



VEJLEDNING TIL UDFYLDELSE AF

INDLÆGSKORT

VEJLEDNING TIL UDFYLDELSE AF

INDLÆGSKORT

Denne vejledning er udarbejdet for at kvalitetssikre de undersøgelser, der skal danne grundlag for den fodterapeutiske indlægsbehandling.

*Vejledningen er udarbejdet og revideret af:
Statsaut. Fodterapeut Hanne Malcho
Statsaut. Fodterapeut Jane Bremer Holgersen
Statsaut. Fodterapeut Pia Bondorph.*

Arbejdet er udført på basis af materiale fra Fodterapeutskolen København.

*Vejledningen skal understøtte LasF's skema 'INDLÆGSKORT' samt den tilhørende video.
Vejledning, skema og video kan hentes på lasf.dk*

Materialet tilhører LasF og må kun bruges med udtrykkelig tilladelse fra LasF.

LANDSFORENINGEN AF STATSAUT. FODTERAPEUTER

Holsbjergvej 29
2620 Albertslund
4320 5120

lasf@lasf.dk
www.lasf.dk



SELVSTÆNDIGT KORT ELLER BILAG TIL JOURNALEN?

Indlægskortet er udformet, så det kan anvendes som eneste behandlingsdokumentation hos patienter, der alene modtager indlægsbehandling – dog suppleret med diagram til tegnsystemet. Når indlægskortet benyttes som et supplement til en allerede eksisterende journal, anbefales stadig at udfylde/afkrydse mest muligt for at opnå og bevare et godt overblik over patienten.

OPBYGNING AF SKEMAET

Flest mulige undersøgelser og nyttige oplysninger er sat op, således at det nødvendige for den enkelte patient udredes, og sådan at mest muligt er overskueligt via afkrydsning.

Skemaet er samtidigt bygget op, så overblikket over de samlede udførte undersøgelser kan danne grundlag for valg af indlægsbehandling. *Se nærmere beskrivelse senere i denne vejledning under punktet fodtype.*

Vejledning til de enkelte undersøgelser er beskrevet i den rækkefølge de fremgår på indlægskortet.

De er kun beskrevet for én fod/ben, men alle undersøgelser skal naturligvis foretages på begge fødder/ben.

Generelt for alle undersøgelserne er, at hvis du er lidt i tvivl, om resultatet er normalt eller måske en smule nedsat, så skriv normal, for så er lige netop denne afvigelse så lille, at den ikke har betydning i den store sammenhæng.

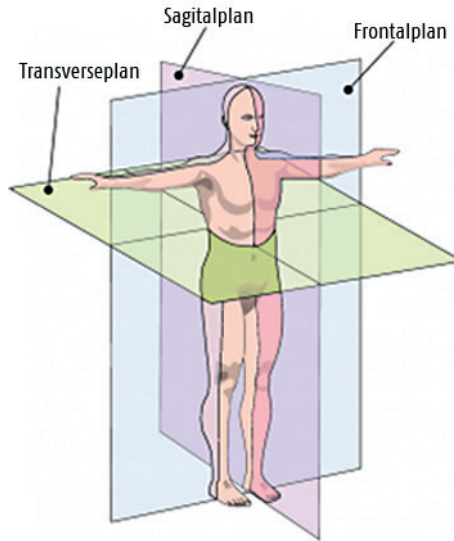
TEORETISK INPUT

Da vores fag udvikler sig år for år, er der under forskellige punkter indsat lidt teori, for at hjælpe med at holde tråden, gennem hele skemaet.

Al teori er skrevet, som du ser i dette afsnit, så du senere enten kan finde tilbage til teorien igen eller springe den over, når du vil finde beskrivelse for, hvordan en enkelt undersøgelse udføres. Det vil altid kunne diskuteres, om noget teori hører til under flere punkter, men vi har valgt at skrive, hvor vi finder det mest hensigtsmæssigt. En anden vigtig ting omkring teori er, at denne vejledning ikke er en lærebog, så for nogen af jer vil der være behov for en del mere viden om den biomekaniske tankegang, der ligger til grund for indlægskortet og vejledningen. Vi kan klart anbefale, at du starter med at læse hele vejledningen igennem for at få det fulde overblik.

PLANER, AKSER OG BEVÆGELSER

For at kunne beskrive anatomiske strukturer og biomekaniske bevægelser benyttes et tredimensionelt koordinatsystem til at angive planer og retninger. Al ledbevægelse foregår i et givent plan omkring en given akse.



PLANER

- Sagittalplan:
lodret plan fra anterior til posterior, der deler kroppen i en højre og venstre halvdel
- Frontalplan:
lodret plan fra side til side, der deler kroppen i en for- og bagside
- Transverseplan:
bliver ofte kaldt for det horisontale plan. Vandret plan, der deler kroppen i en øvre og nedre del

AKSER

- Sagittalakse:
passerer horisontalt fra posterior til anterior. Tænk på en pils retning fremad.
- Frontalakse:
passerer horisontalt fra sinister til dexter
- Vertikalakse:
passerer lodret

LEDBEVÆGELSE

- Ekstension:
bøjvinklen bliver mindre og delene nærmer sig hinanden
- Fleksion:
strækkevinklen bliver større og delene fjerner sig fra hinanden
- Dorsalfleksion:
bevægelse væk fra planta
- Plantarfleksion:
bevægelse mod planta
- Abduktion:
bevægelse væk fra kroppens midtlinie
- Adduktion:
bevægelse mod kroppens midtlinie
- Eversion:
drejning af planta lateralt
- Inversion:
drejning af planta medialt
- Supination:
bevægelse, der vender planta opad
- Pronation:
bevægelse, der vender planta nedad
- Rotation:
bevægelse omkring en længdeakse
- Hyperekstension:
øget ekstension af leddele – udover den anatomiske position

VINKLER OG GRADER.

