

MONOFAGLIG KLINISK VEJLEDNING

SMÅBØRN I KIROPRAKTOR- PRAKSIS



GODKENDT AF DANSK SELSKAB FOR KIROPRAKTIK 25. AUGUST 2020

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	3
1.1	Baggrund og formål.....	3
1.2	Indhold og målgruppe.....	3
1.3	Etiske overvejelser og evidensgrundlag.....	4
2	Henvendelsesårsager.....	5
3	Sygehistorie.....	8
4	Objektiv undersøgelse.....	11
4.1	Undersøgelsens rammer og tilpasning.....	11
4.2	Minimumsundersøgelse og observationer.....	11
4.3	Klinisk blik: Vurdering af almen tilstand.....	12
4.4	Røde flag.....	13
4.5	Særlige forhold hos børn med flygtninge- eller anden etnisk baggrund.....	13
4.6	Bevægeapparatet – minimumsundersøgelse.....	13
4.7	Supplerende undersøgelse ved behov.....	14
5	Behandlingsmodaliteter.....	15
5.1	Information og rådgivning.....	15
5.2	Overvejelser vedrørende manuel behandling.....	16
6	Alvorlig patologi.....	17
7	Specifikke tilstande og anbefalinger.....	18
7.1	Asymmetrier.....	18
7.2	Gangmønstre.....	18
7.3	Neurologiske forhold.....	18
7.4	Traumer.....	18
7.5	Vækstbetingede smerter.....	19
7.6	Kropsholdning.....	19
7.7	Sport og aktivitetsniveau.....	19
8	Komplikationer og bivirkninger.....	20
8.1	Typiske og forventelige reaktioner.....	20
8.2	Definition og klassifikation af bivirkninger.....	20
8.3	Information og opfølgning.....	21
9	Tværfaglig samarbejde.....	22
9.1	Samarbejdspartnere.....	22
9.2	Forældreinvolvering.....	22
10	Høring og revision.....	23
11	Referencer.....	24
12	Bilag.....	26

Monofaglig klinisk vejledning Småbørn i kiropraktorpraksis

Udarbejdet af:

Freja Gomez Overgaard og Elisabeth Davidson
Fokusgruppen for pædiatri

Godkendt af Dansk Selskab for Kiropraktik d. 14. 04. 2026

1.1 Baggrund og formål

Denne kliniske vejledning henvender sig til kiropraktorer, der behandler børn i førskolealderen (1–6 år) inden for det danske sundhedsvæsen. Kiropraktorens organisatoriske placering i praksissektoren er således, at patienter kan henvende sig direkte fra gaden. Der er ikke behov for henvisning. Derved kan patienter præsentere sig med en stor variation af symptomer, også symptomer, som ikke umiddelbart har en muskuloskeletal oprindelse.

Kiropraktorens autorisation omfatter diagnosticering, forebyggelse og behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser i bevægeapparatet (*autorisationsloven §52, stk. 4*). Ved ikke bevægeapparat-relaterede lidelser kan en kiropraktisk forundersøgelse ikke erstatte lægelig vurdering.

Vejledningens formål er, at understøtte både nyuddannede og erfarne kiropraktorer i deres arbejde med denne patientgruppe, samt at understøtte og udbygge en fortsat evidensbaseret tilgang til klinisk praksis (*Rygsmærter hos børn - Lægehåndbogen på sundhed.dk*, u.å.). Derudover skal vejledningen understøtte kiropraktorens kompetence til henvisning til relevante læger i tilfælde af en vurdering om ikke muskuloskeletal lidelser og sygdomme. Vejledningen er ikke en behandlingsanbefaling og positionerer ikke kiropraktorer som primær aktør eller koordinator i pædiatriske forløb.

I 2025 udgjorde børn i alderen 1-6 år cirka 15% af den samlede pædiatriske patientvolumen hos danske kiropraktorer (Danske Regioner, Kontrolstatistikker, 2025). Der findes aktuelt ingen danske undersøgelser, som systematisk kortlægger årsagerne til henvendelse i denne aldersgruppe; den seneste publicerede viden er mere end et årti gammel (Hestbaek et al., 2009). Internationale studier peger dog på, at forældre til børn i denne aldersgruppe ofte opsøger kiropraktorer med muskuloskeletale problemstillinger (Dolbec et al., 2024). Samtidig viser forskning, at praksismønstre blandt kiropraktorer med pædiatrisk efteruddannelse varierer betydeligt – et forhold, der understreger behovet for faglige retningslinjer og konsensus-baseret praksis (Pohlman et al., 2010).

1.2 Indhold og målgruppe

Denne vejledning fokuserer primært på optagelse af anamnese og gennemførelse af klinisk undersøgelse hos børn i førskolealderen. Anbefalingerne bygger på kildemateriale fra eksisterende medicinsk litteratur, Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer for sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen, 2021), flere studier om bedste praksis for håndtering

af børn i klinisk praksis (Keating et al., 2024) samt evidensbaseret viden om bevægeapparatet hos børn (Saxtrup, 2019). I overensstemmelse med anbefalinger fra *Clinical Practice Guideline for Best Practice Management of Pediatric Patients by Chiropractors* (Keating et al., 2024) er vejledningen struktureret omkring grundlæggende principper for sikker og effektiv behandling. Vejledningen er udviklet af en arbejdsgruppe bestående af danske kiropraktorer med klinisk og forskningsmæssig erfaring i behandling af børn. Den henvender sig primært til praktiserende kiropraktorer, men kan også være relevant for andre sundhedsprofessionelle, der arbejder med småbørn. Afslutningsvis gennemgås de behandlingsteknikker, der typisk anvendes i kiropraktorpraksis, samt overvejelser ved de mest almindelige henvendelsesårsager i denne aldersgruppe.

1.3 Ethiske overvejelser og evidensgrundlag

Behandling af børn med kiropraktiske metoder indebærer særlige etiske overvejelser, ligesom ved al anden pædiatrisk behandling. Kvaliteten af evidens for effekten af manuel behandling hos børn i alderen 1-6 år er lav. Der er derfor fortsat behov for yderligere forskning i kiropraktisk behandling af spædbørn og småbørn, særligt hvad angår risikovurdering og patientudvælgelse (Driehuis et al., 2019).

