

KLINISK VEJLEDNING

SPÆDBØRN I KIROPRAKTOR- PRAKSIS



Indholdsfortegnelse

Baggrund og formål.....	3
Henvendelsesårsager	3
Sygehistorie (anamnese)	4
Undersøgelse	6
Almen tilstand	6
Akut henvisning	7
Bevægeapparatet	8
Behandlingsmodaliteter	10
Information og rådgivning	10
Manuel behandling	10
Komplikationer	10
Behandlingsovervejelser	11
Kolik	11
Asymmetrier	12
Amme-problemer	13
Høring	14
Referencer	15

Klinisk vejledning Spædbørn i Kiropraktorpraksis

Udarbejdet af:

Lise Hestbæk, Kari Skovmand, Susanne Lynge, Tina Hein Lauridsen,
Annette Jørgensen, Bettina Miltersen, Trine Paludan og Anna Stolpe

Godkendt af Dansk Selskab for Kiropraktik d. 25. august 2020

Redigeret 04.06.2025

Redigeret af:

Freja Gomez Overgaard og Elisabeth Davidson

Revision godkendt af Dansk Selskab for Kiropraktik d 07.10.2025

Baggrund og formål

Denne vejledning er målrettet kiropraktorer, der behandler spædbørn indenfor rammerne af det danske sundhedssystem.

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 (Keating et al, Saxtrup 2019), 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 fra 2019 gennemført af Cathrine Hedegård Andersen om henvendelsesårsager for børn (0-1 år) i kiropraktorpraksis i Danmark viste, at omtrent halvdelen af børnene præsenterede med nedsat bevægelighed, mens under en femtedel opsøgte kiropraktoren pga. gråd/kolik. Andre årsager var søvnproblemer (5,1%), ammeproblemer (5%), motoriske udfordringer (3,8%), asymmetri (3,2%), og reflux/gylp (1,1%).

Tabel 1 Henvendelsesårsager i kiropraktorpraksis i Danmark i 2019

Henvendelsesårsag	N = 1049 (100.0%)
Unormal ROM	48,1 %
Gråd/kolik	17,3 %
Tjek/undersøgelse	8,7%
Søvnproblemer	5,1%
Ammeproblemer	5,0 %
Andet	4,5%
Forsinket motorisk udvikling	3,8%
Kranie asymmetri	3,2%
Mave/tarm problemer	3,2%
Gulp	0,6%
Reflux	0,5%

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 bør observeres under anamneseoptagelsen. Vurder barnets almen tilstand og iagttag, om barnet er vågent og opmærksomt.

En anamnese for det 0-1-årige barn skal som minimum indeholde spørgsmålene beskrevet i Tabel 2.

Tabel 2. Anamnestiske minimumskrav vedrørende det 0-1-årige barn.

Almene anamnestiske 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)
--	---

Almene anamnesticke oplysninger	- D-vitamin • Traumer • Stille/irritabel/ændret adfærd • Sygdomme i familien, fx allergier, astma
Almen trivsel	• Vækst (vokser barnet som forventet) • Appetit • Ernæring - bryst, erstatning, fast føde • Søvnmonster - varighed, afbrudt • Grådmønster • Afføring – diarré/forstoppelse/hyppighed
Graviditetsforløb	• Forløb • Komplikationer
Fødsel*	• Forløb - Vaginal – evt. brug af kop - hård eller blød - evt. hæmatomer - Kejsersnit – akut vs. planlagt – kendt præsentation - Barnets position ved fødsel - normal, stjerne-kigger, sæde, arm ved hoved etc. • Barnets tilstand efter fødsel • Fødselsvægt og længde (se vækstkurver: http://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 3, hvor det er relevant.

Tabel 3. Supplerende anamnesticke spørgsmål vedrørende det 0-1 årige barn.