Har du brug for lidt hjælp til at overskue, hvor mange grader en given vinkel er, så kan det være en hjælp at forestille sig et ur. Et kvarter er det samme som 90 grader. Halvdelen er så 45 grader. 5 min. svarer til 30 grader. F.eks. så svarer det til at uret skal vise ca. 12 min. over hel ved normal dorsalfleksion i 1. metatarsophalangealled (1. MP led) (hallux grundled) på 70 grader.



NEUTRALPOSITION

Den passive undersøgelse af fodens ledbevægelse tager udgangspunkt i, at subtalarleddet er i neutralposition. Det defineres som den position, hvor leddet mellem talus og calcaneus er kongruent og danner midtpunktet for funktionerne af subtalarleddet og den normale fods bevægelser.

SÅDAN FINDER DU NEUTRALPOSITION

Placer den hånd der er nærmest laterale fodrand (den laterale hånd) på corpus af 5. metatarsale – lige proximalt for caput. Brug den mediale hånds pege- og tommelfinger til at palpere medialt og lateralt på caput tali – sv. t. de to kamme, der mærkes lige foran mediale og laterale malleol – distalt for talocruralleddet.



Bevæg foden med den laterale hånd til yderpunkterne af plantar- og dorsalfleksion samt supination og pronation for at få en fornemmelse af ledspalterne medialt og lateralt på talus. Et sted i midten for disse bevægelser, når kanterne af caput tali medialt og lateralt er "sunket" ned og ikke længere kan føles – altså når leddet er kongruent, der er neutralpositionen.

KONTROL AF NEUTRALPOSITION

For at kontrollere, at det er den rigtige stilling, du har opnået for foden, så skal foden føles stiv/stabil, når du forøver et let tryk på 5. metatarsale.

INDLÆGSKORTET

PATIENTOPLYSNINGER

Her noteres patientens stamoplysninger, samt oplysninger omkring bevilling af indlæg.

The diagram shows the top portion of the 'INDLÆGSKORT' form. A red circle highlights the section for patient identification and contact information, including fields for name, address, telephone, and fax. Below this, there are sections for 'Indlægsbevilling' (admission approval) and 'Indlægsdato' (admission date).

ANAMNESE

Udfyldes med markering. Såfremt der ikke kan henvises til en eksisterende journal bør der suppleres med behandling og relevante komplikationer på de frie linier.

Den neurologiske undersøgelse bør foretages, når der er mistanke om neuropati, eller når der i patientens anamnese er mulighed for, at der udvikles neuropati. Neurologiske undersøgelser, hos denne patientgruppe, bør foretages årligt, således at vejledningen (se mere under vejledning) til patienten er tilpasset den neurologiske status. Der er ifølge speciale 54 i overenskomsten neuropati, når resultatet af biothesiometriundersøgelsen viser lig med eller større end 25.

The diagram shows the middle portion of the 'INDLÆGSKORT' form. A red circle highlights the section for medical history and treatment, including fields for 'Anamnese' (history), 'Behandling' (treatment), and 'Komplikationer' (complications).

SUBJEKTIVE KLAGER

Her noteres de klager, der er relevante for indlægsbehandlingen – husk det er patientens egne ord. Vær også for din egen skyld opmærksom på de subjektive klager, da det er formålet med indlægsbehandlingen, at gener svinder ved brug af indlæg.

The diagram shows the bottom portion of the 'INDLÆGSKORT' form. A red circle highlights the section for subjective complaints, including fields for 'Klager' (complaints) and 'Behandling' (treatment).

OBJEKTIVE FUND

Enkelt opbygget med til afkrydsning og plads til kort uddybning af relevant for indlægsfremstillingen.

The form is titled 'INDLÆGSKORT' and contains several sections for data entry. At the bottom, there is a section for 'Fysiske fund' (Physical findings) with fields for 'Hoved', 'Øjne', 'Ører', 'Næse', 'Mund', 'Hals', 'Lunger', 'Hjerte', 'Mave', 'Afbrydning', and 'Andre'. This section is circled in red.

FOD- OG BENUNDERSØGELSER

Begge fødder undersøges nu med patienten siddende, stående og gående for at afdække både statiske fejlstillinger og vurdere foden i funktion. Patienten informeres om, at der skal udføres forskellige undersøgelser, for at vi kan afdække diverse problematikker samt tage højde for eventuelle begrænsninger før valg af indlægstype og ved selve fremstillingen af indlægget.

Det er vigtigt, at patienten er afslappet og interesseret/motiveret, da det vil give det bedste resultat.

The form is titled 'FOD- OG BENUNDERSØGELSE' and is divided into several columns for recording findings. The columns are labeled 'Hoved', 'Øjne', 'Ører', 'Næse', 'Mund', 'Hals', 'Lunger', 'Hjerte', 'Mave', 'Afbrydning', and 'Andre'. Each column has a grid of boxes for recording data.

