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Jordemoderfagligt Selskab
- Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Dansk Pædiatrisk Selskab

Offentliggørelse af høringssvar

Forslag fra høringssvarene er indarbejdet i nærværende dokument, hvor det er fundet relevant.

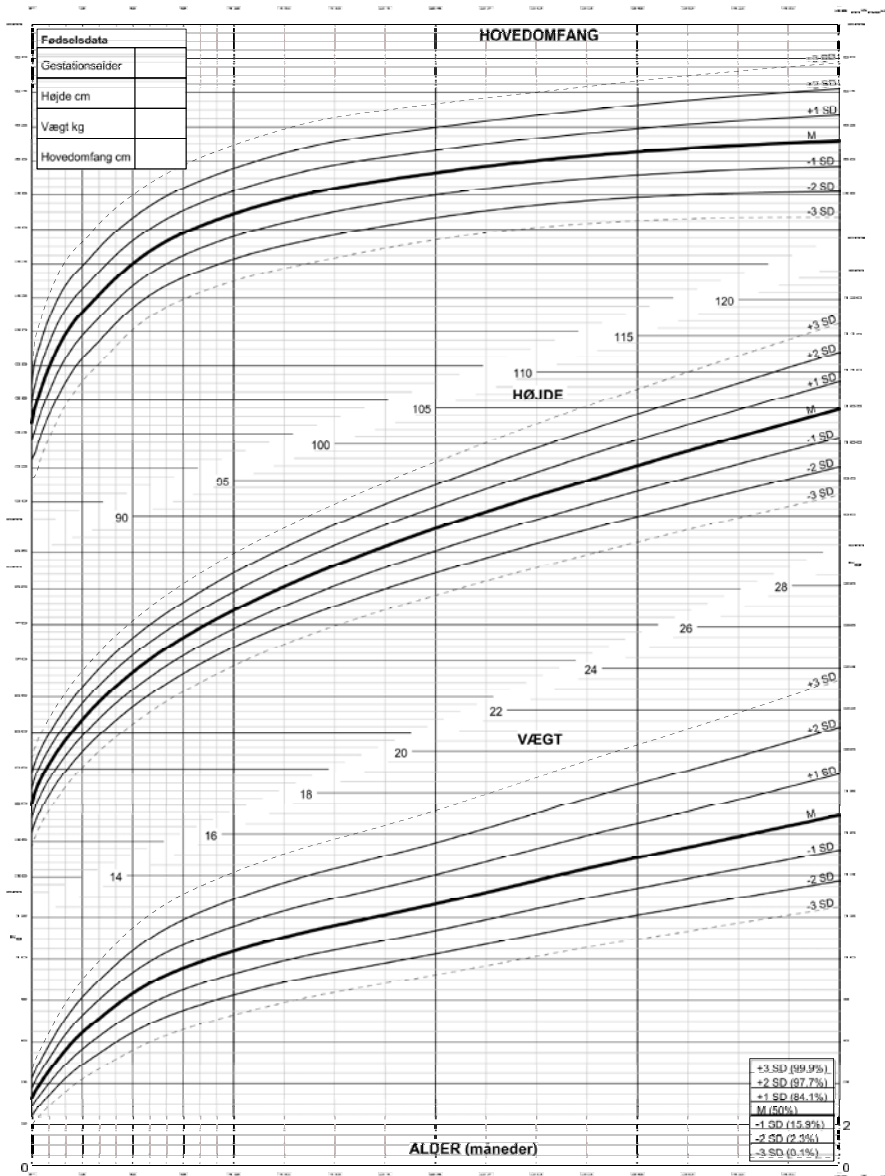
Alle høringssvar med tilhørende tilbagesvar kan ses i fuld længde på www.dskkb.dk