Kiropraktorer, der behandler børn, tilpasser deres behandling til barnets alder og fysiske udvikling. Behandlingen kan bestå af manuelle teknikker, men også rådgivning, øvelser og vejledning af forældre. Når der anvendes manuelle teknikker, tilpasses biomekaniske faktorer såsom kraft og hastighed. Generelt anvendes blide mobiliseringsteknikker hos spædbørn og børn (Saedt, 2025). Den eksisterende litteratur peger på, at informeret samtykke fra forældre, fyldestgørende anamneseoptagelse og identificering af kontraindikationer er afgørende for en mere sikker pædiatrisk kiropraktisk praksis (Weber & Miller, u.å.).

Vejledningen adresserer følgende centrale aspekter af en kiropraktisk konsultation af børn:

- Patientkommunikation, herunder informeret samtykke (Weber & Miller, u.å.).
- Optagelse af klinisk anamnese, herunder vurdering af generelle vaner i relation til sundhed.
- Fysisk undersøgelse, med særligt fokus på pædiatriske problemstillinger.
- Identifikation af røde flag og kontraindikationer for manuel behandling.
- Tilpasning af manuelle kiropraktiske teknikker til børn i forskellige aldre (Saedt, 2025).

- Henvisning til og samarbejde med andre sundhedsprofessionelle.
- Sundhedsfremme og forebyggelse i en muskuloskeletal kontekst.

Vejledningen bygger videre på eksisterende vejledning for spædbørn, men tilpasser og udvider denne i forhold til de særlige behov hos børn i førskolealderen.

2. Henvendelsesårsager

Der foreligger en dansk undersøgelse fra 2009, som belyser årsager til, at børn i alderen 1–6 år opsøger kiropraktisk behandling (Hestbaek et al., 2009). Her ses det at 33% af børn kommer med muskuloskeletale problemer, 15% med unormale bevægelsesmønstre, 13% med motoriske asymmetrier, 11% med søvnproblemer, 10% som forebyggende behandling, 9% med astma/allergi, 7% med hyperaktivitet, 3% med hovedpine.

I mangel af nyere nationale data må vi orientere os mod internationale undersøgelser og klinisk erfaring.

Det norske sundhedssystem har mange ligheder med Danmark, og praksismønstre antages derfor at være sammenlignelige. En nyere norsk undersøgelse af 29.923 pædiatriske patientforløb identificerede, at muskuloskeletale problemer udgjorde langt den hyppigste henvendelsesårsag i alle aldersgrupper (Allen-Unhammer et al., 2016). I de yngste aldersgrupper sås også maveproblemer, kolik og motoriske vanskeligheder.

Tabel 1: Primære henvendelsesårsager fra Norge (Allen-Unhammer et al., 2016)

Barnets alder Henvendelses- årsag	0-4 år	5-9 år	10-14 år	15-17 år	Total (n=29,923)
Kolik/gråd	13,75%	0,30 %	0,01%	0	4,8%
Forstyrret søvn	0,36%	0,05%	0	0,02%	0,14%
Maveproblemer	18%	1,09%	0,20%	0,08%	6,46%
Øreproblemer	0,20%	0,49%	0,19%	0,06%	0,19%
Næse/hals	0	0	0	0,01%	0,003%
Muskuloskele- tale problemer	63%	79%	93%	81,5%	81,53%
Hovedpine	0,04%	4,13%	1,28%	2,25%	1,47%
Astma/allergi	0,04%	0,05%	0	0,05%	0,03%
Svimmelhed/ træthed	0,03%	0,16%	0,30%	0,24%	0,17%
Hyperaktivitet/ koncentration	0,12%	0,35%	0,04%	0	0,09%
Forebyggende undersøgelse	1,68%	0,57%	0,15%	0,09%	0,72%
Enurese	0,29%	5,7%	0,59%	0,04%	0,96%
Andet	2,51%	7,74%	4,16%	2,03%	
Total	100% (n=10380)	100% (n=3681)	100% (n= 7431)	100% (n=8431)	100% (n= 29,923)

Erfaring fra danske kiropraktorer med særlig interesse for pædiatri peger på, at mange småbørn henvender sig med lignende symptomer og problemstillinger (Ferrance & Miller, 2010; Milne et al., 2022). De hyppigst beskrevne årsager omfatter:

- Motoriske udfordringer
Fx forsinket kravl eller gang, usædvanlig kluntethed eller motorisk uro.
- Asymmetrier og skævheder i kroppen
Fx torticollis, favoritside eller asymmetri i kroppen.
- Søvnproblemer
Fx vanskeligheder med at finde ro, hyppige opvågninger, eller uregelmæssig søvnrytme.

- Gener relateret til bevægeapparatet
Fx stivhed, smerter i ryg, led eller muskler – ofte med somatisk overlap i form af mave- eller hovedpine.
- Eftervirkninger af traumer eller fald
Fx ændret bevægemønstre eller adfærd.
- Vækstrelaterede gener
Fx smerter i ben eller fødder relateret til vækstfaser.
- Bekymringer omkring kropsholdning eller gangfunktion
Fx kalveknæ, hujulben, tågang – typiske fysiologiske variationer, men hvor forældre søger vurdering og vejledning.

Herudover nævnes i både klinisk praksis og litteraturen også henvendelser vedrørende:

- Øreproblematikker
Fx særligt tilbagevendende mellemørebetændelser (otitis media).
- Adfærdsmæssige udfordringer
Fx uro, koncentrationsbesvær eller bekymringer om neuropsykologisk udvikling.
- Balanceproblemer og faldtendens
Fx nedsat koordination eller hyppige fald.

I mange tilfælde er forældrenes henvendelse udtryk for en generel bekymring eller et ønske om vurdering, mere end et klart defineret symptom. Det stiller særlige krav til kiropraktorens kommunikation, kliniske vurdering og vejledning.

Akutte muskuloskeletale smerter hos børn er en hyppig henvendelsesårsag i kiropraktorpraksis. Vurdering og håndtering baseres på klinisk kontekst, almen tilstand og fravær af røde flag.