LEDTEST

Ledundersøgelserne foretages med patienten siddende i patientstolen. Skemaet indeholder både passiv ledbevægelse (hvor fodterapeuten udfører undersøgelsen af det enkelte led) og aktiv bevægelse (hvor patienten selv udfører bevægelsen). Patienten instrueres i hvorledes han/hun selv skal forholde sig i undersøgelsesforløbet, såvel ved den aktive som passive del af testen.

Vi anbefaler, at du ser videoen af hvor enkelt, let og hurtigt den passive ledtest kan udføres, når du har/får øvelsen. Selvom det demonstreres, at hver enkelt bevægelse kun udføres én gang, kan du sagtens udføre alle to eller flere gange eller gentage, hvor du er i tvivl, om bevægelsen er normal. Vær meget opmærksom på, at du beholder foden i neutralposition, indtil du når til undersøgelsen af de enkelte tåled. Det kan være nødvendigt at stoppe op, og genskabe neutralposition.

Vigtigt er det at huske de led, hvor der er afvigelse fra det normale og først efter testen skrive det ind i skemaet, da flowet bliver ødelagt, hver gang grebet mistes, og der skal skrives/tastes.

FORFOD

Hallux MP led (1. metatarsophalangeal):

leddet mellem os metatarsale I og hallux proximale phalangs.

Leddet skal optimalt kunne dorsalflekteres 70 grader og plantarflekteres 40 grader.

Når foden fortsat er i neutralposition griber mediale hånd om 1. metatarsale. Den laterale hånd tager om hallux proximale phalangs, som dorsalflekteres og plantarflekteres.

Bevægelsen sker i sagittalplanet, om den horisontale akse.

Vær opmærksom på at en stram musculus flexor hallucis longus kan påvirke muligheden for at kunne dorsalflektere optimalt. Forsøg ved nedsat dorsalfleksion igen med talocruralleddet plantarflekteret.

Du vurderer, om leddets bevægelser er normal, nedsat, ophørt eller øget.

	Dorsalfleksion	Plantarfleksion
Normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hallux IP led:

leddet mellem hallux proximale og distale phalangs.

Leddet skal optimalt kunne dorsalflekteres 0 grader og plantarflekteres 90 grader.

Begge hænder bevæger sig længere distalt på hallux. Mediale hånd griber om hallux proximale phalangs. Laterale hånd tager om hallux distale phalangs, som dorsalflekteres og plantarflekteres.

Bevægelsen sker i sagittalplanet omkring den horisontale akse.

Du vurderer, om leddets bevægelser er normal, nedsat, ophørt eller øget.

	Dorsalfleksion	Plantarfleksion
Normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Digiti MP led:

led mellem os metatarsale 2-5 og proximale phalangs digiti 2-5.

Hvert led skal optimalt kunne dorsalflekteres 40 grader og plantarflekteres 40 grader.

Mediale hånd stabiliserer foden med et greb om caput af 2. - 5. metatarsale og laterale hånd fortsætter videre til 2. digitus, og tager om dens proximale phalangs som dorsalflekteres og plantarflekteres. Herefter om 3. digitus osv. Bevægelsen sker i sagittalplanet, om den horisontale akse.

	Dorsalfleksion	Plantarfleksion
Normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Digiti IP led (interphalangealled):

led mellem proximale phalangs, phalangs intermedia og distale phalangs.

Hvert digitus skal kunne strækkes.

Laterale hånd fortsætter og undersøger om alle digiti - en ad gangen kan strækkes.

Du vurderer, om leddets bevægelser er normal, nedsat, ophørt eller øget.

	Distale IP led	Proximale IP led
Normalt	0000 0000	0000 0000
Nedsat	0000 0000	0000 0000
Ophørt	0000 0000	0000 0000
Øget	0000 0000	0000 0000
Lateral hånd	0000 0000	0000 0000
Digitus	0000 0000	0000 0000
Digitus II	0000 0000	0000 0000
Digitus III	0000 0000	0000 0000
Digitus IV	0000 0000	0000 0000
Digitus V	0000 0000	0000 0000
Digitus VI	0000 0000	0000 0000
Digitus VII	0000 0000	0000 0000
Digitus VIII	0000 0000	0000 0000
Digitus IX	0000 0000	0000 0000
Digitus X	0000 0000	0000 0000
Digitus XI	0000 0000	0000 0000
Digitus XII	0000 0000	0000 0000
Digitus XIII	0000 0000	0000 0000
Digitus XIV	0000 0000	0000 0000
Digitus XV	0000 0000	0000 0000
Digitus XVI	0000 0000	0000 0000
Digitus XVII	0000 0000	0000 0000
Digitus XVIII	0000 0000	0000 0000
Digitus XIX	0000 0000	0000 0000
Digitus XX	0000 0000	0000 0000
Digitus XXI	0000 0000	0000 0000
Digitus XXII	0000 0000	0000 0000
Digitus XXIII	0000 0000	0000 0000
Digitus XXIV	0000 0000	0000 0000
Digitus XXV	0000 0000	0000 0000
Digitus XXVI	0000 0000	0000 0000
Digitus XXVII	0000 0000	0000 0000
Digitus XXVIII	0000 0000	0000 0000
Digitus XXIX	0000 0000	0000 0000
Digitus XXX	0000 0000	0000 0000

AKTIV LEDUNDERSØGELSE

Patienten instrueres i at lave følgende bevægelser: dorsal- og plantarfleksion i talocruralled, pronation og supination af foden samt dorsal- og plantarfleksion af alle MP-led.

