

Erfaringer og refleksjoner over kronisk utmattelsessyndrom hos ungdom



Ellebeth Sætre,
spesialfysio-
terapeut, Oslo uni-
versitetssykehus,
Rikshospitalet,
e-post: ellebeth.
saetre@oslo-uni-
versitetssykehus.
no

Essayet er i hovedsak basert på egne erfaringer med pasienter og samtaler med kolleger og annet helsepersonell på Rikshospitalet (Oslo Universitetssykehus (OUS)), og som pasient hos psykomotoriker. Det er en utvidet og omarbeidet versjon av min artikkel Erfaringer i forhold til ME i Barnestafetten 54/2008, og publiseres her med samtykke fra Barnestafettens redaksjon.

Dette **fagessayet**, innsendt 10.11.08 og godkjent 23.04.10, er redigert av Astrid Noreng Sjølie og ikke eksternt fagvurdert.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen.

Sammendrag

- Dette essayet om kronisk utmattelsessyndrom (CFS) hos ungdom beskriver mine erfaringer og refleksjoner om behandlingen av denne pasientgruppen ved Rikshospitalet (Oslo Universitetssykehus) fra 2002 til i dag, med særlig vekt på nåværende fysioterapifaglig praksis.
- Ungdom med CFS mottas nå til dagsutredning av et tverrfaglig team med lege, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Fysioterapidelen inkluderer en grundig undersøkelse og et tilpasset behandlingsopplegg, som ofte følges opp av fysioterapeut i pasientens nærmiljø.
- Mine inntrykk etter samtaler med leger, egne undersøkelser, samtaler med pasientene og litteraturstudier bekrefter en fysisk, psykisk, sosial- og miljøbettinget årsaksforklaring. Hodepine og stramme nakke- og kjevemuskler samt høycostal respirasjon kjennetegner mange av pasientene.
- Anbefalte tiltak i dag er fysioterapi inkludert gradert trening, avspenning og pusteøvelser, samt aktivitetstilpasning og kognitiv terapi. Grunnet manglende etterkontroll vet vi ikke om tiltakene har ønsket effekt, men egne og kollegers subjektive inntrykk er at egnet fysioterapi kan være til hjelp og støtte for denne gruppen.
- **Nøkkelord:** Kronisk utmattelsessyndrom, CFS, fysioterapimodalitet, fysioterapispesialitet, gradert trening, respirasjon, avspenning.

Innledning

Beskrivelse av kronisk utmattelsessyndrom (1,2)

Kronisk utmattelsessyndrom (Chronic Fatigue Syndrome (CFS)), Myalgisk Encephalopathi (ME) eller Postviralt utmattelsessyndrom, er en eksklusjonsdiagnose hvor andre somatiske eller psykiatriske sykdommer som kan gi utmattelse, er utelukket. Utmattelsen må ha vart mer enn tre måneder hos barn og ungdom, og over seks måneder hos voksne. Utmattelsen er kombinert med en rekke andre plager, og opptrer ofte etter en langvarig virusinfeksjon. Det eksisterer

verken objektive funn for diagnosen eller eksakte tall over forekomsten, men i 2007 ble det anslått at minst 300 ungdommer under 18 år, flest jenter, hadde lidelsen, og at forekomsten økte.

Vanlige symptomer er uttalt energisvikt som rammer daglige gjøremål som skole eller arbeid og fritidsaktiviteter med mer enn 50 prosent. De aller dårligste er sengeliggende hele døgnet med bind for øynene og må bruke ørepropper. De beste er noe på skolen og ser litt til venner, men er svært lite fysisk aktive og blir oftest kjørt til skole og venner. Symptomene kan ellers være smerter i mus-

kler og ledd, hodepine, svimmelhet, kvalme med lukt-, lys- og lydømfintlighet, søvnproblemer og døgnforstyrrelser, blekhet, kuldefølelse i hender og føtter med lett frysing, hevelse i hals- eller aksillelymfekjertler, subfebrilitet eller febrilitet med halsinfeksjoner, og kognitive forstyrrelser med konsentrasjons- og hukommelsesproblemer. Utmattelsen går i liten grad over ved hvile eller søvn og forverres ved anstrengelser. Ofte kan den ha et svært svingende forløp.