3. Sygehistorie (anamnese)

Optagelse af en grundig og alderssvarende anamnese er central i arbejdet med børn i førskolealderen. Forældre kender deres barn bedst og har ofte en meget præcis fornemmelse for barnets tilstand. Derfor bør deres observationer og bekymringer altid tages alvorligt og indgå som en vigtig del af den kliniske vurdering.

Anamneseoptagelsen bør foregå i et trygt og roligt miljø, hvor både barn og forældre føler sig inddraget. Det anbefales, at barnet samtidig observeres med henblik på almen tilstand og adfærd. Vurder, om barnet virker vågent, nysgerrigt, trygt eller uroligt. I denne aldersgruppe er sproget ikke altid tilstrækkeligt udviklet til, at barnet selv kan udtrykke smerte – derfor er adfærdssændringer og nonverbal kommunikation vigtige indikatorer på mistrivsel eller smerter.

Der kan med fordel anvendes alderssvarende vurderingsværktøjer:

- FLACC-skalaen (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) anbefales til børn op til 5 år. Hver kategori scores 0-2; total 0-10. Samlet score og fortolkning:
 - 0 = Afslappet og komfortabel
 - 1-3 = Let ubehag/mulig smerte
 - 4-6 = Moderat smerte
 - 7-10 = Svær smerte/meget ubehag

Tabel 2: FLACC-skalaen ((Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997).

FLACC	0	1	2
Ansigts-udtryk	Upåvirket, afslappet	Bekymret, indadvendt	Hyppig/konstant dirren omkring munden eller sammenbidt
Ben	Normal position eller afslappet	Urolig, spændt	Optrukne, sparker
Aktivitet	Normal stilling eller ligger stille, bevæger sig frit	Vrider sig, kan ikke finde ro	"Går i bro", stiv, eller kaster sig rundt
Gråd	Græder ikke (vågen eller sovende)	Klynker, klager sig af og til	Græder uafbrudt, skrider eller klager sig hyppigt
"Trøst-barhed"	Tilfreds, afslappet	Kan beroliges ved kram og knus, kan trøstes ved tale og kan afledes fra smerten	Vanskeligt at trøste eller utrøstelig

- Ansigts-skalaen kan anvendes til vurdering af smerteintensitet fra ca. 5-års-alderen og opefter.

Figur 1: Ansigts-skalaen (Hicks et al, 2001).



En struktureret anamnese for børn i alderen 1–6 år, bør som minimum inkludere følgende elementer:

Tabel 3: Anamnesticke minimumskrav vedrørende det 1-6-årige barn

Almene anamnesticke oplysninger	• Vaccinationer • Milepæle (sidde, kravle, gå) • Vækst og udvikling • Søvn- og spisevaner • Appetit
Kommunikation og samtykke	• Verbal og nonverbal kommunikation • Undersøg forhold omkring forældremyndighed • Inddragelse af barn og forældre i beslutninger • Informeret samtykke
Henvendelsesårsag	• Årsag til henvendelse • Debut og udvikling • Forværrende og forbedrende faktorer • Forventninger fra forældre og evt. barn • Afmystificering af problematik efter behov
Familiehistorik	• Medfødte lidelser • Genetiske sygdomme • Motoriske vanskeligheder i familien

Adfærd og trivsel	• Forandringer i leg, spisning, samvær, sovevaner • Tegn på tilbagetrækning, uro, eller undvigende • Udadreagerende adfærd
Tidligere forløb	• Traumer • Fald • Belastninger • Tidligere undersøgelser og behandlinger • Kendte allergier
Social kontekst	• Medicinforbrug • Institutions- eller dagplejehverdag • Søkende
Fysisk aktivitet og livsstil	• Motorik • Leg • Fysisk aktivitet • Skærmtid
Trivselsvurdering	• Vurdering af fysisk, psykisk og social trivsel

Hvis der foreligger et behov for supplerende anamnesticke spørgsmål, fx ved vurdering af komplekse forløb, så henvises til skabelonen udarbejdet af Weber og Miller (Weber & Miller, u.å.).

Ved vurdering af barnets trivsel og hverdag, bør samtalen inddrage anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2021) og WHO's retningslinjer for børns sundhed og bevægelse (WHO Growth Charts, 2024). Særlige materialer, såsom "Sådan taler du med børn om smerter og stik" udarbejdet af Videnscenter for Børnesmerter, kan med fordel anvendes som supplement til den kliniske samtale, (findes i bilag).

4. Objektiv undersøgelse

4.1 Undersøgelsens rammer og tilpasning

Undersøgelsen skal tilpasses barnets alder, udviklingsniveau og reaktioner. Indled undersøgelsen med at skabe tryghed og forklar, hvad der skal foregå – i et sprog, som både barn og forældre kan forstå. Forældre bør inddrages aktivt og informeres om deres rolle under undersøgelsen.

Første del af den objektive undersøgelse gennemføres for at afkræfte tilstedeværelsen af alvorlig sygdom, som kræver viderehenvielse. Forklar, hvad der foregår, og lad forældrene samtykke og medvirke. Sørg for, at instrumenter, såsom stetoskop, er håndvarme, og vent med de mest omfattende dele af undersøgelsen til sidst. Hvis barnet bliver ked af det, stresset eller umedgørligt, skal situationen tilpasses.

Det bør tydeligt kommunikeres til forældrene, at den kiropraktiske undersøgelse er målrettet bevægeapparatet og barnets funktion og ikke erstatter lægelig udredning, børneundersøgelser eller anden systematisk helbreds-vurdering.

4.2 Minimumsundersøgelse og observationer

Alle børn i alderen 1–6 år bør som minimum gennemgå følgende elementer af den objektive undersøgelse (Saxtrup, 2019):

Tabel 4: Minimumskrav ved objektiv undersøgelse af barnet i alderen 1–6 år

Undersøgelses-område	Indhold
Almen observation	Vurder årvågenhed, kontakt, reaktion på stimuli og adfærd.
Ryginspektion	Inspicér ryg i stående stilling; se efter midtlinjedefekter, hæmangiomer, behåring og atrofi.
Hud-forandringer	Café-au-lait pletter (mistanke om neurofibromatose), hæmangiomer eller andre pigmenteringer. Allergiske reaktioner eller infektioner.
Asymmetri og holdning	• Kyfose • Benlængdeforskel • Bækken- og skulderasymmetri • Cavus-fødder
Gangfunktion	Hvis muligt, observer gang og posturale mønstre.