Du vurderer, om leddenes bevægelser er normal, nedsat, ophørt eller øget.

PLACERING AF FORFODENS FEDTPUDE

Capituli er normalt beskyttet af en fedtpude, der er indlejret i ligamenterne plantart for capituli metatarsales. Fedtpuden kan blive distalt forskudt ved forfodsfejlstillinger, og du vil meget nemt kunne palpere de enkelte capituli.

Du vurderer, om forfodens fedtpude er distalt forskudt eller normal.

FEDTVÆVSATROFI

Samtidigt noteres, om der er fedtvævsatrofi af forfoden: Ja eller nej.

Dernæst vurderes hælsens fedtpude, som er den bedste støddæmper i verden. Du skal samle hælsens fedtpude med et greb omkring calcaneus. Herefter bør du ved et lige tryk op mod calcaneus fra planta, ikke kunne mærke calcaneus. Du skal kunne fornemme fedtpudens styrke.

Du vurderer, om der er fedtvævsatrofi af hælen: ja eller nej.

COXA UNDERSØGELSE

Undersøgelsen, foretages hovedsageligt på børn og unge, og har til formål at undersøge patientens ind- og udadrotation i coxa. Strukturerne hos voksne er så stramme, at det kan være svært at skelne mellem ossøvs og strukturel begrænsning. Har du mistanke om problemer i coxa hos voksne, kan undersøgelsen foretages, for at vurdere om patienten evt. skal ses af en anden behandler.

Undersøgelsen foretages med både flekteret og ekstenderet knæ. Bevægelse: indadrotation og udadrotation

Efter denne undersøgelse, er der på skemaet sat en lang streg. Resultatet af undersøgelse herunder skal du senere bruge, som hjælp til at vurdere hvilken fodtype, du har med at gøre.

	Right	Left
Feiss Line	12 12 12	12 12 12
Feiss Line	12 12 12	12 12 12

Det næste, du skal gøre, mens patienten endnu sidder i stolen, er at markere punkter til Feiss Line.

FEISS LINE

Der skal markeres 3 punkter: underkanten af mediale malleol tuberositas ossis navicularis mest prominente punkt midt på caput af 1. metatarsale. Disse 3 punkter danner på den normale fod en "tænkt" lige linie og kaldes Feiss Line.

	Right	Left
Feiss Line	12 12 12	12 12 12
Feiss Line	12 12 12	12 12 12

Patienten skal nu op at stå til de kommende undersøgelser.

Patienten skal belaste fødderne i en for patienten naturlig stilling. Hvis naviculare ligger tæt på linien, vurderes Feiss Line til at være normal.

Du vurderer, om naviculare ligger under, normal eller over i forhold til Feiss Line.

Når naviculare ligger under Feiss Line, er der tale om affladning af mediale længdebue. Altså er der tale om en fod, der pronerer for meget (hyperpronerer).

Når naviculare ligger over Feiss Line, er der tale om en øgning af mediale længdebue, og der er tale om en fod, der pronerer for lidt.

Begge tilstande kan være direkte afledt af fejlstillinger i foden, men kan også være en kompensation for ubalance i foden eller højere oppe i bevægapparatet.

Kompensation forekommer, når der er malalignment (ubalance) i kroppen, og den selv forsøger at udbedre en skavank. Kroppen søger alignment (balance).

Ad. 3:

Muskeludtrætning (5 knæbøjninger eller flere for veltrænede personer) benyttes for at afdække om musklerne kompenserer for en fejlstilling. Du kunne forvente, at tibia roterer medialt hos personer, der hyperpronerer, men det er ikke altid tilfældet.

F.eks. hvis tibia udadroterer på 1 knæbøjning og efter 5 eller flere begynder at indadrotere, så er der tale om, at kroppen forsøger at kompensere for en fejlfunktion. Når musklerne bliver trætte, vil de ikke længere være i stand til at kompensere.

Placer dig foran patienten, så du kan betragte tuberositas tibia i forhold til 2. digitus på skiftevis pes dexter og pes sinister. Ved knæbøjning skal patienten stå på 1 ben og flektare knæet ca. 35 grader.

Patienten må gerne støtte med en hånd på en stol eller lignende, da det ikke er en balancetest.

1. Betragt patienten i stående stilling
2. Bed patienten stå på et ben og lave en enkelt knæbøjning
3. Bed patienten stå på et ben og lave 5 eller flere knæbøjninger

Du vurderer ved alletre undersøgelser, om tibia rotation er medial (i forhold til 2. digitus), normal (gennem 2. digitus) eller lateral (i forhold til 2 digitus).

GENUM

Ved normal knæstilling er afstanden mellem malleoli medialis og condyli medialis femoris den samme, eller forskellen er under 5 cm.

Genu valgum vurderes med patienten stående med samlede knæ, hvis afstanden mellem malleoli medialis er mere end 5 cm tales om genu valgum.

Genu varum vurderes med patienten stående med samlede fødder (mediale malleoler samlet), hvis afstanden er mere end 5 cm mellem condyli medialis femoris, tales om genu varum.

Du vurderer, om knæstilling er i valgum, normal eller i varum.