Autonome forandringer er svikt i blodstrøms- og temperaturregulering, med økt hvilepuls og dårlig tilpasning til stillingsfo-



Det eksisterer verken objektive funn for diagnosen eller tall over forekomsten.

randringer. CFS-pasientene ser ut til å være i en vedvarende «alarmberedskap» («sustained arousal») hvor kroppens normale reaksjoner på stress, med økt sympatikusaktivitet og økt adrenalinutskillelse, ikke har «slått seg av», men fortsetter etter at «faren» (for eksempel virusinfeksjonen eller et psykisk traume) er over. Det er uenighet om CFS er en fysisk eller psykisk lidelse. På Oslo universitetssykehus (OUS) mener man at sykdommen skyldes en kombinasjon av fysiske, psykiske og sosiale faktorer, hvor de ulike faktorene har ulik betydning fra person til person.

Behandlingstilbud eller tiltak

Det er funnet effekt av kognitiv terapi for CFS-ungdommer (3), men det er stor mangel på slike terapeuter i Norge. Gradert Trening hos voksne CFS-pasienter kan også ha effekt (4).

Lightning Process (LP)-metoden ble utviklet av Phil Parker og kom på markedet i år 2000 (5). Parker er både osteopat, healer, hypnotisør og lærer i nevrologistisk programmering. Han hevder at treningen endrer og normaliserer den tidligere uhenktsmessige stressresponsen i det autonome nervesystemet. Metoden er en form for kognitiv trening i grupper eller individuelt over 3-5 dager. Pasientene lærer seg blant annet til å fokusere mindre på symptomer og mer på egne ønsker, samt enkle avspenningsteknikker. Metoden praktiseres nå på Godthåb Rehabiliteringssenter i Bærum av tidligere pasienter som er utdannet i metoden i England. Et team fra Bergen av blant annet leger og fysioterapeut er under utdanning i England. Både CFS og LP-metoden er beskrevet i en reportasje i Fysioterapeuten fra en konferanse arrangert av Rikshospitalet i 2008 (6). Selv om metoden ikke er vitenskapelig dokumentert, forteller norske fagpersoner som fysioterapeut Svanevik og en psykolog om raske og dramatiske forbedringer hos nære pårørende etter LP-behandling i London.

Mine erfaringer er at både avspenningskassetter og bøker med erfaringer fra tidligere pasienter synes å kunne hjelpe noen (se forslag bakerst etter litteraturlisten).

Fysioterapi inkludert individuell behand-



VANLIGE SYMPTOMER Uttalt energivikt som rammer daglige gjøremål er vanlig. De aller dårligste er sengeliggende hele døgnet med bind for øynene og må bruke ørepropper. Ill. foto: Ellebeth Sætre.

ling, tilrettelegging med god og riktig hvile, og riktig dosert trening kan hjelpe mange i følge andres (6,7) og mine erfaringer (8).

Fra oppstart ved Rikshospitalet til nå

Ved Rikshospitalet fikk jeg henvist den første ungdommen med CFS i 2002 av dr Wyl-ler. Hun ble stadig dårligere og tilslutt totalt sengeliggende med sonde-ernæring og lysømfindtlighet, og orket så vidt å hviske. Vi hverken skjønte eller ble enige om behandlingen. Hun fikk senere behandling hos psykolog, fullførte videregående skole og tar nå en yrkesutdanning. Etter hvert kom flere CFS-pasienter til Rikshospitalet, og fra 2004 tok dr Wyl-ler formelt inn CFS-ungdom til utredning på poliklinikken med assistanse av en annen pediater. Han forordnet kondisjonstesting på tremølle, som ble avsluttet, fordi det var vanskelig å få pasienten opp i maksimal pulsfrekvens, og mange ble svært mye dårligere lenge etterpå. I 2004 ble jeg bedt om å undersøke pasientene og hadde denne oppgaven alene frem til høsten 2007. I 2005 kom ergoterapeut med i teamet, og senere også ernæringsfysiolog og sykepleier.