Anvendelse af generelle kliniske undersøgelselementer sker som støtte til den muskuloskeletale vurdering og med henblik på at identificere tegn, der kræver viderehenvielse.

4.3 Klinisk blik: vurdering af almen tilstand

Ved mistanke om systemisk sygdom skal vurderingen fokusere på, om barnet virker alment påvirket. Følgende skema (baseret på (Saxtrup, 2019)) kan understøtte vurderingen:

Tabel 5: Kliniske tegn på mild versus alvorlig sygdom

Mild sygdom	Alvorlig sygdom
Kan trøstes	Irritabel og utrøstelig
Vågen, vækkes let	Sløv, reagerer ikke passende
God kontakt	Manglende kontakt
Normal opmærksomhed	Sløvhed eller forvirring
Pæn hudfarve	Bleg, grålig eller cyanotisk farve
Ubesværet vejrtrækning	Påvirket respiration og puls
Ikke dehydreret	Tegn på dehydrering

Ved febersymptomer bør barnet undersøges for:

- Petekkier eller andet udslæt (mistanke om meningokoksygdom).
- Nakkestivhed.
- Neurologiske symptomer (ændret bevidsthed, irritabilitet, kramper).
- Opkast, dehydrering og almen påvirkning.

Eksempler på vigtige differentialdiagnoser inkluderer; virale infektioner, meningitis, appendicitis og urinvejsinfektioner (Kroniske muskelskeletsmærter hos børn - Læge håndbogen på sundhed.dk, u.å.). Børn med feber hører ikke til i kiropraktorpraksis, og bør henvises til egen læge.

4.4 Røde flag

Ved objektiv undersøgelse skal følgende fund vække mistanke om underliggende alvorlig patologi:

- Vedvarende eller uforklarlige rygsmerter hos børn < 4 år.
- Feber, vægttab, natlige smerter.
- Smerter der stråler under knæniveau.
- Morgenstivhed.
- Tidligere eller aktuelle traumer.
- Kendt malignitet eller tuberkuloseeksponering.
- Neurologiske udfald (urin-/afføringsproblemer, reflekspåvirkning).
- Misfarvning, petekkier eller hæmoragiske udslæt.
- Bekymrende adfærdsændringer.

4.5 Særlige forhold hos børn med flygtninge- eller anden etnisk baggrund

Børn fra andre sundhedskulturer eller børn med flygtningebaggrund kan præsentere symptomer og sygdomme, der er mindre kendte i dansk praksis (Opmærksomhedsliste til anamneseoptagelse og objektiv undersøgelse af BØRN, u.å.), såsom:

- Tuberkulose.
- D-vitaminmangel og rakitis.
- Psykiske traumer og tilpasningsforstyrrelser.
- Medfødte misdannelser.

4.6 Bevægeapparatet – minimumsundersøgelse

Når alvorlig patologi er udelukket, foretages en mere detaljeret vurdering af bevægeapparatet.

Tabel 6: Minimumskrav ved undersøgelse af bevægeapparatet

Undersøgelses- område	Indhold
Palpation	Lokal ømhed i midtlinje eller paravertebralt. Trykømhed over processus spinosi

Bevægelse og smerte	Bevægelsesudløste smerter, fx thorakal smerte ved fleksion/ekstension. Vurder hele ryggen og relevante perifere led. - Udfør pGALS*
Neurologisk vurdering	Muskelkraft, reflekser, sensibilitet. Tarm-/blærekontrol ved mistanke om cauda equina
Ganganalyse	Balance, gang, løb, stå på tæer/hæle, koordination
Udvikling og milepæle	Sammenlign med alderssvarende normer

*pGALS = Paediatrics Gait, Arms, Legs and Spine assessment: et valideret screeningsværktøj til hurtig vurdering af bevægeapparatet hos børn (Foster & Jandial, 2013). En trin-for-trin vejledning findes i British Society for Paediatric and Adolescent Rheumatology's pGALS-manual.

4.7 Supplerende undersøgelse ved behov

Ved fortsat mistanke om alvorlig patologi, kan følgende overvejes:

Tabel 7: Supplerende vurdering

Undersøgelses-område	Indhold
Hofteleds-undersøgelse	Intern rotation i bugleje for asymmetri og passiv ROM* af hofteleddene
Kranienerver	Alderstilpasset vurdering
Primitive reflekser	Ved mistanke om neurologisk afvigelse. Notér især hvis reflekserne er persisterende ud over alderssvarende normer
Cerebellar funktion	Specifikke tests for proprioception, balance, koordination

*ROM = Range Of Motion (bevægelsesudslag): Vurdering af et leds passive og aktive bevægelsesgrænser i forhold til alderssvarende normer.

Supplerende udredning hos børn i førskolealderen omfatter som udgangspunkt ikke billeddiagnostik i kiropraktorpraksis. Ved mistanke om alvorlig patologi eller behov for billeddiagnostik henvises barnet til videre udredning i relevant lægeligt eller hospitalsbaseret regi.

5. Behandlingsmodaliteter

5.1 Information og rådgivning

En væsentlig komponent i den kiropraktiske konsultation er information og rådgivning. Mængden eller indholdet af information og rådgivning vil afhænge af det enkelte barns tegn og symptomer, såvel som forældrenes bekymringsniveau. Rådgivningen vil ofte tage udgangspunkt i bevægeapparatets funktion og inkludere information og råd om bevægelse, alderssvarende motorisk udvikling, øvelser med barnet o.lign.

Kommunikation skal foregå på forældrenes forståelsesniveau, men det anbefales at inddrage barnet mest muligt. Det bør tydeligt kommunikeres til forældrene, at den kiropraktiske undersøgelse er målrettet bevægeapparatet og barnets funktion og ikke erstatter lægelig udredning, børneundersøgelser eller anden systematisk helbreds-vurdering. Samtidig skal klinikerens være opmærksom på at informere forældrene om, at information ang. søvn, skærmtid og kost har mere generel karakter, da det ikke falder direkte indenfor kiropraktorens autorisationsområde.