Fedtdepoter medialt ved knæene kan forstyrre din vurdering af knæstillingen. Du kan da vurdere patienten bagfra og hasefuren (den fure, der ses i huden bag knæet) vurderes. Ved normal knæstilling ligger furen næsten vandret. Også her kan undersøgelsen sløres af fedtvæv, så der kommer et misvisende billede.

	Right	Left
Knee		
Medial malleolus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Lateral malleolus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Condylus medialis femoris	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Condylus lateralis femoris	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ankle		
Medial malleolus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Lateral malleolus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Talus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Calcaneus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Forfodsvarus vil tvinge foden i en hyperpronation: når forfoden får kontakt med underlaget, vil bagfoden tvinges i valgus.

Forfodsvalgus vil, når hælen løftes skabe en supination af foden med afvikling lateralt.

Forfodsvarus er en congenit rigid forfodsfejlstilling og behandles ved at "løfte underlaget op til foden", altså en kile til at udfylde tomrummet.

Årsagerne til forfodsvalgus (ses ikke hos børn) er ikke klart formuleret, skønt en del teorier er efterprøvet. Forfodsvalgus ses ved cavusfoden og betegnes derfor oftest som en nødvendig udviklet fejlfunktion for at kunne kompensere for en rigid bagfodsvarus. Forfodsvalgus kan både være fleksibel i forskellig grad og rigid.

Forfodsvalgus er kompliceret at behandle. Hvis du ukritisk også her "løfter underlaget op til foden", opnår du ofte en øget grad af subtalarledspronation, som er en fordel i anlægsfasen, men du bevarer en everteret bagfod gennem kontaktfasen og tidlig afsæt og opnår ikke låsning af calcaneum-cuboideumleddet som optakt til den rigide løftestang.

Undersøgelsen kan foretages med patienten liggende på maven eller stående. Da den liggende stilling er pladskrævende forklares her den stående mulighed.

Ved den stående undersøgelse skal patienten stå med det ene knæ på et plant underlag – kan f.eks. være en stol.

Patienten skal stå helt lige med hofterne, femur skal være lige ved siden af hinanden, som i alm. stående stilling og knæenes placering skal være lige på hinanden både i transversal- og i frontalplan. Det kan være nødvendigt at have en stol, der kan reguleres i højden eller klodser til at lægge under det bærende ben. Stolen skal stå fast og stabilt.

Foden på det flekterede ben undersøges. Foden føres i neutralposition med laterale hånd, og stillingen fastholdes med en enkelt finger på corpus af 5. metatarsale lige proximalt for caput 5.

Når foden er korrekt placeret i neutralposition, er calcaneus lige på underbenet.

Du forestiller dig et lodret plan på hælens flade og et lodret plan på forfodens flade. Når disse 2 planer er parallelle er forfoden neutral/normal. Opstår der en vinkel hvor forfoden med caput af 1. metatarsale er mest plantart, så er der forfodsvalgus og modsat, hvis caput af 1. metatarsale er mest dorsalt i en vinkel, så er der forfodsvarus.

	Normal	Abnormal
Plantar Angle Relative to Vertical		
Normal	0° - 10°	10° - 20°
Abnormal	20° - 30°	30° - 40°
Abnormal	40° - 50°	50° - 60°
Lateral Angle		
Normal	0° - 10°	10° - 20°
Abnormal	20° - 30°	30° - 40°
Abnormal	40° - 50°	50° - 60°
Medial Angle		
Normal	0° - 10°	10° - 20°
Abnormal	20° - 30°	30° - 40°
Abnormal	40° - 50°	50° - 60°
Plantar Angle		
Normal	0° - 10°	10° - 20°
Abnormal	20° - 30°	30° - 40°
Abnormal	40° - 50°	50° - 60°
Plantar Angle		
Normal	0° - 10°	10° - 20°
Abnormal	20° - 30°	30° - 40°
Abnormal	40° - 50°	50° - 60°
Lateral Angle		
Normal	0° - 10°	10° - 20°
Abnormal	20° - 30°	30° - 40°
Abnormal	40° - 50°	50° - 60°
Lateral Angle		
Normal	0° - 10°	10° - 20°
Abnormal	20° - 30°	30° - 40°
Abnormal	40° - 50°	50° - 60°

Du kontrollerer samtidigt om valgus/varusstillingen er rigid ved at forøve et let tryk mod 1. metatarale. Hvis den ikke giver efter er stillingen rigid. Definitionen forfodsvarus er altid en rigid stilling. Er den ikke rigid kaldes stillingen ofttest for forfodssupinatus, og dette noteres så under andre forfodsfejlstillinger.

Du vurderer, om forfodens stilling er i varus, normal eller i valgus

Du må ikke forveksle forfodsvalgus med plantarflekteret 1. stråle, som er når forfoden er parallel med bagfoden, med den undtagelse at kun caput af 1. metatarsale er plantart prominerende.

Du må ikke forveksle forfodsvarus med dorsalflekteret 1. stråle. Læs mere om disse og flere forfodsfejlstillinger under: Andre forfodsfejlstillinger – længere nede på siden.

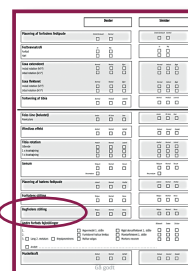
Nogle foterapeuter mestrer at vurdere forfodsstillingen med patienten siddende i patientstolen. Foden sættes i neutral position og foterapeuten vurderer planerne gennem forfod og hæl ved at se oppe fra og ned langs fodsålen. Dette er naturligvis også en mulighed.