Almene anamnesticke oplysninger	• Vaccinationer
Graviditetsforløb	• Mors forbrug af medicin, tobak og alkohol
Supplerende oplysninger	• Sidepræferencer, asymmetrier af krop • Motorisk udvikling/milepæle (Bilag 1) • Søsken- nr. i børneflokk

Ref: Weber & Miller (2021)

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. Bliver barnet ked af det, stresset eller umedgørlig forsøg at tilpasse situationen.

En undersøgelse af det 0-1-årige barn skal som minimum indeholde punkterne beskrevet i Tabel 4.

Tabel 4. Minimumskrav til den objektive undersøgelse af det 0-1-årige barn. Henvielse skal overvejes ved abnorme fund

Almen observation	• Øjenkontakt og årvågenhed • Spontan bevægelse af krop og ekstremiteter • Temperatur og respiration* • Respons til lyd og lys • Alderssvarende bevægemønstre (Bilag 1) • Indikationer på 'Battered child syndrom'
Øvrig undersøgelse	• 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 • Primitive og posturale reflekser (Bilag 2) • Sutteteknik • Ortolani og Barlows test

*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 spædbørn under tre måneder (38,0 °C eller mere målt rektalt) betragtes som tegn på alvorlig sygdom og skal straks ses af egen læge/vagt-læge mhp. indlæggelse på børneafdeling (Saxtrup 2019).

Det samme skal de lidt ældre børn ved tegn på alvorlig sygdom som beskrevet i Tabel 5.

Tabel 5 (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 vejrtrækning	Påvirket respiration og puls

Husk at undersøge alle febrile børn for petekkkier (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 finplettet 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 småplettet 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, døst og sløvt?
- Taler eller opfører barnet sig anderledes?
- Irritabilitet eller hovedpine?
- Nakkestivhed eller spændt fontanelle?
- Opkastninger?
- Kramper?
- Udslæt/petekkkier/større hudblødninger?

Petekkier (Saxtrup 2019)

Petekkier er hudblødninger, der ikke kan trykkes bort. Ved meningokokudslæt er petekkierne typisk af vekslende størrelse, ofte blårøde og kantede, spredt i ansigt, krop og ekstremiteter. Der kan være ganske få. Ved virussygdomme kan ses små lyserøde petekkier under 2 mm store. De er oftest symmetrisk placeret over papillærlinjen ved hoste og opkast. Hvis barnet samtidig er alment upåvirket, taler det imod meningokoksygdom.

Ved mistanke om påført skade/'Battered child syndrome' skal man være opmærksom på underretningspligten.

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 6 og 7.

Tabel 6. Minimumskrav til objektive undersøgelse af bevægeapparatet hos det 0-1-årige barn.

Muskulo-skeletalt

- Bevægeundersøgelse af muskler og perifere led
- Bevægeundersøgelse af pelvis og columna

Derudover undersøges som beskrevet i Tabel 7 på grundlag af specifikke mistanker.

Tabel 7. Supplerende objektiv undersøgelse af bevægeapparatet hos det 0-1-årige barn.

Muskulo-skeletalt	• Observation af balle- og lårfurer • Galeazzi • Heel-to-buttock • Benlængdeforskel
Ammevanskeligheder	• Palpation af kæber • Palpation af os hyoideum • Palpation/observation for stramt tungebånd (Bilag 3)
Andet	• Palpation kranie – symmetri, størrelse af fontaneller • Dybe sene-reflekser (afhængig af alder og relevans)

For information om praktisk udførelse kan anbefales:
<https://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. Det er vigtigt at indhente informeret samtykke til undersøgelse og behandling.

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 består af mobilisering, der tilpasses den enkelte patients alder, tilstand og udvikling, og derfor administreres i en meget modificeret form hos de 0-1-årige. Baseret på studier af den maximale strækstyrke af rygsøjlen hos forskellige aldersgrupper anbefales det, at manuel behandling af spædbørn yngre end fire uger udføres med maksimalt 10% af den styrke, der gives til voksne, og for børn i alderen 2-23 måneder maksimalt 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 og irritation er ret almindelige. Alvorlige komplikationer er derimod uhyre sjældne, og de er oftest relateret til forsinket diagnose. Derfor skal anamnese og undersøgelse udføres grundigt (Dolbec 2024, Corso 2023,, Todd 2015, Driehuis 2019, Safer Care Victoria 2019).