Det er vigtigt at indhente informeret samtykke til undersøgelse og behandling.

Med hensyn til øvelser, træning, information og rådgivning, henvises til de nedenstående retningslinjer.

- Øvelser og træning:
 - Anbefalinger til motorisk stimulering og træning:
[https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2020/motorisk_ udvikling_ved_indskolingsalderen.pdf](https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2020/motorisk_udvikling_ved_indskolingsalderen.pdf)
 - Information og rådgivning:
 - Som kiropraktor kan man have en interesse i de forskellige nedenstående punkter. Henvi til Sundhedsstyrelsens vejledninger til forældre, tilbyd uddannelse og instruktioner for aktiv bevægelse eller opmuntre til regelmæssig fysisk aktivitet:
<https://www.sst.dk/da/Borger/Graviditet-og-smaaboern/Barnets-sundhed/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet-og-stillesiddende-tid-for-boern-i-alderen-0-til-4-aar>
 - Søvn:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2024/Anbefalinger-for-soevnlaengde>
 - Skærmtid:
<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaende-ind-satser/Mental-og-digital-sundhed/Skaermbrug/Arbejdsgruppe-0-2-aar>

- Kost:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Mad-til-smaa-fra-maelk-til-familiens-mad>
- <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2024/Vejledning-til-sundhedspersonale-vedroerende-vitamin--og-jerntilskud-til-boern>
- Bevægelse:
<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaaende-indsatser/Fysisk-aktivitet/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/Boern-0-4-aar>

5.2 Overvejelser vedrørende manuel behandling

Manuel behandling, som navnet antyder, dækker over alle behandlinger udført med hænderne og kan rettes mod både muskler og led med henblik på at øge bevægeligheden og funktionen. Da barnets muskulatur og skelet er væsentligt anderledes end hos den voksne patient, er behandlingen betydeligt blidere end hos voksne. Den led-frigørende behandling kan være enten manipulation eller mobilisering.

Alle behandlingsmodaliteter skal tilpasses det enkelte barns alder, tilstand og udvikling, og skal derfor administreres i en meget modificeret form hos de 1-6-årige. Baseret på studier af den maksimale strækstyrke af rygsøjlen hos forskellige aldersgrupper anbefales det, at manipulationsbehandling af småbørn yngre end seks år udføres med maksimalt 30% af den styrke, der gives til voksne (Marchand 2015). Anbefalet teknik og maksimal kraft kan ses i bilag som Tabel 8.

Evidensbaseret praksis kombinerer videnskabelig evidens med klinisk erfaring og patientens præferencer. I tilfælde, hvor der endnu ikke eksisterer videnskabeligt baseret evidens hverken for eller imod manuel behandling men blot klinisk emperi, kan det være fornuftigt at iværksætte et forløb med manuel terapi, hvis kiropraktoren finder det indikeret, og det ønskes af forældrene efter grundig information (Keating 2024).

I de tilfælde skal forløbet følges tæt og monitoreres for eventuelle bivirkninger. Hvis der ikke ses en forbedring af symptomer/funktion inden for kort tid, med mindre særlige forhold retfærdiggør et længere forløb, skal behandlingsstrategien ændres, og viderehenvisning eller tværfagligt samarbejde overvejes.

6.0 Alvorlig patologi

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, 2025, §5. [landsoverenskomst-for-kiropraktik_2025_web.pdf](#) [kiropraktik-ny-ok-opdateret-1-april-25.pdf](#)).

Ved mistanke om alvorlig patologi er kiropraktoren ansvarlig for at sikre relevant og rettidig videre udredning. Hos børn i alderen 1-6 år vil eventuel billeddiagnostik som hovedregel ske i hospitalsregi efter lægefaglig vurdering. Kiropraktoren har ansvar for korrekt klinisk visitation og relevant henvisning i overensstemmelse med gældende strukturer.

Retningslinjer for billeddiagnostik skal altid følges, og billeddiagnostik bør kun overvejes ved kliniske fund, der indikerer alvorlig patologi eller behov for differentiell diagnostik. Rutinemæssig billeddiagnostik frarådes grundet den begrænsede diagnostiske værdi og risiko for unødigt stråleeksponering hos børn. Ved behov for yderligere udredning skal henvisning til egen læge eller relevant specialafdeling overvejes.

Henvisning ved rygspecifikke smerter kan foregå til specialistcenter. Rygcenter Syddanmark i Kolding, som er landets største specialiserede rygcenter, kan der visiteres til i samarbejde med pædiatrisk afdeling i Kolding. Egen læge bør altid som minimum informeres ved henvisning. Henvisning til Rygcenter Syddanmark er tilgængeligt for alle regioners patienter.

Region Sjælland og Region Midt har lignende tilbud tilknyttet, dog fordelt på forskellige lokationer. Ved specifikke henvisninger til skolioseambulatorier til monitorering af skolioser samt ved psykosociale overvejelser anbefales henvisning til lokale børneafdelinger i samarbejde med egen læge.

7. Specifikke tilstande og anbefalinger

I arbejdet med børn i førskolealderen præsenteres kiropraktorer ofte for kliniske problemstillinger, som kræver differentieret tilgang og alderssvarende håndtering. Nedenfor beskrives en række typiske tilstande og overordnede kliniske anbefalinger.

7.1 Asymmetrier

Asymmetrier, såsom præferencer i bevægemønstre eller holdning, samt muskulære spændinger (fx torticollis hos mindre børn eller vedvarende asymmetrier i bevægemønstre), bør vurderes grundigt. Behandlingen bør tage højde for barnets udviklingsniveau og kan inkludere en bred vifte af teknikker, herunder mobilisering, blide vævsteknikker, udspænding og motorisk vejledning.

7.2 Gangmønstre

Ved afvigende gangfunktion bør både biomekaniske og neurologiske forhold vurderes. Observation af gang, balance og kropsholdning er centralt. I nogle tilfælde kan der være behov for tværfaglig håndtering. Gangafvigelser kan også være tegn på underliggende sygdomme, herunder alvorlige tilstande i abdomen eller neurologiske lidelser. I sådanne tilfælde bør barnet henvises til yderligere udredning. Primitive reflekser kan desuden spille en rolle og påvirke barnets motoriske udvikling. En refleksbaseret tilgang til motoriske øvelser kan overvejes som led i interventionen.