Referencer

- Bronfort G, Haas M, Evans RL, Bouter LM: Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. *Spine J* 2004, 4(3):335-356
- Carnes D, Plunkett A, Ellwood J, Miles C. Manual therapy for unsettled, distressed and excessively crying infants: a systematic review and meta-analysis *BMJ Open* 2018;8:e019040. doi:10.1136/bmjopen-2017-019040
- Dobson D, Lucassen PLBJ, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 12. Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Driehuis F, Hoogbeem TJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, de Bie RA, Staal JB (2019). Spinal manual therapy in infants, children and adolescents: A systematic review and metaanalysis on treatment indication, technique and outcomes. *PLoS ONE* 14(6): e0218940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218940>
- Estep DC, Kulczycki A, Jr. Colic in breast-milk-fed infants: Treatment by temporary substitution of Neocate infant formula. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2000;89(7):795-802.
- Hawk C, Schneider MJ, Vallone S, Hewitt EG. Best Practices For Chiropractic Care Of Children: A Consensus Update. *J Manipulative Physiol Ther* 2016;39:158-168
- Jakobsson I, Lothe L, Ley D, Borschel MW. Effectiveness of casein hydrolysate feedings in infants with colic. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2000;89(1):18-21.
- Jevne J, Hartvigsen J, Christensen HW. Compensation claims for chiropractic in Denmark and Norway 2004–2012. *Chiropractic & Manual Therapies* 2014, 22:37. <http://www.chiromt.com/content/22/1/37>
- Marchand A. A Proposed Model With Possible Implications For Safety And Technique Adaptations For Chiropractic Spinal Manipulative Therapy For Infants And Children. *J Manipulative Physiol Ther* 2015;38:713-726
- Marchand AM. Chiropractic care of children from birth to adolescence and classification of reported conditions: an internet cross-sectional survey of 956 European chiropractors. *J Manipulative Physiol Ther*. 2012;35(5):372-80. doi: 10.1016/j.jmpt.2012.04.008.
- Perry R, leach V, Penfold C, Davies P. An overview of systematic reviews of complementary and alternative therapies for infantile colic. *Systematic Reviews* (2019) 8:271. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1191-5>
- Safer Care Victoria. Chiropractic spinal manipulation of children under 12. Independent review. © State of Victoria, Australia, Safer Care Victoria, October 2019, ISBN 978-1-76069-066-3, Available at www.safercare.vic.gov.au
- Saxtrup N. *Subjektivt & Objektivt – anamnese, undersøgelse og journal*. 4. udgave, 1. oplag. Munksgaard, København 2019
- Todd AJ, Carroll MC, Robinson A, Mitchell EKL. Adverse events due to chiropractic and other manual therapies for infants and children. A review of the literature. *J Manipulative Physiol Ther* 2015;38:699-712
- Todd A, Carroll MT, Mitchell EKL. Forces of Commonly Used Chiropractic Techniques for Children: A Review of the Literature. *J Manipulative Physiol Ther* 2016;39:401-410
- Vohra S, Johnston BC, Cramer K, Humphreys K. Adverse Events Associated With Pediatric Spinal Manipulation: A Systematic Review. *Pediatrics* 2007;119:e275-e283. DOI: 10.1542/peds.2006-1392
- Zeifman DM, St James-Roberts I. Parenting the Crying Infant. *Curr Opin Psychol*. 2017;15:149-54
- www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/thermometer/art-20047410 (accessed January 2020)
- www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Normal_Ranges_for_Physiological_Variables/ (accessed January 2020)