BAGFODENS STILLING

Hvis du ønsker at tegne hjælpstregner til vurdering af bagfodens stilling, er det en fordel at tegne stregerne, mens du har patienten placeret med genu på stolesædet.

Foden placeres som ovenfor beskrevet i neutral position. Hvis du er højrehåndet tegner du stregen på venstre hæl direkte, når foden er i neutral. På højre fod flytter du din mediale hånd op og griber om hælen med tommel og pegefingeren, så den holdes fast i stillingen, og du tegner stregen mellem de 2 fingre. Det er hensigtsmæssigt at tegne stregen sv. t. calcaneus' s længde, lade 1 cm være fri proximalt og igen tegne et par cm op på læggen. Det vil give en fin illustration af en evt. vinkling af bagfoden.

Du betragter patienten bagfra og vurderer, om bagfodens vinkel er i valgus, normal eller i varus.



ANDRE FORFODSFEJLSTILLINGER

I 1. linie markerer du for hypermobil 1. stråle eller rigid dorsalflekteret 1. stråle.

I 2. linie markerer du for funktionel hallux limitus eller plantarflekteret 1. stråle. På den frie linie kan du notere hvilken slags plantarflekteret 1. stråle, der er tale om (rigid, fleksibel eller semifleksibel).

I 3. linie markerer du for lang 2. metatars, knystprominens, hallux valgus, Mortons neurom.

På de øvrige frie linier skriver du andet relevant omkring forfødder f.eks. forfodssupinatus, metatarsalgi, turf toe, stress fraktur, hallux rigidus, traumer, sesamoidis, exostose, ganglion, sår, infektion, arthritis m.m.

Til højre i skemaet markerer du, om fejlstilling er bilateral/dexter/sinister ved at strege det ikke gældende ud.

Plantarflekteret 1. stråle kan være både congenit og erhvervet, altså den kan være en ossøs fejlstilling, men er oftest fleksibel eller semifleksibel. Hvis fejlstillingen er særlig udtalt, er den sandsynligvis congenit.

Du får et hint om en fejlstilling af 1. stråle ved ledtesten.

Hvis du ikke kan dorsalflektere 1. stråle op på niveau med 2. stråle (med det normale tranverse plan), er der tale om en rigid plantarflekteret 1. stråle.

Kan den bevæges til niveau, er 1. stråle semifleksibel og kan den bevæges over niveau, er den mobil.

De samme forhold er gældende ved en dorsalflekteret 1. stråle, som er relativ sjældnen, oftest rigid og kaldes også for metatarsus primus elevatus.

Vær opmærksom på ikke at forveksle en lang 1. stråle med en plantarflekteret 1. stråle, og en kort 1. stråle med en dorsalflekteret 1. stråle.

Forslag til tiltag ved nogle forfodsfejlstillinger ses under: Indlægget.

	Dexter	Sinister
Plantarflexion af 1. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperextension af 1. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. stråle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GANG

Gangen deles op i tre faser: anlægsfase, kontaktfase og afsætsfase.

I **anlægsfasen** vurderer du, om **hælisættet er medialt, midt eller lateralt**.

I **kontaktfasen** vurderer du, om **hælløftet er sent, normalt eller tidligt**.

I **afsætsfasen** vurderer du, om **afsættet er medialt, normalt eller lateralt**.

Under andet noterer du andre relevante oplysninger f.eks. asymmetri eller hjælpemidler.

Neutralpositionen svarer til den normale fods stilling i stående position.

Under gang bevæger den normale fod sig ganske lidt i forskellige retninger med neutralpositionen som omdrejningspunkt.

Den normale fod er neutral lige efter hælisæt og lige før midten af standfasen. Når der er fejlstillinger i foden og/eller f. eks. hypermobile led, kan nogle led bevæges langt ud over leddets normale anatomiske position, og i mange situationer kan foden ikke finde tilbage til neutralpositionen.

Det er vigtigt at vurdere foden i forhold til neutralpositionen, og det er ved indlægsfremstilling vigtigt at forsøge at hjælpe foden til igen at kunne "arbejde" med neutralpositionen som udgangspunkt/omdrejningspunkt og undgå bevægelser i yderstillinger.

ØVRIGE UNDERSØGELSER

Her har du mulighed for at notere oplysninger fra andre undersøgelser, som du evt. plejer at foretage eller kunne finde relevante og nyttige.

FODTYPE

Skemaet er bygget op, så du – hvis du ikke allerede har dannet dig overblikket – får hjælp til at vurdere, om der 'lidt forsimplet' er tale om en fod, der pronerer for meget eller for lidt – supinerer, samt om der er en eller anden form for kompensation.

De kasser, du skal kikke på, er dem der står under den fede streg tværs over skemaet – altså fra Feiss Line og ned til og med gang.

Hvis du kun har udfyldt i venstre side og i midten af skemaet, er der tale om en fod, der hyperpronerer.

Har du kun udfyldt i midten og i højre side af skemaet, er der tale om en fod der supinerer, og dermed mangler pronation i anlægsfasen.

Alle markeringer i normal er jo normalt, og dem kan du se bort fra.

Hvis du har markeringer i både højre og venstre kolonner, f.eks. flest i venstre kolonne og nogle få i højre kolonne, er der tale om en hyperproneret fod med kompensation.

