

Kronisk træthedssyndrom

Fagligt opdateret: 20.09.2021

Introduktion

Læsevejledning

I 2018 har Sundhedsstyrelsen udgivet "Funktionelle lidelser - anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering". I denne anbefaling er ME/CFS beskrevet som en funktionel lidelse.

Folketinget har i marts 2019 vedtaget følgende

- Indsatsen for patienter med ME-træthedssyndrom/CFS (G93.3) er mangelfuld. Patienter oplever stigmatisering og får ikke relevant tilbud om udredning og behandling
- Den eksisterende behandling til ME-patienter er langt fra tilstrækkelig, og at der skal tages initiativ til oprettelse af specialiseret behandling af ME. Det bør ske i et tværfagligt setup med alle relevante specialer og bør organisatorisk forankres i somatikken
- Sundhedsstyrelsen opdaterer alle relevante specialevejledninger på tværs af hele ME-sygdomsforløbet for at sikre, at ME/CFS (G93.3) er beskrevet i alle relevante vejledninger
- Sundhedsstyrelsen anerkender og anbefaler brugen af WHO's diagnoseklassifikationssystem ICD10 og ICD11, hvori diagnosen ME (G93.3, ICD10 og 8E49 i ICD11) indgår
- Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen med den nye kodepraksis adskiller ME/CFS fra samlebetegnelsen funktionelle lidelser
- Der indhentes viden fra andre lande om igangsatte behandlinger af ME/CFS

Under hensyntagen til Folketingets beslutning er ordet funktionel nedtonet i denne artikel på trods af, at det ikke harmonerer med vores faglige viden på området beskrevet i Sundhedsstyrelsens seneste rapport om funktionelle lidelser.

I regi af Sundhedsstyrelsen foregår aktuelt et opfølgende arbejde efter folketingsbeslutningen. Såfremt det munder ud i nye anbefalinger vedrørende CFS/ME end de eksisterende, vil disse naturligvis blive implementeret.

Det vil med andre ord sige, at Lægehåndbogens normale praksis med udelukkende at basere artiklernes indhold på rent lægefaglige vurderinger er fraveget i denne artikel.

Basisoplysninger

Definition

- Kronisk træthedssyndrom/myalgisk encephalopathi (ME) er defineret på mange forskellige måder. Senest er tilkommet kriterier fra Institute Of Medicine (IOM) i USA, som også har omdøbt tilstanden til systemic exertion intolerance disease (SEID) [1](#). Der er ikke konsensus omkring, hvilken definition der bør benyttes, og ingen af definitionerne er testet for diagnostisk validitet [2](#). Følgende 2 kriterier går dog på tværs af de fleste definitioner:
- Syndrom med abnorm og vedvarende følelse af træthed eller energisvigt, som hæmmer dagligdagens funktioner af mindst 6 måneders varighed, og som kendetegnes ved følgende kriterier [3](#)
 - Hovedsymptomet beskrives som usædvanlig kraftigt og kvalitativt anderledes end almindelig træthed
 - Trætheden/energisvigtet forværres som regel af beskedne fysiske og mentale anstrengelser, og lindres kun lidt af søvn og hvile
- Synonymer
 - Neurasteni, myalgisk encephalopati (ME), postviralt træthedssyndrom, chronic fatigue syndrome (CFS), idiopatisk træthedssyndrom, systemic exertion intolerance disease (SEID). I dag er man også begyndt at anvende betegnelsen bodily distress syndrom, almen symptomtypen
- Tilstanden er omstridt
 - Der er uenighed mellem forskere og læger på den ene side og andre læger, patienter og patientorganisationer på den anden side om tilstandens navn, årsager og behandling

- Kronisk træthedssyndrom er hyppig i nogle lande, hvorimod tilstanden stort set ikke forekommer i andre. I nogle lande som f.eks. Norge, hvor der har været meget fokus på tilstanden igennem de senere år, er hyppigheden i stærk vækst, hvorimod den i andre lande, hvor den tidligere har været hyppig, som f.eks. i USA, nu er i kraftig tilbagegang
- På trods af uenighed omkring navn og årsag er der enighed om, at patienter med kronisk træthedssyndrom er reelt syge, og nogle er svært invaliderede. Patienterne har krav på at blive mødt på en ordentlig måde samt behandlet sobert og professionelt i sundhedsvæsenet