Vi hadde i starten en pasient i uken som dagpasient. Det ble utført vippestest med registreringer av puls og blodtrykk i liggende og ved 20 grader helning. Blodprøver ble tatt, og legen foretok en spørreundersøkelse etter et oppsatt skjema. Fra januar 2008 tok Rikshospitalet inn to pasienter per uke, fortsatt som dagpasienter, til to dager tverrfaglig utredning. Da vi hadde erfart at matinntaket ofte var svært mangelfullt, leverte pasientene liste over matinntak i en uke til en ernæringsfysiolog, som satte opp en riktig og variert kostholdsplan. Fra høsten 2009 har vi tatt inn en pasient i uken for dagsutredning av lege, ergoterapeut og fysioterapeut. De fleste pasientene er mellom 15 og 16 år, men vi har utredet barn fra 11 til 18 år. Jeg har undersøkt og veiledet nærmere 100 CFS-ungdommer fra 2004 til i dag.

Hensikt

Det eksisterer lite dokumentert kunnskap om årsaker og behandlingsopplegg for ungdom i Norge. Hensikten med essayet er å informere om dagens opplegg for CFS-ungdom på OUS sett med fysioterapeutens

blikk og å dele erfaringer og refleksjoner med fysioterapikolleger.

Hoveddel

Utredning og behandlingsformer på OUS

For å komme til utredning må pasienten henvises av pediater, og skal på forhånd være undersøkt slik at somatiske sykdommer (som hjernesvulst, hjertefeil, nevrologiske sykdommer, multipel sklerose, diabetes eller revmatisme) eller psykiatiske sykdommer kan utelukkes. Den lange utredningen fører ofte til forverring av symptomene. Sykehuset mangler kapasitet til å utrede CFS-pasientene ved egen Barne- og ungdomspsykiatriske avdeling. Siden årsaken til CFS er ukjent, har pasientene fått råd, veiledning, resept på medikamenter og forslag til behandlingstiltak for sine symptomer den ene dagen de er til utredning. På grunn av variasjonen i symptomer er et felles behandlingsregime ikke mulig, så alle får individuell tilnærming og behandling. Det overordnede synet i teamet er å anbefale gradert trening med fysioterapeut, aktivitetstilpasning med ergoterapeut samt kognitiv terapi hos psykolog/psykiater. Vi vil gi pasientene et positivt budskap om at dette er en lidelse de aller fleste blir friske av, men at det kan ta lang tid, og at alle har valgmuligheter og kan endre en vanskelig situasjon.

Fysioterapi

Sykehistorie

Før jeg ser pasienten, har jeg lest sykehistorien, og eventuelt konferert med legen. Flesteparten oppgir hodepine og nakkesmerter daglig eller flere ganger i uken, oftest fra nakken og oppover i bakhodet, noen har tinninghodepine eller vondt bak øynene, og mange oppgir kvalme og svimmelhet. Noen har smerter i korsrygg, legger, lår, skuldre eller armer. De fryser ofte på hender og føtter. De fleste har vært utmattet i måneder til år før de kommer til utredning, og blitt stadig mer passive og isolerte. Tidligere fysiske aktivitetsnivå varierer fra trening på et høyt nivå til svært liten fysisk aktivitet. Noen er på bedringens vei før de kommer hit, en har sittet i rullestol, og to har vært var helt sengeliggende her på sykehuset. De aller fleste er svært inaktive, og mange ligger mest på sofaen og ser på TV (jentene) og driver med PC spill (guttene). De færreste leser bøker, da de har problemer med konsentrasjonen. De har hatt liten tidligere kontakt med fy-

sioterapeut, men flere har prøvd alternative behandlingsformer som osteopati, akupunktur, homeopati, kiropraktikk, healing, craniosacral terapi eller fotsoneoterapi uten særlig effekt.