Desværre er der ingen skema uden en farisær.

Som tidligere omtalt kan ophørt Windlass effekt både skyldes ophørt dorsalfleksion i 1. MP-led, svag fascia plantaris og rigid cavus fod. Derfor kan lige netop denne undersøgelse give et forkert billede af evt. kompensation eller ej, så du skal også bruge resultaterne af alle undersøgelserne som helhed. Muskelkraften er også et punkt, der kan forvirre overblikket.

Du vurderer for dexter og sinister, om der er hyperpronations fod eller supinations fod, samt om der er tale om kompensation ja eller nej.

Ca. 70% af den danske befolkning hyperpronerer, ca. 10% har en tilsyneladende stiv fod som en kompensation for hyperpronation, ca. 10% har en reel supineret fod og kun ca. 10% har en normal fungerende fod.

Det betyder, at en stor del af befolkningen har brug for indlæg, og en stor del af dem har brug for indlæg, der styrer foden, så bevægelser i yderstillinger undgås. De supinerede fødder har brug for indlæg, der får muskulaturen til at slappe af.

Det er tidligere nævnt, at en udadrotation af tibia kan være en kompensation for hyperpronation.

En anden kompensation som ikke må overses, og som er ret hyppig, er kompensation for uens benlængde. Kroppen vil typisk forsøge at gøre det lange ben kortere ved at afflade mediale længdebue og flektre i flere led op gennem kroppen.

The image shows a detailed podology assessment form with multiple columns and rows of checkboxes. A red oval highlights a section in the middle of the form, likely corresponding to the 'Feiss Line' mentioned in the text.

This is another view of the same podology assessment form, showing a different section highlighted with a red oval. The form contains various checkboxes and data fields for clinical assessment.

Hvis du ukritisk retter den fejlstillede fod op, forhindrer du kroppens mulighed for kompensation, og belastningen øges kraftigt et andet sted i bevægeapparatet.

Hvis der er tydeligt forskel på undersøgelsesresultaterne for de 2 underekstremiteter, så er det sandsynligvis tegn på, at de ene eller begge kompenserer for uens benlængde.

FODTØJ

Løs sål i sko: Her noteres, hvis skoens egen sål er fjernet, benyttet som grund-sål eller en del af indlægssål.

Grundsål: Her noteres, om du benytter grundsål ja eller nej.

Andet: Her noteres, særlige oplysninger om fodtøjet

		Højre fod		Venstre fod	
		længde	bredde	længde	bredde
Altid					
Ofte					
Sjældent					
Altid					
Ofte					
Sjældent					

Fodsåler		Længde		Bredde	
		længde	bredde	længde	bredde
Altid					
Ofte					
Sjældent					
Altid					
Ofte					
Sjældent					

Løs sål i sko		Grundsål		Andet	
		ja	nej	ja	nej
Altid					
Ofte					
Sjældent					
Altid					
Ofte					
Sjældent					

Andet	
Bemærkninger	

INDLÆGGET

Du skal nu tage stilling til dit indlæg.

Vi vil gerne komme med input og biomekanisk tankegang til jer, der har brug for inspiration.

Når du ud fra biomekanisk tankegang korrigerer fejlstillinger i bag- og mellemfod ved at bringe naviculare på linie og bagfoden lige, vil nogle forfodsfejlstillinger rette sig selv.

Det afhænger naturligvis af muligheden for tilstrækkelig korrektion af bag- og mellemfod og af hvilke(n) forfodsfejlstilling(er) der er og hvor udtalt.

Derfor kan viden om forfodsfejlstillinger have stor betydning for det endelige resultat af indlægsbehandling. Det fører dog for vidt, i denne vejledning, at komme ind omkring hver enkelt fejlstilling samt kombinationer.

Vi vil dog her forsøge at hjælpe lidt på vej.

Er der afmærkninger i 1. linie ved forfodsfejlstillinger (rigid dorsalflekteret 1. stråle eller hypermobil 1. stråle), skal der ofte lægges materiale under hele 1. stråle. Vær ved den hypermobile 1. stråle opmærksom på, ikke at løfte 1. stråle så meget, at der opstår funktionel hallux limitus.

		Højre fod		Venstre fod	
		længde	bredde	længde	bredde
Altid					
Ofte					
Sjældent					
Altid					
Ofte					
Sjældent					

Fodsåler		Længde		Bredde	
		længde	bredde	længde	bredde
Altid					
Ofte					
Sjældent					
Altid					
Ofte					
Sjældent					

Løs sål i sko		Grundsål		Andet	
		ja	nej	ja	nej
Altid					
Ofte					
Sjældent					
Altid					
Ofte					
Sjældent					

Andet	
Bemærkninger	

Denne form for opbygning/afslastning kaldes Mortons extension.

Er der afmærkninger i " i 2. linie, er det ofte godt at fjerne materiale (slibe tyndt eller helt klippe væk) under caput af 1. metatarsale – og ud distalt. Dette kaldes 1. ray cut out. Når caput af den plantarflekterede 1. metatarsale derved får plads, løftes underlaget indirekte op til de laterale capituli, og skaftet af 1. metatarsale understøttes. Er dette ikke nok, skal der ekstra materiale under det område, der skal støttes. Denne form for opbygning/afslastning kaldes Reverse Mortons extension.