Forekomst

- Kronisk træthed som isoleret symptom eller diagnose udgør 1-3 % af alle henvendelser i almen praksis
- Prævalens
 - I et dansk befolkningsstudie rapporterede 1,1 % af mændene og 1,3 % af kvinderne, at de havde fået diagnosen kronisk træthedssyndrom af en læge ⁴
 - Prævalenstillene varierer som følge af forskellige definitioner. I en ny dansk befolkningsundersøgelse, der anvendte brede kriterier for CFS/ME og var baseret på spørgeskemaer, fandt man at 8,6% af befolkningen led af svær træthed
 - Andre undersøgelser har anvendt meget snævre kriterier, og efter justering for komorbiditet synes prævalens for kronisk træthedssyndrom at være ca. 0,2-0,5 %
- Køn og alder
 - Tilstanden forekommer hyppigere blandt kvinder (75 %)
 - Prævalens er klart lavere blandt børn og unge
 - Gennemsnitsalderen for sygdomsdebut er mellem 29 og 35 år
- Sociale og etniske forhold
 - Studier har været modstridende omkring, om der er forskelle mellem socioøkonomiske eller etniske grupper

Ætiologi og patogenese

- Der er ikke fundet nogen sikker årsag, men tilstanden opfattes som multifaktoriel, hvor biologiske, psykologiske, kulturelle og sociale forhold indgår
- Der skelnes gerne mellem disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer, og kombinationen af disse kan variere fra patient til patient
- Psykiatri
 - Mange undersøgelser har konkluderet, at psykologiske og sociale forhold kan spille en central rolle ved kronisk træthedssyndrom, både hos voksne og børn
 - Kronisk træthedssyndrom er associeret med tidligere psykiatriske sygdomme, dog ikke forstået på den måde at kronisk træthedssyndrom skal opfattes som en psykiatrisk lidelse
- Postinfektøs tilstand?
 - Tidligere har man mistænkt infektøs mekanisme eller immundysregulering som årsag, men dette er ikke bekræftet. Mange forskellige vira har igennem tiden været mistænkt, men det er aldrig lykket at bekræfte dette endeligt
 - Der er ikke fundet overhyppighed af kronisk træthedssyndrom i populationsstudier blandt personer, der har haft en verificeret infektion
 - Påviste immunforandringer synes ikke specifikke for kronisk træthedssyndrom ⁵
- Biologiske afvigelser ¹
 - Neuropsykologiske og neuroendokrine studier samt billeddiagnostiske undersøgelser af hjernen har bekræftet, at der findes biologisk afvigende fund i centralnervesystemet hos de fleste patienter med syndromet, men den nærmere betydning heraf er fortsat ukendt
 - Neuroendokrine forandringer inklusive hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen, stresshormoner, det autonome nervesystem, mitokondriel dysfunktion og genetiske forhold har også været foreslået som mekanisme, men dette er ikke endelig dokumenteret ⁵
- De mange mulige årsager har to vigtige konsekvenser:
 - Kronisk træthedssyndrom er en tilstand uden entydig ætiologi eller patogenese
 - Patientgruppen er heterogen, fællestrækket er det karakteristiske kliniske billede, som domineres af invaliderende træthed

Disponerende faktorer

Prædisponerende faktorer

- Personlighed og livsstil antages at påvirke sårbarheden for at udvikle kronisk træthedssyndrom
- Genetiske forhold kan være af betydning?

Udløsende faktorer

- Akut fysisk og psykisk stress, herunder traumer og alvorlige livshændelser, kan udløse kronisk træthedssyndrom
- I mange tilfælde kan der ikke identificeres en udløsende faktor

Vedligeholdende faktorer

- Psykologiske processer synes at være vigtige
- Eksempelvis kan en specifik opfattelse af sygdommens årsag og den heraf følgende sygdomsafværg, samt en følelse af dårlig kontrol over sygdommen, bidrage til øgede gener og funktionsproblemer ²
- En lang række teorier er lanceret og observationer gjort, uden at der kan trækkes klare konklusioner ³