Både foreldre og barn i en familie kan ha CFS. Svært mange har opplevd betydelige traumer som skilsmisse, død, alvorlig sykdom eller andre psykiske eller sosiale problemer i familien. Mange opplever å bli mobbet av venner før og etter de ble syke. Pasientene gir ofte inntrykk av å være snille, pliktoppfyllende og flinke ungdommer med angst for ikke å prestere godt nok. De aller fleste har innsovningsproblemer om kvelden.

Klinisk undersøkelse

I mangel av standardiserte prosedyrer har jeg laget et undersøkelsesskjema (Appendix), der blant annet holdning, respirasjon, koordinasjon, aktiv og passiv bevegelighet samt muskelstyrke registreres. Gjennomgående fellestrekk er vist i tekstboks 1.

Fysioterapitiltak

Hensikten er at pasientene skal få gode kroppsopplevelser samt bedret kroppsbewussthet, respirasjonsmønster og kondisjon. Pasientene må bli trygge på å bruke kroppen med en gradvis opptrapping, og de må lære avspenningsøvelser og gode hvilestillinger. Et behandlingsforslag er vist i tekstboks 2.

Sammen med pasienten kan fysioterapeuten sette opp et gradert treningsprogram. En tilpasset form for gradert trening (4) anbefales, der treningen går ut på å bruke store muskelgrupper som ved gange, sykling eller svømming. Opplevd anstrengelse skal beskrives etter Borgs skala som går fra seks til 20, der seks betyr ingen anstrengelse og 20 er maksimal anstrengelse (9). Anstrengelsen ved treningen skal oppleves som mellom ni (svært lett) og 15 (hardt). De skal trene etter denne treningsmodellen i tillegg til annen daglig aktivitet. Det er viktig at de ikke trener mer en dag de føler seg mer opplagte, og de kan få redusere en dag de føler seg ekstra utmattet. Programmet justeres hver 14. dag med 2-5 minutter økning. Når de er kommet opp til 30 minutters varighet, kan de øke intensiteten til over 15 på skalaen. Fysioterapeut følger opp pasienten, da de ellers fort vil falle ut av treningsopplegget. Som i annen behandling er tillitsforholdet mellom fysioterapeuten og pasienten viktig. Pasienten blir trygg på at det ikke er farlig å

bevege seg i kontrollerte former. Fysioterapeuten initierer også behandlingstiltak hos lokal fysioterapeut mot hodepine, muskel- og leddsmarter.

Over tid har jeg bare behandlet den ene omtalte pasienten i 2002, siden sykehuset ikke gir behandling til CFS-ungdom poliklinisk. Men jeg har gitt råd til alle de nær 100 ungdommene om gradert trening, gode øvelser og avspenning samt veiledning i basal respirasjon i forbindelse med undersøkelsen, og henvist dem jeg har ment har kunnet profitere på fysioterapibehandling videre til lokal fysioterapeut. Jeg har veiledet noen få kolleger og pasienter over telefon, og formidlet håp om restitusjon, råd om respirasjon, gradert trening og gradert aktivitetsøkning, og anbefalt noen å ta kontakt med psykolog. Det er viktig å finne ut om pasientene trenger å bli puffet i gang med å bruke kroppen mer eller bremse dem hvis de har overdrevet treningen.

Aktivitetstilpasning

Legene anbefaler aktivitetstilpasning, som ikke er vitenskapelig dokumentert, og begrunner tiltaket med at pasientene skal lære seg gjennom erfaring hvilke og hvor mange av dagliglivets aktiviteter de mestrer i hverdagen, uten å bli mer utmattet. De ønsker dermed å oppnå en «avbetinging» av noen automatiske stressresponser. Pasientene må starte med et aktivitetsnivå som ikke oppleves belastende og ikke utløser noen stressrespons fra det autonome nervesystemet. Så kan pasienten gradvis øke aktivitetsnivået, og «lærer» nervesystemet å mestre stadig større utfordringer. En aktivitetsplan som er blitt satt opp av ergoterapeuten sammen med pasienten og pårørende beskriver når på døgnet, hvilke type aktiviteter og hvor mye pasientene skal gjøre i løpet av en dag og en uke. Den fastsetter når ungdommene bør stå opp, når de skal gå til sengs, når og hva de skal spise, samt når og hvor mye de skal gå på skolen, være sammen venner, og drive fysisk trening i samarbeid med fysioterapeuten. Planen evalueres og endres eventuelt regelmessig, cirka hver tredje til fjerde uke.