7.3 Neurologiske forhold

Den motoriske udvikling hos småbørn kan bl.a. påvirkes af persisterende primitive reflekser eller forsinket neurologisk modning. Ved mistanke om neurologiske afvigelser kan øvelser rettet mod integration af reflekser og forbedret motorisk kontrol være indicerede. Kiropraktorer kan bidrage til den tværfaglige håndtering af disse problematikker.

7.4 Traumer

Mindre traumer som fald, forstuvninger og blå mærker er almindelige i denne aldersgruppe. Det er vigtigt at huske, at børns skelet stadig er under

udvikling, og visse skader, såsom greenstick-frakturer, kan være svære at opdage klinisk og bør ved mistanke føre til billeddiagnostisk. Ved mistanke om overgreb (battered child syndrome) skal sundhedspersonalet reagere i overensstemmelse med underretningspligten. Underretning kan indsendes digitalt via kommunens hjemmeside eller via Borger.dk (Borger.dk, u.å)

7.5 Vækstbetingede smerter

Vækstbetingede smerter er hyppigt forekommende og oftest godartet tilstand hos børn. Navnet "vokseværk" er misvisende, da smerterne ikke er direkte relateret til vækst, men årsagen menes at være multifaktoriel. Behandlingen består primært i rådgivning og vejledning af både barn og forældre. Ved ledsagende biomekaniske problemer kan alderstilpassede manuelle teknikker og øvelser overvejes. Det bør overvejes at spørge til D-vitaminindtag:

- Børn i alderen 0–4 år anbefales dagligt D-vitamin tilskud.
- Børn over 4 år anbefales tilskud fra oktober til april (Sundhedsstyrelsen, 2024).

7.6 Kropsholdning

Observation af barnets holdning og bevægemønstre bør altid indgå som en del af undersøgelsen. De fleste variationer i kropsholdning hos småbørn er fysiologiske og kræver blot observation og afdratisering. I tilfælde hvor korrektion er indiceret, kan enkle posturale øvelser eller råd om variation i siddestillinger være relevante.

W-stilling er en siddestilling, hvor barnet sidder med bøjede ben, og fødderne spredt ud på siden af benene, mens børnenes bagdel hviler på gulvet, og samlet danner en W form med benene, set oppe fra. Et systematisk review fra 2025 for "w-stilling" fandt ingen videnskabelig evidens, der fraråder det hos børn og ingen sammenhæng med hoftedysplasi (Nordon et al., 2024). Det bør dog nævnes, at "W-stilling" ikke er ønskværdig som dominerende siddestilling, hvis det er forbundet med øget fleksibilitet, hypermobilitet eller neurologiske diagnoser (Aarhus Universitetshospital, u.å.).

7.7 Sport og aktivitetsniveau

Fysisk aktivitet er en vigtig del af barnets trivsel og motoriske udvikling. Rådgivning omkring alderssvarende aktivitetsniveau bør ske i overensstemmel-

se med Sundhedsstyrelsens anbefalinger og vejledninger fra idrætsorganisationer såsom DGI. Forældre kan vejledes om, hvordan barnet stimuleres til varieret og legende bevægelse frem for præstationsorienteret træning.

8. Komplikationer og bivirkninger

Kiropraktisk manuel behandling af børn i førskolealderen betragtes generelt som sikker, når den udføres korrekt og med tilpasning til barnets alder og udvikling. Som ved voksne kan der forekomme bivirkninger eller komplikationer, og det er vigtigt, at disse håndteres professionelt og dokumenteres korrekt.

8.1 Typiske og forventelige reaktioner

Efter manuel behandling rapporteres det hyppigt, at børn oplever:

- Let ømhed i det behandlede område.
- Midlertidig træthed eller uro.
- Forbigående ændringer i søvnmønster eller afføring.

Disse reaktioner er almindeligt forekommende og betragtes som forventelige og selvbegrænsende fysiologisk respons på behandlingen. De anses ikke som bivirkninger, men bør alligevel journalføres, særligt hvis de giver anledning til bekymring hos forældrene. Det er vigtigt, at forældre informeres om mulige forventelige reaktioner som led i opfølgning og informeret samtykke.

8.2 Definition og klassifikation af bivirkninger

En bivirkning defineres som en uforudset og uhensigtsmæssig følge af behandling, som ikke er en del af det forventelige respons. Bivirkninger inddeles typisk i tre kategorier:

- Let: Forbigående symptomer, som ikke fører til kontakt med sundhedsvæsenet.
- Moderat: Forbigående symptomer, hvor barnet eller forældre søger lægehjælp, men hvor indlæggelse ikke er nødvendig.
- Alvorlig: Komplikationer, som kræver hospitalsindlæggelse, medfører varige mén eller, i sjældne tilfælde, dødelig udgang.

Denne klassifikation anvendes bredt i litteraturen om pædiatrisk manuel behandling (Pohlman & Holton-Brown, 2012; Dolbec et al., 2024). Alvorlige bivirkninger efter kiropraktisk behandling af børn er meget sjældent rap-

porteret og primært i form af enkeltstående kasuistikker (Vohra et al., 2007; Carnes et al., 2010; Todd et al., 2015). I større prospektive studier, herunder danske data, er der ikke fundet eksempler på alvorlige bivirkninger (Miller & Benfield, 2008).

Enhver observeret eller rapporteret bivirkning, uanset graden, bør journalføres og håndteres i overensstemmelse med gældende procedurer for patientsikkerhed.

8.3 Information og opfølgning

Det er behandlerens ansvar at sikre, at forældre (og barn, i det omfang det er muligt) informeres om:

- Typiske og forventelige reaktioner.
- Tegn på eventuelle komplikationer.
- Hvad de skal være opmærksomme på efter behandlingen.
- Hvordan og hvornår de skal kontakte klinikken ved behov.

Ved alvorlig bivirkning har kiropraktoren pligt til at indberette hændelsen til Styrelsen for Patientsikkerhed via det nationale indberetningssystem for utilsigtede hændelser.