Kodningsvejledning jvf. Sundhedsstyrelsens "[kodning af funktionelle lidelser – vejledning til sundhedspersonale](#) ⁴"

- Hvis en patient har kronisk træthed som, efter en grundig klinisk vurdering, kan sandsynliggøres som forårsaget af en tidligere viral infektion, kan koden DG933 Postviralt træthedssyndrom være relevant. Hvis udredning og den kliniske vurdering derudover sandsynliggør, at der er en inflammatorisk tilstand i hjernen, kan underkoden DG933A Benign myalgisk encephalomyelitis overvejes. Begge koder er placeret under området DG93
- Hvis ovenstående ikke kan understøttes klinisk, så er den nye kode for Funktionel lidelse, almen/træthed, DR688A9B1 relevant

ICPC-2

- [A04 Almen svækkelse/træthed](#)

ICD-10

- G93 Andre hjernesygdomme
 - G933 Postviralt træthedssyndrom
 - R688 Andet generelt symptom eller abnormt fund

Diagnose

Diagnostiske kriterier

- Ingen fysiske fund eller laboratorieprøver kan bekræfte diagnosen
- Diagnosen stilles på grundlag af patientens subjektive beskrivelse og udelukkelse af anden sygdom
- Den amerikanske definition fra Center for Disease Control (CDC) eller anden definition kan anvendes ³
- Definitionen består af inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier (CDC-kriterier)

- **Hovedkriterier** (alle skal være opfyldt)
 - Medicinsk uforklarlig, gennemgribende træthed
 - Mindst 6 måneders varighed
 - Symptomerne skal være nyopståede
 - Ikke relateret udelukkende til aktuelle belastninger
 - Bedres ikke af hvile
 - Medfører udtalt funktionstab
- **Tillægskriterier** (mindst 4 skal være opfyldt)
 - Svigtende hukommelse og/eller koncentrationsevne
 - Ondt i halsen
 - Ømme lymfeknuder
 - Muskelsmerter
 - Smerter i flere led
 - Nyopstået hovedpine
 - Manglende følelse af at være udhvilet efter søvn
 - Forværret sygdomsfølelse i mindst 24 timer efter anstrengelse

Eksklusionskriterier

- Aktiv, ubehandlet eller mistænkt anden sygdom, som med sandsynlighed kan føre til træthed
- Psykotisk, melankolsk eller bipolar depression (men ikke ukompliceret depression)
- Psykotiske tilstande
- Demens
- Anorexia nervosa eller bulimia nervosa
- Alkohol- eller andet misbrug
- Alvorlig fedme

Differentialdiagnoser

Træthed er et uspecifikt symptom, der kan ses ved en lang række forskellige sygdomme - både psykiatriske og somatiske. Træthed er ligeledes en af de hyppigste klager i normalbefolkningen.

- Somatoform eller funktionel lidelse
- [Hypothyreose](#)
- [Søvnapnø](#)
- [Narkolepsi](#)
- Anæmi
- [Cøliaki](#)
- [Anorexia nervosa](#) eller bulimia nervosa
- Alkoholisme eller andet misbrug
- Kræftsygdom
- [Demens](#)
- [Skizofreni](#)
- Alvorlig overvægt
- Addisons sygdom
- [Diabetes type 1](#) eller [type 2](#)
- Hjertesygdom (hjertesvigt, hypotension)
- Infektioner (endokardit, hepatitis, mononukleose)
- Hæmokromatose
- Artritter og relaterede sygdomme
- Medicinbivirkninger; sedativa, betablokkere
- Insomni, depression og somatiseringslidelser