Behandlingsovervejelser

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, 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 (Keating 2024).

I de tilfælde skal forløbet følges tæt og monitoreres for eventuelle bivirkninger. Hvis der ikke ses en forbedring af symptomer/funktion indenfor kort tid (normalvis 2 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 (Landsoversenskomst for Kiropraktik, 2017, §5. <https://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 syv kontrollerede kliniske studier. Seks af de syv har vist en positiv effekt af behandlingen, men ikke statistisk signifikant i alle, mens den syvende ikke viste nogen forskel mellem grupperne. (Perry 2019, Holm 2021). 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. Probiotika behandling har vist lovende resultater i kontrollerede kliniske studier, men også her er der forbehold, da der er stor forskellighed studierne imellem. (Ong 2019, Vas 2024). 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. I så fald bør egen læge eller sundhedsplejerske have information om den givne anbefaling.

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 (<https://sim.dk/arbejdsomraader/udsatte-boern-og-unge/underretningspligt/>).

Der er også fundet en sammenhæng mellem øget gråd og eksponering til komælkeprotein, enten fra moderens indtag via amning eller fra modermælkerstatning. 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 derfor samarbejde med sundhedsplejerske eller egen læge mhp. afdækning af mulig overfølsomhed (Lothe 1989, Estep 2000, Jacobsson 2000).

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. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/knogler-og-led/skaevt-hoved-hos-spaedboern/>).

Ammeproblemer

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, henvises til ammerådgiver, hvis amningen er truet. (Chowdry 2024, Mellars 2020).

Høring 2020

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-analyses *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
- 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)
- The effect of chiropractic care on infantile colic: results from a single-blind randomised controlled trial.
- Holm LV, Jarbøl DE, Christensen HW, Søndergaard J, Hestbæk L. *Chiropr Man Therap*. 2021 Apr 19;29(1):15. doi: 10.1186/s12998-021-00371-8
- Probiotics for infantile colic: Is there evidence beyond doubt? A meta-analysis and systematic review
- Sáskia Ribeiro Vaz 1, Marise Helena Tofoli 2, Melissa Ameloti Gomes Avelino 3, Paulo Sérgio Sucasas da Costa*
- Acta Paediatr*. 2024 Feb;113(2):170-182. doi: 10.1111/apa.17036. Epub 2023 Nov 14.
- Ong_TG, Gordon_M, Banks_SSC, Thomas_MR, Akobeng_AK.
- Probiotics to prevent infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 3. Art. No.: CD012473. DOI: 10.1002/14651858.CD012473.pub2.

Bilag 1

Primitive reflekser

Refleks	Hvad gør den	Er til stede	Integreres omkring
Fear Paralysis	Barnet går i frys, beskytter mod fare	5 uger in utero	Slutning af første trimester
Moro	Spætter med arme og ben og græder	fødsel	6 mdr-1 år, så bliver den gradvist til spjætte refleksen som man har hele livet
Spinal Galant refleks	Hjælper barnet igennem fødselskanalen	20 uger in utero	3-6 måneder
Spinal Perez refleks	Hjælper barnet igennem fødselskanalen		3 måneder
Step refleks	Hjælper barnet med amning	Ved fødslen	2 måneder
Asymmetrisk Tonisk Nakke Refleks	koordinerer ekstensionen af arme og ben som en respons på, at hovedet drejes i deres retning.	Ved fødslen	5-7 måneder
Symmetrisk Tonisk Nakke Refleks	Hjælper barnet med at kravle	1-3 måneder	9-10 måneder
Head Righting	Basis for balance	3-4 måneder	Livslang