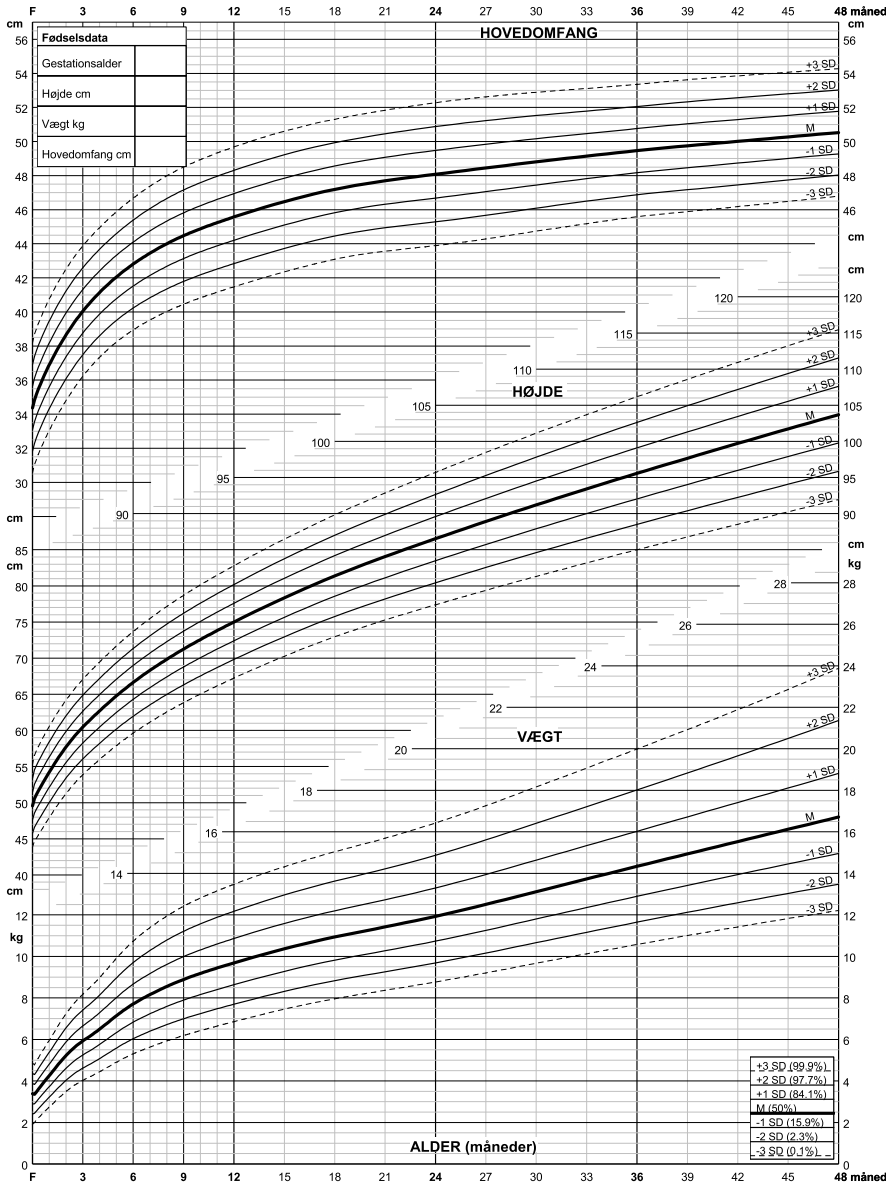
Bilag 1 a

DRENG · Højde, vægt og hovedomfang for alder, fødsel til 48 måneder



Bilag 1 b

PIGE · Højde, vægt og hovedomfang for alder, fødsel til 48 måneder



Bilag 2

Sundhed.dk · Patienthåndbogen

Barnets psykosociale og motoriske udvikling, 0-3 år

Christina Louise Lindhardt, ph.d., sundhedsplejerske Fagligt opdateret: 14.08.2017

Fakta

- Børn vokser og ændrer sig utrolig meget de første år af deres liv
- Man kan ikke forvente, at børn udvikler sig helt på samme måde, og man kan ikke sammenligne sit barn med andre børn eller søskende
- Milepælene i barnets første år veksler mellem, at barnet står stille i udviklingen, eller at barnet pludselig kan mange ting på en gang, og det sker oveni hinanden
- Hvis du er i tvivl om dit barns udvikling, kontakt din sundhedsplejerske eller din læge

Børn udvikler sig forskelligt

Børn vokser og ændrer sig utrolig meget de første år af deres liv. Man kan ikke forvente, at børn udvikler sig helt på samme måde, og man kan ikke sammenligne sit barn med andre børn eller søskende. Milepælene i barnets første år veksler mellem, at barnet står stille i udviklingen, eller at barnet pludselig kan

mange ting på en gang, og det sker oveni hinanden. Hvis du er i tvivl om dit barns udvikling, kontakt din sundhedsplejerske eller din læge. Når barnet er 6 måneder, får det en øget interesse for omgivelser på større afstand.