Sygehistorie

- Se diagnostiske kriterier
- De dårligste patienter kan være sengeliggende og have svært ved at komme til læge
- Hovedproblem
 - Kronisk og uforklarlig træthed eller energisvigt af mindst 6 måneders varighed, som påvirker både fysisk og mental ydeevne, således at arbejde, skole, sociale og personlige aktiviteter rammes
 - Trætheden/energisvigtet forværres som regel af beskedne fysiske og mentale anstrengelser, og den lindres kun i mindre grad af søvn og hvile
- Associerede symptomer
 - Ud over træthedsfølelsen er hovedpine, svimmelhed, fornemmelse af feber, vekslende varme- og kuldefølelse, balanceproblemer, søvnforstyrrelser, mavegener og muskelsmerter almindelige tillægssymptomer
 - Udtalt sensitivitet for sanseindtryk som lugt, lys og lyd
 - Nedsat koncentration og hukommelse
 - Der er stort overlap mellem kronisk træthedssyndrom og forskellige funktionelle somatiske syndromer såsom fibromyalgi og colon irritable
 - Ved multisymptomatiske patienter bør det overvejes ikke at anvende kronisk trætheds- eller myalgisk encephalopathi (ME)-betegnelsen. I stedet kan betegnelsen funktionel lidelse, multiorgan (R688A9A) anvendes
- Debut
 - Nogle kan fortælle, at tilstanden startede akut efter en infektion eller anden sygdom, men i de fleste tilfælde har sygdommen udviklet sig gradvist ³
- Variation i intensitet
 - Hos enkelte er symptomintensiteten forholdsvis konstant, men hos mange – også blandt de allerdårligste - svinger den, hvilket kan føre til variationer i dagsformen
 - Typisk er et før-nu-forløb med ændringer i livskvalitet, hverdagsliv og identitet i forhold til tiden forud for sygdomsdebut, hvor funktionsniveauet og sundheden gerne var upåklageligt
- Funktionsniveau
 - Varierer, men nogle har et betydeligt funktionstab
 - Sygefravær fra job eller skole er almindeligt
 - De hårdest ramte ubehandlede er permanent sengeliggende og kan have problemer med at spise og klare den personlige hygiejne
- Konsekvenser
 - Symptomerne kan have sociale og økonomiske følger og føre til, at netværk og venner over tid forsømmes
 - Følelser af tab, sorg og marginalisering er almindelige reaktioner, som sygdommen kan føre til
 - Sygdommen indebærer også en stor belastning for de nærmeste pårørende
 - Mange patienter har stillet diagnosen selv, når de opsøger læge, ofte på baggrund af oplysninger de har fundet på nettet og de sociale medier

Kliniske fund

- Ingen specifikke patologiske fund kan påvises, men en grundig klinisk undersøgelse er vigtig for at udelukke andre sygdomme ³
- Kontroller blodtryk
- Vurdering af kognitive funktioner
 - For vurdering af demens eller andet svigt i kognitive funktioner kan man bruge MMS ([Mini Mental Status](#)) eller neuropsykologiske undersøgelser
 - For at identificere eventuelle psykiske lidelser kan man bruge standardiserede psykiatriske interviews eventuelt suppleret med spørgeskemaer
- Udeluk psykiatrisk sygdom

Supplerende undersøgelser i almen praksis

- Laboratorieundersøgelser tages for at udelukke andre tilstande
- Aktuelle klinisk kemiske prøver:
 - Hæmatologisk status med differentialtælling, SR, CRP
 - HbA1c
 - Elektrolytter og kreatinin, kalcium, magnesium, fosfat, s-jern, ferritin
 - Leverenzymmer, albumin, CK, tyreodeaprøver
 - Transglutaminaseantistoffer (cøliaki)
 - Urinstix
 - Serologi: Hepatit B og C, HIV, borrelia
- Andre prøver som kan være aktuelle:
 - Reumatoid faktor, ANA, cytomegalovirus (CMV), mononukleose (EBV)

Andre undersøgelser

- Rtg. af thorax kan være indiceret
- Cerebral MR vil kun undtagelsesvis være indiceret
- Yderligere test, udredning og henvisning skal vurderes individuelt i forhold til patientens symptomer, funktionsniveau og relevante differentialdiagnoser

Hvornår skal patienten henvises?

Ved mistanke om somatisk differentialdiagnose bør patienten henvises til relevant afdeling, f.eks. infektionsmedicinsk afdeling, hvor man nogle steder har et standardiseret udredningsprogram. Optimalt set bør patienterne udredes og evt. behandles i et multidisciplinært team.

Aktuelt er der ved Afdeling for Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital (AUH), i et samarbejde med Infektionsmedicinsk Afdeling, AUH, oprettet et tilbud til patienter med CFS, men centret har en meget begrænset kapacitet. På Center for Komplekse Symptomer ved Frederiksberg Hospital er et behandlingstilbud under opbygning. Ved center for funktionelle lidelser i Køge kan der også være behandlingsmuligheder.