Annen behandling ved OUS

For å bedre søvnproblemer får pasientene ofte Melatonin, som regulerer tretthet og våkenhet. Mot svimmelhet og ortostatisk blodtrykksfall ble det tidligere gitt betablokkere. Mot hodepine og muskelsmerter har

TEKSTBOKS 1 Fellestrekk ved CFS-ungdom.

- De virker anspente, ukoordinerte og bundet med høycostal respirasjon og lite mimikk.
- Muskulaturen er ikke påfallende atrofisk, men for kort på for- og baksiden av lårene og baksiden av leggene, slik at de ikke kan:
- Innta huksittende stilling med helene i gulvet.
- Selv om de føler seg svimle, har de aller fleste god balanse i stående og gående.
- De har dårlig truncus- og scapulastabilitet.
- Der er svært stramme og ømme i muskulaturen rundt øvre nakkeledd, langs occipitalkanten og kjeveleddene.

TEKSTBOKS 2 Eksempel på fysioterapitiltak.

- Aktiv oppvarming på lett ergometersyssel 2-5 minutter eller mer.
- Behagelig massasje på nakke og kjeve.
- Lette passive tøyninger av stram muskulatur i nakken (for eksempel med slyngbehandling).
- Lette tøyninger av legger og lår, først passive, senere aktive.
- Lære pasienten gode hvilestillinger og enkle avspenningsøvelser.
- Lære pasienten god basal respirasjon både direkte og indirekte.
- Lett styrketrening av mage og rygg, gjerne på Bobathball.
- Lære pasienten prinsippene for gradert trening.

pasienten ofte brukt smertestillende tabletter som Ibux og Paracetamol, eller legen henviser til fysioterapeut.

Legene informerer pasienter og pårørende med grundig forklaring på fysiologiske forandringer ved CFS. De mener at denne ufarliggjøringen beroliger pasientene, og at de kan bli friske ved å gjøre tilpasninger og endringer på aktivitetene i dagliglivet, både på skolen og hjemme. Ergoterapeuten initierer denne aktivitetstilpasningen som en plan med rammer, forutsigbarhet og trygghet, slik at stressnivået reduseres. Det er etter min mening svært viktig at daglige aktiviteter nøye koordineres og samkjøres med annen fysisk aktivitet eller trening pasienten gjør hos fysioterapeuten.

Undervisning og forskning

Lærings- og Mestringssenteret ved OUS har holdt fire tre-dagers seminarer for ungdom og pårørende. Vi i CFS-teamet sto for undervisningen. Utgiftene ble dekket av Røde Kors Barnehjelpen. Pasientene fikk ha med seg en lærer eller terapeut/lege fra lokalt hjelpeapparat andre dagen. Pasientene og pårørende har hatt positivt utbytte og lært mer om sykdommen og fått delt erfaringer med de andre i gruppa. Et av de viktigste utbyttene for dem, slik jeg oppfattet det, var å få møte andre med samme problemer. Ressursmangel stopper flere slike seminarer i fremtiden.

For tiden pågår mye forskning om CFS/

ME på OUS på både hovedfags- og doktorgradsnivåer, med fokus på både epidemiologiske og kurative aspekter.

Refleksjoner

Både lege, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut undersøker og veileder pasientene, men det er manglende tverrfaglig samkjøring. Fysioterapeutene har ikke hatt anledning til å følge opp pasientene etter utredningen, og dette er en stor frustrasjon. Således kan vi ikke vite om våre råd og tiltak har hatt ønsket effekt. Legene, derimot, har etterkontroll fra oktober 09.