9. Tværfagligt samarbejde

Tværfagligt samarbejde er en central del af det kliniske arbejde med børn i førskolealderen. Nogle problemstillinger, der præsenteres i kiropraktorpraksis, har en kompleks karakter, som kræver samarbejde på tværs af faggrupper for at sikre barnets trivsel og helhedsorienterede behandling.

9.1 Samarbejdspartnere

Det tværfaglige samarbejde kan omfatte kontakt og koordination med:

- Egen læge
- Børnelæger
- Fysioterapeuter
- Ergoterapeuter
- Sundhedsplejersker
- Osteopater
- Pædagoger
- Andre relevante fagpersoner

Henvi sning til barnets egen læge skal ske ved behov for videre udredning, særligt ved mistanke om alvorlig eller ikke-muskuloskeletal sygdom. Ved komplekse forløb, eksempelvis kroniske smerter, kan henvi sning til et rygscenter eller specialiseret børneafdeling være relevant (Rygsm erter hos børn – Lægehåndbogen på Sundhed.dk, u.å.).

9.2 Forældreinvolvering

Forældrene spiller en central rolle i både undersøgelse, behandling og opfølgning. Deres viden om barnet og daglige observationer er ofte afgørende for en præcis vurdering og relevant intervention. Den kliniske kommunikation bør derfor være præget af inddragelse, dialog og afstemning af forventninger.

Forskning viser, at forældre generelt har høj tilfredshed med kiropraktisk behandling af deres børn og oplever forbedret trivsel og funktion hos barnet (Navrud et al., 2014; Newell & Holmes, 2024). Dette understreger vigtigheden af en inddragende og tillidsfuld tilgang i behandlingsforløbet.

10. Høring og revision

“Monofaglig klinisk vejledning - Småbørn i kiropraktorpraksis” har været i høring fra 05.12.2025-09.01.2026. Høringsparter som blev direkte inviteret til at deltage indbefattede:

Dansk Selskab for Kiropraktiks medlemmer, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi, Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Selskab for Sundhedsplejersker, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Danske Patienter.

Der kom efterfølgende kun svar fra DSAM. Forslag fra høringssvarene er indarbejdet i nærværende dokument, hvor det er fundet relevant.

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

11. Referencer

- Aarhus Universitetshospital. (u.å.). *Information og gode råd til børn med hypermobilitet*. <https://www.auh.dk/patientvejledninger/fysio-og-ergoterapi/born-unge/information-og-gode-rad-til-born-med-hypermobilitet/>
- Allen-Unhammer, A., Wilson, F. J. H., & Hestbaek, L. (2016). Children and adolescents presenting to chiropractors in Norway: National Health Insurance data and a detailed survey. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0107-x>
- Borger.dk. (n.d.). Underretning om børn og unge. Social- og Boligstyrelsen & Kommunernes Landsforening. Hentet 21. august 2025 fra <https://www.borger.dk/underret>
- Carnes, D., Mars, T. S., Mullinger, B., Froud, R., Underwood, M., & Rahman, A. (2010). Adverse events and manual therapy: A systematic review. *Manual Therapy*, 15(4), 355–363. <https://doi.org/10.1016/j.math.2010.02.006>
- Danske Regioner. (2025). Kontrolstatistik for praksissektoren 2025. Region Syddanmark, Region Midt, Region Nord, Region Hovedstaden, Region Sjælland.
- Dolbec, A., Doucet, C., Pohlman, K. A., Sobczak, S., & Pagé, I. (2024). Assessing adverse events associated with chiropractic care in preschool pediatric population: A feasibility study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 32(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12998-024-00529-0>
- Driehuis, F., Hoogeboom, T. J., Nijhuis-van Der Sanden, M. W. G., De Bie, R. A., & Staal, J. B. (2019). Spinal manual therapy in infants, children and adolescents: A systematic review and meta-analysis on treatment indication, technique and outcomes. *PLOS ONE*, 14(6), e0218940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218940>
- Ferrance, R. J., & Miller, J. (2010). Chiropractic diagnosis and management of non-musculoskeletal conditions in children and adolescents. *Chiropractic & Osteopathy*, 18(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1746-1340-18-14>
- Foster, H. E., & Jandial, S. (2013). pGALS – Paediatric Gait Arms Legs and Spine: A simple examination of the musculoskeletal system. *Pediatric Rheumatology*, 11(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1546-0096-11-44>
- Hewitt, E., Hestbaek, L., & Pohlman, K. A. (2016). Core Competencies of the Certified Pediatric Doctor of Chiropractic: Results of a Delphi Consensus Process. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 21(2), 110–114. <https://doi.org/10.1177/2156587215622769>
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale–Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93(2), 173–183. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00314-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00314-1)
- Keating, G., Hawk, C., Amarin-Woods, L., Amarin-Woods, D., Vallone, S., Farabaugh, R., Todd, A., Ferrance, R., Young, J., O'Neill Bhogal, S., Sexton, H., Alevaki, H., Miller, J., Parkin-Smith, C., Schielke, A., Robinson, A., & Thompson, R. (2024). Clinical Practice Guideline for Best Practice Management of Pediatric Patients by Chiropractors: Results of a Delphi Consensus Process. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 30(3), 216–232. <https://doi.org/10.1089/jicm.2023.0010>
- Marchand 20AM. A proposed model with possible implications for safety and technique adaptations for chiropractic spinal manipulative therapy for infants and children. *JMPT* 2015;38(9):713-26.
- Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293–297. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9220806/>
- Miller, J. E., & Benfield, K. (2008). Adverse effects of spinal manipulative therapy in children younger than 3 years: A retrospective study in a chiropractic teaching clinic. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 31(6), 419–423. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2008.06.004>
- Milne, N., Longeri, L., Patel, A., Pool, J., Olson, K., Basson, A., & Gross, A. R. (2022). Spinal manipulation and mobilisation in the treatment of infants, children, and adolescents: A systematic scoping review. *BMC Pediatrics*, 22(1), 721. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03781-6>
- Navrud, I. M., Miller, J., Bjørnli, M. E., Feier, C. H., & Hauge, T. (2014). *A survey of parent satisfaction with chiropractic care of the pediatric patient*. 14(3).
- Newell, D., & Holmes, M. (2024). Patient experience and satisfaction with chiropractic care: A systematic review. *Journal of Patient Experience*, 11. <https://doi.org/10.1177/23743735241302992>
- Nordon, D. C., Passone, C. G. B., da Silva, C. A. A., & Grangeiro, P. M. (2024). *W-sitting in childhood: A systematic review*. *Acta Ortopédica Brasileira*, 32(6), e279277. <https://doi.org/10.1590/1413-785220243206e279277>
- Opmærksomhedsliste til anamneseoptagelse og objektiv undersøgelse af BØRN.* (u.å.). Udlæsn-