6 uger

- Opmærksomhed/blik-kontakt, følger med øjnene
- Smil
- "Pludrelyde"
- Bruger begge arme og ben
- Kan dreje hovedet fra side til side i rygleje
- Kan bøje naturligt i arme og ben
- Kan holde hovedet lige, når det ligger på maven

3 måneder

- Vender blik/hoved efter lyd
- Sikker blik-kontakt, smil, aktiv brug af lyde/pludren
- Respons på kontakt ("med hele kroppen")
- Åbner hænderne af og til, griber til siden, ikke mod midtlinjen
- Tyngdepunktet ned mod maven, når det ligger på maven
- Hviler på albuer og underarme
- Holder hovedet i midtstilling, løfter til 90°

6 måneder

- Øget interesse for omgivelser på større afstand
- Følger 180° med blikket
- Pludrer aktivt, lytter til egen stemme
- Bruger konsonanter
- Øje-hånd mund samspil, putter i munden
- Griber og slipper leger med begge hænder, bytter fra hånd til hånd
- Griber med hele hånden
- Kan holde hovedet selv
- Forsøger selv at flytte sig og hæve sig op fra underlaget, når det ligger på maven og ryggen
- Strækker sig efter legetøj
- Rækker armene ud for at blive taget op
- Støtter sig på strakte arme med åbne håndflader, når det ligger på maven
- Benene er adskilt
- Ruller rundt

8 måneder

- Er med på sociale lege: vinke, klappe kage, "borte tit tit"
- Skelner tydeligere mellem fremmede og kendte
- Anvender helhåndsgreb
- "Flytter sig, når det ligger på maven"

12 måneder

- Sociale lege, tager imod og giver fra sig
- Ser efter legetøj, som gemmes
- "Pincet"greb, begge hænder
- Tager en klods i hver hånd
- Kravler på hænder og knæ
- Sætter sig op og sidder i god balance
- Rejser sig med støtte, går frit
- Reagerer på sit navn, imiterer talelyd, siger mor/far specifikt

Kilder

Fagmedarbejdere:

- Christina Louise Lindhardt, ph.d., sundhedsplejerske, Syddansk Universitet
- Hans Christian Kjeldsen, speciallæge i almen medicin, ph.d., praktiserende læge, ekstern lektor ved afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Indhold leveret af:

Patienthåndbogen, Kristianiagade 12, 2100 København Ø · laegehaandbogen@dadl.dk

Spædbørn i kiropraktorpraksis

© Dansk Selskab for Kiropraktik, 2020.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

1. udgave, 1. oplag

Udarbejdet i 2014-2020, tilrettet og trykt i 2020

Produktion: OTW A/S

Denne kliniske vejledning er defineret, prioriteret og udarbejdet af en ekspertgruppe blandt de praktiserende kiropraktorer i Danmark. Dette bl.a. med afsæt i årlige fagdage afholdt af Dansk Selskab for Kiropraktik (DSK), herunder også en vidensdelingsdag inden for emnet afholdt af DSK-fokusgruppen for pædiatri. Alle danske kiropraktorer har været indbudt til deltagelse i arbejdet og vejledningen har været udsendt i høring til relevante faglige selskaber og samarbejdspartnere.

Dansk Selskab for Kiropraktik's fokusgruppe for Evidensbaseret Praksis har bidraget til processen bag tilblivelsen.

Manuskript

Lise Hestbæk, professor, Institut for Idræt og klinisk biomekanik, Syddansk Universitet

Kari Skovmand, praktiserende kiropraktor i Kolding, master i pædiatri fra Bournemouth Universitet/AECC

Susanne Lyng, praktiserende kiropraktor i Brønderslev, master i pædiatri fra Bournemouth Universitet/AECC

Tina Hein Lauridsen, praktiserende kiropraktor i Odense

Annette Jørgensen, praktiserende kiropraktor i København

Bettina Miltersen, praktiserende kiropraktor i Holstebro

Trine Palludan, praktiserende kiropraktor på Frederiksberg, master i pædiatri fra Bournemouth Universitet/AECC

Anna Stolpe, praktiserende kiropraktor i Lyngby

En elektroniske udgave, samt høringssvar kan hentes på DSK's hjemmeside, www.dskkb.dk