- Sundhedsstyrelsen anbefaler i rapport fra 2018 ⁷, at patienter med svære funktionelle lidelser bør tilbydes en specialiseret og evidensbaseret behandling med inddragelse af alle for patienten relevante lægefaglige specialer, psykologer og fysioterapeuter samt relevante sundheds- og socialfaglige kompetencer
- Sådanne centre er nu under oprettelse i alle regioner
- Patienter med CFS/ME kan være i målgruppen for kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, og disse bør inddrages ved behov
- Indikation for henvisning, hvis information om sygdommen, selvhjælpsinformation og graderet fysisk aktivitet ikke fører til bedring og f.eks. behandling ad modum TERM ^{8, 9}
- Tillægsindikationer for henvisning
 - Udtalt funktionstab
 - Fare for at blive udstødt af arbejdsmarkedet på grund af aktuelle gener
 - Prioriteret gruppe: børn og unge
 - Aldersgruppe 18-25 år henvises
 - Børn/unge under 18 år henvises til børneafdeling eller ungdomspsykiatriske afdelinger

Behandling

Behandlingsmål

- Helbredelse
- Subjektiv symptombedring
- Øge aktivitetsniveau
- Bedre livskvalitet

Generelt om behandlingen

- Kognitiv adfærdsterapi og gradueret træningsterapi
 - Kognitiv adfærdsterapi og gradueret fysisk træning har vist signifikant effekt i flere studier [10](#), [11](#), [12](#), [13](#). Der er ikke påvist bivirkninger ved disse behandlingsmetoder [11](#), [12](#), [13](#)
 - Kognitiv adfærdsterapi giver bedre fysisk funktion og livskvalitet [11](#)
 - Gradueret træningsterapi synes i studier at reducere trætheden og bedre den fysiske funktion [11](#), [12](#), [13](#), [14](#)
- Medikamentel behandling
 - Der er ikke videnskabelig dokumentation for at anbefale medikamentel behandling, og kvaliteten af gennemførte behandlingsstudier er gennemgående dårlig
 - Nogle studier har vist god effekt af antidepressiva, specielt de multisymptomatiske [15](#), og man kan overveje denne behandling, også selv om patienten ikke lider af depression eller anden psykisk lidelse
 - Immunmodulerende behandling er blevet foreslået, men har heller ikke dokumenteret effekt i større studier
 - Pga. den manglende effekt og bivirkninger frarådes medikamentel behandling generelt bortset fra antidepressiva. Dette gælder specielt ved den immunmodulerende behandling pga. risiko for alvorlige bivirkninger
- Effekten af kosttilskud og alternativ behandling er ikke dokumenteret

Læge-patient forhold

- Nogle patienter med CFS oplever mødet med læger og sundhedsvæsenet som negativt. Patienterne kan føle, at lægen ikke forstår dem og ikke tager dem alvorligt
- Udredning og behandling bør gennemføres i åben dialog med patienten

Hvad kan patienten selv gøre?

Fysisk aktivitet

- At tilråde hvile alene har en uheldig effekt på tilstanden - som det har på de fleste sygdomme
- Der er evidens for, at gradueret fysisk træning har en positiv effekt på træthed, fysisk formåen, søvnkvalitet og selvvalueret helbred. Se beskrivelse af gradueret fysisk træning under "anden behandling"
- Træningen har ikke nødvendigvis en helbredende effekt, men kan altid modvirke deconditionering og forværring af symptomer
- Herudover kan det være en fordel at stimulere de dagligdags fysiske aktiviteter, ligeledes med henblik på at modvirke deconditionering
- Der er ikke evidens for symptomforværring af fysisk træning, men nogle patienter er bekymrede for dette. Derfor kan det være nødvendigt først at korrigere denne misforståelse, ligesom der med fordel kan ydes psykologisk støtte i forbindelse med træningen [14](#)