dinge,- Integrations- og Boligministeriet. Hentet 1. maj 2025, fra https://ouh.dk/media/1gcn4peq/anvisninger_1%C3%B8sark_b%C3%B8rn_10-11b.pdf

Papadopoulou, A. (2022). Commentary: Competencies and Standardization in Chiropractic Pediatric Education: An Opinion on Taking the Next Step. *Journal of Clinical Chiropractic Pediatrics*, 27(1), 1855–1858.

Pohlman, K. A., & Holton-Brown, M. S. (2012). Adverse events reported in pediatric chiropractic care: A review of the literature. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 56(2), 128–136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364055/>

Pohlman, K. A., Hondras, M. A., Long, C. R., & Haan, A. G. (2010). Practice patterns of doctors of chiropractic with a pediatric diplomate: A cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-10-26>

Rygsmærter hos børn—Lægehåndbogen på sundhed.dk. (u.å.). Hentet 25. april 2025, fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/paediatrici/symptomer-og-tegn/rygsmærter-hos-boern/>

Saedt, E. (2025). Spinal mobilization in infants reconsidered. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 33(1), 4–5. <https://doi.org/10.1080/10669817.2024.2392211>

Saxtrup, N. (with Lotte Clevin). (2019). *Subjektivt & objektivt: Anamnese, undersøgelse og journal* (4. udgave, 1. oplag). Munksgaard.

Sundhedsstyrelsen. (2021). *Puljefinansieret National Klinisk Retningslinje (NKR)*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/>

Todd, A. J., Carroll, M. T., Robinson, A., & Mitchell, E. K. (2015). Adverse events due to chiropractic and other manual therapies for infants and children: A review of the literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 38(9), 699–712. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2015.08.001>

Vohra, S., Johnston, B. C., Cramer, K., & Humphreys, K. (2007). Adverse events associated with pediatric spinal manipulation: A systematic review. *Pediatrics*, 119(1), e275–283. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1392>

Weber, S., & Miller, A. S. (u.å.). *Chiropractic history and examination forms for the infant, pre-school, and school-aged child*. 2021(20), 1826–1841.

WHO Growth Charts. (2024, oktober 15). <https://www.cdc.gov/growthcharts/who-growth-charts.htm>

12. Bilag

Tabel 8: Anbefalede teknik og maksimal kraft hos den pædiatriske patient (Marchand 2015).

Grad	Alder	Teknik	Sammenligning med voksen SMT	Kraft
1	0-2 måneder	Low force Low speed	Maks 10%	20 N
2	3-23 måneder	Low force Low speed	Maks 30%	50 N
3	2-8 år	Moderate force Moderate speed	Maks 50%	85 N
4	8-18 år	Moderate force High Speed	Maks 80%	135 N

Hvad skal jeg sige til mit barn? (Videnscenter for Børnesmerter, Krauss et al. Lancet 2016)

Hvad skal jeg sige til mit barn?

Sprog ved medicinske procedurer

Sprog der skal undgås

Sprog der skal undgås	Sprog der virker
Det skal nok gå, der er ikke noget at være bange for (<i>falsk garanti</i>)	Hvad har du lavet i skolen i dag? (<i>distraktion</i>)
Det kommer ikke til at gøre ondt (<i>uklart; negativt fokus</i>)	Andre børn siger at det føles som et krads (<i>information</i>)
Lægen/sygeplejersken skal tage noget blod (<i>uklar information</i>)	Først vil de lægge en elastik omkring din arm, så vil de vaske din arm med noget koldt og bagefter (<i>information</i>)
Du opfører dig som en baby (<i>kritik</i>)	Lad os prøve at tænke på noget andet, fortæl mig om den film..... (<i>distraktion</i>)
Det vil føles som et bistik (<i>negativt fokus</i>)	Fortæl mig hvordan det føles (<i>information</i>)
Det vil tage lige så lang tid som (<i>negativt fokus</i>)	Det vil tage kortere tid end..... (tv program, eller anden kendt tidshorisont for barnet) (<i>information</i>)
Medicinen vil give en brændende fornemmelse (<i>negativt fokus</i>)	Nogle børn siger at medicinen giver dem en varm fornemmelse (<i>information, positivt fokus</i>)
Fortæl mig når du er klar (<i>for meget kontrol</i>)	Når jeg tæller til tre, kan du puste fornemmelsen ud af kroppen (<i>støtte til mestring, distraktion</i>)
Jeg er også ked af det (<i>undskyldning</i>)	Du er meget modig (<i>ros, opmuntring</i>)
Du skal ikke græde (<i>negativt fokus</i>)	Det var svært - jeg er stolt af dig (<i>ros</i>)
Det er snart overstået (<i>negativt fokus</i>)	Det var rigtig flot at du.... (<i>giv specifik ros- hvad var godt</i>)

Sprog der virker



Monofaglig klinisk vejledning - Småbørn i kiropraktorpraksis

Dansk selskab for Kiropraktik, 2026

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

1. udgave, 1. oplag

Udarbejdet i 2025-2026, tilrettet og trykt i 2026 af Dansk Selskab for Kiropraktik.

Produktion: GrafiskPa

Denne kliniske vejledning er defineret, prioriteret og udarbejdet af en arbejdsgruppe blandt de praktiserende kiropraktorer i Danmark. Alle danske kiropraktorer har været indbudt til deltagelse i arbejdet og vejledningen har været udsendt i høring til relevante faglige selskaber og samarbejdspartnere.