Jeg tror at mange CFS-pasienter ofte sliter med ubevisste psykiske, sosiale eller familiære problemer. De kan selvfølgelig også få psykiske problemer av langvarig utmattelse.

Psykologen Chalder fra England hevdet på CFS-konferansen i 2008 at unge CFS-pasienter svært ofte hadde problemer med å identifisere følelser som for eksempel sinne, sorg, savn, skuffelse og sjalusi. Ungdommene vil sannsynligvis profitere mest på behandling hos en fysioterapeut som er spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, men ventelistene hos slike terapeuter er lange. En fysioterapeut som har satt seg grundig inn i lidelsen, har empati og ikke presser pasientene for hardt, vil nok også kunne lykkes.

Mitt subjektive inntrykk er at hodepinen kommer mest sannsynlig av for lite oksygen til hjernen grunnet høycostal respirasjon

med anspente og svake nakke- og kjevemusklere. Dette er på bakgrunn av mine funn hittil, som hverken er systematisert, validerte eller reliabilitetstestet.

Når flere medlemmer i en familie har CFS/ME, kan det indikere både genetiske og miljømessige forklaringer, som «lært» atferd i familien eller andre ukjente miljøfaktorer.

Lightning Prosess/utmattelse/fibromyalgi/depresjon/angst/spiseforstyrrelser

Noen pasienter har blitt verre etter LP og gått inn i en dyp depresjon. Noen ME-pasienter hevder at hvis ME-pasienten er blitt frisk av LP, har ikke pasienten hatt ekte ME. Hva er så ekte og hva er uekte ME? Dette er jo en symptomdiagnose basert på pasientens egne utsagn og beskrivelser.

Symptomene ved CFS er mye sammenfallende med de symptomene som beskrives hos fibromyalgipasientene, men ved CFS er utmattelsen mest uttalt, mens ved fibromyalgi er smertene mest uttalte. Det hevdes blant kolleger at antallet fibromyalgipasienter synker, og antallet CFS/ME-pasienter øker. Hvor har det blitt av fibromyalgipasientene? Og hvorfor øker CFS-pasientene? Er det noen sammenhenger her?

Mange av symptomene ved CFS/ME kan også minne mye om symptomene ved depresjoner eller angstlidelser, men de fleste fagpersoner er enige om at CFS/ME ikke er en depresjon eller angstlidelse, og noen pasienter ble verre etter bruk av antidepressive medisiner. Derimot kan pasientene utvikle en depresjon i kjølvannet av utmattelsen, da det sliter veldig psykisk å være så dårlig så lenge. En stor del av CFS/ME-pasientene har likevel noe angstproblematikk, uten at de får diagnosen angstlidelse.

Psykiater Finn Skårderud har hevdet at det kan synes som om antallet pasienter med spiseforstyrrelser øker jo mer vi snakker om spiseforstyrrelser. Jeg undres om dette også gjelder utmattelse, siden lidelsen ser ut til å øke veldig de senere årene etter mye medieomtale.

Fysioterapeutens rolle

Som fysioterapeuter har vi en unik mulighet til å komme nær innpå pasientene gjennom både verbal og annen kommunikasjon, observasjon og palpasjon. Dette gir oss en bredde og dybde til å vurdere hele mennesket som et fysisk, psykisk og sosialt individ, og vi kan lære pasientene gode teknikker for å få en optimal respirasjon for å roe stressre-

aksjonene. Med våre kunnskaper om fysisk aktivitet og helse kan vi legge opp et fysisk treningsprogram sammen med pasientene. Vi kan også inspirere dem til å gå i samtaleterapi/kognitiv terapi, noe mange kvier seg for.