Gradueret fysisk træningsterapi

- Gradueret fysisk træning er struktureret og superviseret fysisk aktivitet, som gradvist øger graden af udholdenhed
- Træningen skal ved CFS/ME være aerob, idet anaerob har vist sig at kunne give bivirkninger [16](#)
- Træningen starter ved lav intensitet og øges langsomt til moderat intensitet ligesom varigheden gradvist øges
- Træningen bør individualiseres og regelmæssigt superviseres af en terapeut, for eksempel en fysioterapeut med erfaring i gradueret træning og i funktionelle tilstande
- Træningen kan med fordel foregå på hold

Medicinsk behandling

- Der er ikke sikker evidens for værdi af medikamentel behandling ud over antidepressiv medicin, som der er en vis evidens for
- Kvaliteten af gennemførte behandlingsstudier er gennemgående dårlig
- Sundhedsstyrelsen anbefaler lav dosis af amitriptylin som behandling hos patienter, der har dårlig søvn eller smerter
- Ingen andre medikamenter har vist signifikant effekt

Anden behandling

Kognitiv terapi

- Kognitiv terapi bruges som mestringsstrategi ved mange kroniske og alvorlige sygdomme, uden at dette indebærer, at sygdomstilstanden skyldes psykologiske faktorer
- Behandlingen kombinerer
 - Rehabilitering i form af forsigtig fysisk optræning
 - Psykologisk behandling, som fokuserer på patientens tanker om tilstanden
 - Planlægning af rehabilitering, opstart af arbejde/skolegang og andre personlige aktiviteter
- Effekt
 - Langvarige effekter er dokumenteret, men ikke alle patienter har udbytte af kognitiv terapi

- studierne viser gennemgående et frafald på 20% af patienterne (både i interventions- og kontrolgruppen) og dermed usikker generaliserbarhed [3](#)
- Kognitiv adfærdsterapi syntes i studierne at give bedre fysisk funktion og livskvalitet [11](#)

Gradueret fysisk træningsterapi

- Gradueret fysisk træning er struktureret og superviseret fysisk aktivitet, som gradvist øger graden af udholdenhed
- Træningen kan være både aerob og anaerob
- Træningen starter ved lav intensitet og øges langsomt til moderat intensitet ligesom varigheden gradvist øges
- Træningen bør individualiseres og regelmæssigt superviseres af en terapeut, for eksempel en fysioterapeut med erfaring i gradueret træning
- Træningen kan med fordel foregå på hold

Forløb, komplikationer og prognose

Forløb

- Hos enkelte er symptomintensiteten forholdsvis konstant, men hos mange – også blandt de hårdest ramte - svinger den meget, hvilket kan føre til variationer i dagsformen
- Kognitiv terapi og "graded exercise" giver bedre effekt end andre interventioner, og det er afgørende at få patienten til at tro, at det er muligt at blive rask

Prognose

- Resultaterne fra forskellige studier varierer
- I selekterede materialer [6](#) har man fundet følgende prognoser:
 - Børn: 50-94 % bliver klart bedre
 - Voksne: 20-50 % bliver noget bedre, men kun 6 % genvandt deres oprindelige funktionsniveau
 - Fuld helbredelse er sjældent uden behandling hos patienter, der allerede er kronisk syge [17](#)
- En anden systematisk oversigt viste, at det at blive helt rask var usædvanligt:
 - 0-31 % (median 5 %) blev raske
 - 8-63 % (median 40 %) oplevede bedring
- Undersøgelser har fundet delvis eller fuldstændig helbredelse hos 60-80 %
- Der er ikke øget mortalitet
- Prognosen påvirkes af tilstedeværelse af eventuel psykiatrisk forstyrrelse og patientens opfattelse om årsag og behandling [6](#)
- Sygdomsvarighed
 - Gennemsnitligt varer sygdommen fra 3 til 9 år [17](#)

Opfølgning

Plan

- Patienterne bør følges og opmuntres som en del af behandlingen

Patientinformation

Hvad du bør informere patienten om

- Træthed er et meget hyppigt symptom, men langt de fleste kommer sig uden behandling
- De fleste oplever bedring over tid
- Fysisk træning med gradvis tiltagende belastninger eller anden fysisk aktivitet bør prøves, men nogle har problemer med at gennemføre programmet

Hvad findes der af skriftlig patientinformation

- [Kronisk træthedssyndrom](#)
- [Center for Aktiv Sundhed, Træning som behandling, Kronisk træthedssyndrom](#) [↗](#)
- [Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen 2018](#) [↗](#)