Tonic Labyrinth Refleks	Ved ekstension af nakken stivner hele kroppen	In utero	6 måneder
Søge refleks	Hjælper barnet med at finde brystet	In utero	4 måneder
Sutte refleks	Hjælper barnet med at amme	In utero	
Gribe refleks hænder og fødder	Stimulering af håndflader og fødder gør at hænder og fødder flekser	28 uger in utero	9-12 mdr
Landau refleks	Hjælper barnet til at holde hovedet oppe	4-5 mdr	12-24 måneder
Faldskærm refleks	Hjælper barnet med at tage fra med hænder hvis de falder	6-7 måneder	1 år

Bilag 2

Generelle bevægelser i spædbørn

Rutineundersøgelsen af nyfødte bør omfatte en måling af vægt og længde, vurdering af størrelse, makro- eller microcephali (måling af hovedomfang), forandringer i hudfarve, tegn på fødselstraume, misdannelser, tegn på respiratorisk besvær, grad af vågenhed, kroppens stilling (posture), tonus, spontane bevægelser og bevægelsernes symmetri.

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/paediatri/symptomer-og-tegn/nyfoedtundersoegelsen/>
<https://ugeskriftet.dk/videnskab/180-gradersundersogelsen-er-en-enkel-undersogelse-af-spaedborns-motoriske-udvikling>

Developmental Trajectories of General Movements in NICU Graduates

GMs During Preterm Age	GMs During Term Age to 6 Weeks Post-Term Age	GMs from 9-16 Weeks Post-Term Age	Neurological Outcome
Normal or poor repertoire	Normal writing movements or poor repertoire	Normal fidgety movements	Normal ^{3,7,12,23}
Poor repertoire or cramped synchronized	Poor repertoire or cramped synchronized	Absent fidgety movements	Bilateral spastic cerebral palsy ^{3,7,10,30}
Poor repertoire	Poor repertoire or cramped synchronized	Absent fidgety movements and asymmetrical segmental movements and individual digit movements	Unilateral spastic cerebral palsy ^{3,7,12}
Poor repertoire	Poor repertoire	Absent fidgety movements, absence of foot-to-foot contact; circular arm movements, finger spreading	Dyskinetic cerebral palsy ^{3,7}
Poor repertoire	Poor repertoire	Can have normal, abnormal, or absent fidgety movements	Various genetic disorders ^{3,13-18}
Poor repertoire	Poor repertoire	Abnormal fidgety movements or normal fidgety movements with monotonous character	Autism spectrum disorders ^{18,19}
Poor repertoire	Poor repertoire	Normal or sporadic fidgety movements with monotonous, jerky, or stiff character and/or lack of various finger postures	Cognitive dysfunctions ^{3,7,20-26}

Abbreviations: GMs, general movements; NICU, neonatal intensive care unit.

Tabel er fra; <https://journals.healio.com/doi/10.3928/19382359-20180325-01>
 Se også: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaaende-indsatser/Fysisk-aktivitet/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/Boern-0-4-aar>

Bilag 3

Tabby

TABBY Tongue Assessment Tool

	0	1	2	SCORE
Hvordan ser tungespidsen ud?				
Hvor er tungebåndet hæftet på gummen?				
Hvor højt kan tungen løftes (med vidt åben mund)				
Hvor langt kan tungen række frem				

https://www.sst.dk/-/media/Viden/Sundhedsv%C3%A6sen/NKR/Puljefinansierede-NKR/Stramt-tungeb%C3%A5nd/20200811_NKR_Stramt-tungebaand.ashx



Spædbørn i kiropraktorpraksis

© Dansk Selskab for Kiropraktik, 2020.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

3. udgave, 1. oplag

Udarbejdet i 2014-2020, tilrettet og trykt i 2020. Tilrettet og udgivet digitalt 2025

Produktion: GrafiskPa

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 Lynge, 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 Hellerup

Redigeret 04.06.2025 af

Freja Gomez Overgaard, Kiropraktor Rygmedicinsk forskning, Ph.D student

Department of Chiropractic Macquarie University og Syddansk Universitet

Elisabeth Davidson, Praktiserende kiropraktor i København

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