Avslutning

Ungdom med CFS mottas nå til dagsutredning på OUS av et tverrfaglig team med lege, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Mine erfaringer etter samtaler med leger, egne undersøkelser og samtaler med pasientene bekrefter en fysisk, psykisk, sosial- og miljøbetting årsaksforklaring. Kroppen kan ha blitt stresset fra så vel langvarige infeksjoner, overtrening, psykisk stress ved familieproblemer, død og alvorlig sykdom og sosialt stress som mobbing. Hodepine og stramme nakke- og kjevemusklér samt høycostal respirasjon kjennetegner mange av pasientene. Anbefalte tiltak i dag er fysioterapi inkludert gradert trening, avspenning og pusteøvelser samt aktivitetstilpasning og kognitiv terapi. Grunnet manglende etterkontroll vet vi ikke om tiltakene har ønsket effekt, men egne og kollegers subjektive inntrykk er at egnet fysioterapi kan være til hjelp og støtte for denne gruppen.

Litteratur

1. Wyller VB. The pathophysiology of chronic fatigue syndrome in adolescents. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, 2007.
 2. Wyller VB. The chronic fatigue syndrome - an update. Review. Acta Neurol Scand 2007;115:7-14.
 3. Chalder T, Deary V, Hussain K, et al. Family focused cognitive behavior therapy versus psycho education for chronic fatigue Syndrome in 11 to 18 years olds. Psychol Med 2009; 1-114.
 4. Wallman KE, Morton AR, Goodman C, et al. Exercise prescription for individuals with chronic fatigue syndrome. Med J Aust 2005;183(3):142-3. Review.
 5. Parker P. www.lightningprocess.com
 6. Johnsen H. ME - ung og utmattet. Fysioterapeuten 2009;2:26-33.
 7. Larun L, Wyller VB. Kronisk Utmattelsessyndrom hos Barn og Ungdom. Barnestafetten 2008;53:22-5.
 8. Sætre E. Erfaringer i forhold til CFS/ME. Barnestafetten 2008;54:24-39.
 9. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sc Sports Exerc 1982;14(5): 377-81.
- Andre bøker og nyttige adresser

Appendix

Fysioterapeutisk undersøkelse av pasienter med kronisk utmattelse

Henvist av Dr.:
Sykdomsdebut:
Aktuell situasjon:
Skolegang:
Aktivitetsnivå:
Venner:
Søvn:
Kosthold:
Tidligere fysioterapi:

Undersøkelse

- Inspeksjon: stående, sittende og liggende:
- Gange, tå/ helgang, huksittende, (evt. hinke, hoppe, løpe hvis pasienten orker)
- Respirasjonsmønster: I sittende, stående og liggende:
- Columna: leddutslag i sittende og stående og svikt ved ventralfleksjon:
- Cervicalcolumna: leddutslag i sittende og i stående og svikt ved ventralfleksjon:
- Dobbel armsving i stående:
- Diagonal armpending:
- Diagonal arm- og benløft i firefots knestående:
- Push ups fra knærne:
- Situps:
- Diagonal arm- og benløft i knefirfotstående:
- Ryggløft fra mageleie:
- Avpenningsevne, armristing, benrugging i liggende:
- Passive leddutslag i hofter og skuldre:
- Aktive og passive leddutslag i og rygg og nakke:
- Palpasjon av muskulatur, særlig i nakke, rygg, buk, tinning og kjeve:

Konklusjon

Forslag til fysioterapibehandling:

Byrne R. Hemmeligheten. Oslo: Damm, 2007.
Chalder T, Hussain K. Self help for chronic fatigue syndrome. Oxon: Blue Stallion Publications, 2002.
Hatcher L. I'm not crazy, I'm just a little unwell. My journey through chronic fatigue syndrome. London: Strand Publishing, 2005.
Magelssen M. Pust for livet. Oslo: Capri, 2008.

Parker P. An Introduction to the Lightning Process. London: Nipton Publishing, 2007.

Hjemmesiden til CFS-teamet: www.rikshospitalet.no/cfs
Treningsveileder: www.cfstreningsbehandling.no
Avspenningskassetter: www.pepp.no



Alt innen idrettsmedisinsk materiell, treningsartikler, ortoser, behandlingsbenker, såler etc. Vi arrangerer en rekke kurs innen Kinesio Taping, Formthotics sålekonsept, trening etc.

www.alfacare.no - tlf: 35 02 95 95