Kilder

Referencer

1. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Feb.[PubMed](#) [↗](#)
2. Haney E, Smith ME, McDonagh M, Pappas M, Daeges M, Wasson N, Nelson HD, Diagnostic Methods for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop.. *Ann Intern Med* 2015;162: 834-40[PubMed](#) [↗](#)
3. Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G, Chronic fatigue syndrome. *Lancet* 2006;367: 346-55[PubMed](#) [↗](#)
4. Dantoft TM, Ebstrup JF, Linneberg A, Skovbjerg S, Madsen AL, Mehlsen J, Brinth L, Epløv LF, Carstensen TW, Schroder A, Fink PK, Mortensen EL, Hansen T, Pedersen O, Jørgensen T, Cohort description: The Danish study of Functional Disorders.. *Clin Epidemiol* 2017;9: 127-139[PubMed](#) [↗](#)
5. Cortes Rivera M, Mastronardi C, Silva-Aldana CT, Arcos-Burgos M, Lidbury BA, Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Review. *Diagnostics (Basel)* 2019;9: [PubMed](#) [↗](#)
6. Joyce J, Hotopf M, Wessely S, The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. *QJM* 1997;90: 223-33[PubMed](#) [↗](#)
7. Funktionelle lidelser Anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering. Sundhedsstyrelsen 2018 [Vis kilde](#) [↗](#)
8. Fink P, Rosendahl M. Funktionelle lidelser - udredning og behandling. København: Munksgaard; 2012
9. Funktionelle lidelser. Klinisk vejledning for almen praksis. 2013. Dansk selskab for almen medicin. [PDF](#) [Vis kilde](#) [↗](#)
10. Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3[Vis kilde](#) [↗](#)
11. White PD, Goldsmith KA, Johnson AL, Potts L, Walwyn R, DeCesare JC, Baber HL, Burgess M, Clark LV, Cox DL, Bavinton J, Angus BJ, Murphy G, Murphy M, O'dowd H, Wilks HD, McCrone P, Chalder Y, Sharpe M, Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet* 2011;377: 823-36[PubMed](#) [↗](#)
12. Cochrane Systematic Review. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. 2. oktober 2019[Vis kilde](#) [↗](#)
13. Fysisk aktivitet Håndbog om forebyggelse og behandling Sundhedsstyrelsen, 2018[Vis kilde](#) [↗](#)
14. Larun L, Brurberg K, Odgaard-Jensen J, Price JR, Exercise as treatment for patients with chronic fatigue syndrome. *Cochrane*. 25. april 2017.[Vis kilde](#) [↗](#)
15. Agger JL, Schröder A, Gormsen LK, Jensen JS, Jensen TS, Fink PK, Imipramine versus placebo for multiple functional somatic syndromes (STreSS-3): a double-blind, randomised study. *Lancet Psychiatry* 2017;4: 378-388[PubMed](#) [↗](#)
16. White PD, Etherington J, Adverse outcomes in trials of graded exercise therapy for adult patients with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 2021;147: 110533[PubMed](#) [↗](#)
17. Cairns R, Hotopf M, A systematic review describing the prognosis of chronic fatigue syndrome. *Occup Med (Lond)* 2005;55: 20-31 [PubMed](#) [↗](#)

Fagmedarbejdere

- Per Fink, ph.d., dr.med. professor, ledende overlæge, Forskningsklinikken for Funktionelle lidelser og Psykosomatik, Århus Universitetshospital
- Bente Klarlund Pedersen, overlæge, dr.med, leder af Center for Aktiv Sundhed Rigshospitalet, professor i integrativ medicin Københavns Universitet
- Naja Zenius Jespersen, Læge, ph.d., Post.doc, Center for Aktiv Sundhed, Rigshospitalet
- Hans Christian Kjeldsen, ph.d., praktiserende læge, Grenå
- Bjarne Lühr Hansen, ph.d., lektor, alm. prakt. læge, Syddansk Universitet, Odense

Indhold leveret af:

Lægehåndbogen
Kristianiagade 12
2100 København Ø

laegehaandbogen@dadl.dk

Brug for