Er der afmærkninger i " i 3. linie, skal der sikkert suppleres med pelotte. Vigtigt er det at nævne, at pes planus transversus biomekanisk også rettes i bagfoden ved forfodsbuens udspring, som er kileformen mellem naviculare og cuboideum eller kileformen mellem os cunifforme 1-3 og os cuboideum – afhængig af litteratur.

Er det ikke nok at korrigere bagfoden, og du ønsker en pelotte, så skal den placeres så langt proximalt, at den korrigerer udspringet for forfodsbuen, og capit aldrig berører pelotten.

Er du usikker på pelotte eller ej, kan et forslag være at placere foden i neutral position, mens patienten står på podobaroskopet. Derved vil du kunne se, om forfoden fremstår normal ved korrekt korrektion.

Du markerer, hvilken type indlæg du vælger at lave og ved hvilken metode.

Om det er fremstillet som traditionelt fodterapeut indlæg, om det er individuelt tilrettede præfabrikerede indlæg eller andet, f.eks. dynamicFeet, formorthotics osv.

Er indlæggene fremstillet efter aftryk af fod i neutral position, i footprint/ vacuum eller efter gibsafstøbning.

MATERIALER

Du noterer hvilke materialer, du bruger til de enkelte dele af dit indlæg. Hvis du vælger traditionelle fodterapeut indlæg, vedlæg da bilag med tegning af de enkelte komponenter med angivelse af materialer.

BEHANDLINGSPLAN

Du noterer dine planer og ønsker for indlægsbehandlingen f.eks. korrigerende eller forebyggende.

The image shows a medical form with a red circle highlighting the 'Behandlingsplan' (Treatment plan) section. The form includes fields for patient information, diagnosis, and treatment details.

UDLEVERINGER

Du noterer de forskellige datoer, for hvad du udleverer f.eks. grundsål, opbygninger, betræk, den færdige sål eller lignende.

The image shows a medical form with a red circle highlighting the 'Udleveringer' (Deliveries) section. The form includes fields for patient information, diagnosis, and details of items delivered.

VEJLEDNING:

Du markerer, de punkter du har vejledt i, og noterer uddybende på de frie linier.

Husk at der er neuropati ved biothesiometri lig med eller større end 25. Benøvelser kan også omfatte strækøvelser.

Marker om du har anbefalet anden behandling. Det kunne være ved muskulære ubalancer i bækkenet, som fører til funktionel benlængdeforskel, hvor du henviser til f.eks. fysioterapeut. Du kunne også have brug for hjælp til at få udredt en evt. benlængdeforskel.

Generelt omkring vejledning, er det vigtigt at tænke på, hvad det er for en patient, du har foran dig, og hvad patienten ved i forvejen.

Du har ved valget af indlæg besluttet dig for, hvad du vil opnå, og hvilken behandling du anbefaler. Det er vigtigt, at I er enige om behandling og forløb. Vejledningen kan potentielt indeholde noget fra alle de punkter i undersøgelsen, hvor der er afvigelser fra det normale. Dette kan du kæde sammen til en konklusion og en kort forklaring på patientens problemer.

Især vigtigt er det, hvad patienten skal gøre ved evt. gener/komplikationer i forbindelse med indlægsbehandlingen.

HUSK at patienten kun kan huske ca. 3 ting, og det er godt at supplere det mundtlige med skriftligt materiale. Noter al vejledning i indlægskortet/ journalen.

The image shows a medical form with a red circle highlighting the 'Vejledning' (Guidance) section. The form includes fields for patient information, diagnosis, and detailed notes on patient guidance.

PRIS

Her noterer du prisen, om regningen er sendt til kommune eller lignende, og om indlægget er betalt.

The image shows a medical form with a red circle highlighting the 'Pris' field. The form contains various sections for patient information, medical history, and treatment. The 'Pris' field is located in the lower right section of the form.

AFTALER

Evt. aftaler kan noteres her. Det kan være omkring fodtøjet, øvelser m.m.

The image shows a medical form with a red circle highlighting the 'Aftaler' field. The form contains various sections for patient information, medical history, and treatment. The 'Aftaler' field is located in the lower right section of the form.

KONTROL

Der skal altid foretages mindst 1 kontrol af indlæggets funktion. Og indlægget skal altid kontrolleres igen, hvis der er tilrettet.

Patienter i risikogruppe skal følges tættere end øvrige patienter.

Noter dato for kontroller og bemærkninger, henholdsvis tilretninger, vejledning, effekt m.m

Kontroller om de subjektive gener er forsvundet/aftaget? Er der opstået nye gener?

Lyt til patientens oplevelser, og kæd det sammen med undersøgelserne.

Kontroller også om tegn på tidligere fejlbelastning i form af callositet og clavi er forsvundet/aftaget. Kontroller det nye funktionelle aftryk, der fremkommer på indlægget – om belastningsmønsteret er blevet normalt.

The image shows a medical form with a red circle highlighting the 'Kontrol' field. The form contains various sections for patient information, medical history, and treatment. The 'Kontrol' field is located in the lower right section of the form.

EGNE NOTATER

EGNE NOTATER

LITTERATUR HENVISNING

Teoretisk fodterapi, version 2011.
Fodterapeutskolen i København.

Bevægeapparatets anatomi
Finn Bojsen – Møller

Foot Orthoses and other Forms og Conservative Foot Care
Thomas C. Michaud

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18701029



VEJLEDNING TIL INDLÆGSKORT AF

INDLÆGSKORT

1926 5015