

Høringsinnspill

Trygge og kunnskapsbaserte retningslinjer for langvarig utmattelse og ME/CFS

Takk for muligheten til å gi innspill. Dette innspillet bygger på erfaringer fra langvarig postviral sykdom og på gjennomgang av relevant forskning om long covid og ME/CFS.

Erfaring viser at selv pasienter som får god utredning, tett oppfølging og i praksis gjør «alt riktig», ikke nødvendigvis oppnår vesentlig bedring. Det understreker behovet for retningslinjer som hjelper helsepersonell å skille mellom pasientgrupper, unngå råd som kan forverre tilstanden, og gi støtte som faktisk er nyttig. For mange vil dette ikke handle om helbredelse, men om riktig forståelse, symptomlindring, stabilisering og best mulig bevaring av funksjon.

Dette er særlig viktig for pasienter som er avhengige av at det offentlige tjenestetilbudet bygger på en trygg og oppdatert forståelse av sykdomsmekanismer, inkludert belastningsutløst symptomforverring (PEM).

1. PEM, pacing og pasientsikkerhet - behov for klinisk presisjon

Jeg bruker betegnelsene long covid og ME/CFS om tilstander der post-exertional malaise (PEM) er et sentralt kjennetegn. PEM har avgjørende betydning for toleranse for belastning og valg av tiltak.

For pasienter med PEM kan feil råd om aktivitet føre til betydelig og varig funksjonsfall. Tydelig differensiering i retningslinjene er derfor et spørsmål om pasientsikkerhet.

PEM kjennetegnes blant annet av en forsinket og ofte uforholdsmessig symptomforverring etter belastning, som ikke lar seg forklare av vanlig tretthet eller dekondisjonering. Dette mønsteret er beskrevet i internasjonale diagnosekriterier som International Consensus Criteria (ICC, 2011), og støttes av studier som viser redusert funksjon ved gjentatt belastning (to-dagers CPET).

Retningslinjene må skille klart mellom pasientgrupper med og uten PEM. Dette er ikke bare en gradforskjell i utmattelse, men en fundamental forskjell i sykdomsdynamikk og toleranse for belastning.

For pasienter med PEM må aktivitetsavpassing (pacing) være den sentrale tilnærmingen, der målet er stabilisering, forebygging av forverring og bevaring av funksjon – ikke gradvis aktivitetsøkning. Råd om økt aktivitet må derfor ikke gis til pasienter der belastning utløser eller forverrer PEM

En vesentlig mangel i dagens oppfølging er at helsevesenet ofte forstår aktivitet og belastning nesten utelukkende som fysisk anstrengelse. For pasienter med PEM

utgjør kognitive, sosiale, emosjonelle og sensoriske belastninger (som lyd, lys, problemløsning eller samtaler) et like stort og utmattende trekk på det samme begrensede energibudsjettet.

Autonom dysfunksjon kan i tillegg føre til at fysiologisk og emosjonelt stress holder nervesystemet i en vedvarende aktivert tilstand, noe som forlenger energitapet lenge etter at den utløsende hendelsen er over. Retningslinjene må derfor etablere en helhetlig definisjon av aktivitet og belastning. Det må tydeliggjøres at pacing og skjerming også gjelder mentale og sensoriske stimuli, og at stressreduksjon er et avgjørende medisinsk tiltak, ikke bare et generelt velværeråd.

Det er også avgjørende at retningslinjene belyser hvordan standard aktivitetskartlegging ofte feiler ved ME/CFS, fordi den leter etter en umiddelbar sammenheng mellom aktivitet og utmattelse. Ved PEM oppstår symptomforverring ofte først 24–72 timer etter belastning, eller som følge av akkumulert belastning over flere dager. Dette skiller seg fundamentalt fra normal slitenhet, som oppstår i nær tilknytning til selve aktiviteten. Retningslinjene bør derfor veilede i bruk av kartleggingsverktøy som fanger opp forsinkede reaksjoner. Uten bevissthet om dette vil helsepersonell kunne trekke feil konklusjoner om pasientens tåleevne.

Siden toleransegrensen ofte er vanskelig å identifisere på grunn av forsinket symptomrespons, bør retningslinjene også anerkjenne bruk av enkle former for velferdsteknologi og biometriske data som støtte i klinisk oppfølging. For enkelte pasienter kan målinger av hvilepuls, hjerterefrekvensvariabilitet (HRV) eller andre fysiologiske indikatorer gi et mer stabilt og objektivt grunnlag for aktivitetsavpassing enn subjektiv symptomregistrering alene. Slike data fra smartklokker eller apper bør ses som et supplement til klinisk vurdering, ikke en erstatning.

Mange pasienter utvikler også individuelle tidlige varselsignaler på overbelastning, som endringer i hvilepuls, HRV, smertebilde eller sensoriske symptomer. Økt bevissthet rundt slike signaler kan være et nyttig supplement i aktivitetsavpassing.

Et typisk forløp er at en pasient øker aktiviteten etter råd om opptrapping og opplever forverring ett til tre døgn senere, med redusert funksjon i flere uker. Ved slike reaksjoner må all aktivitetsøkning stanses umiddelbart og behandlingsplanen revurderes.

Erfaringer fra rehabiliteringsopphold viser at manglende kunnskap om PEM i enkelte tilfeller kan føre til råd om å ignorere symptomer og øke aktivitetsnivået, noe som kan gi betydelig forverring. Retningslinjene bør derfor stille krav om at helsepersonell gjør en eksplisitt vurdering av PEM og alvorlighetsgrad i journal før det gis anbefalinger om aktivitetsøkning.

Det bør utvises særlig aktsomhet ved kliniske triggersignaler som vedvarende økning i hvilepuls, markant økt tretthet eller et forverret ortostatisk symptom-bilde, herunder mistanke om Postural Ortostatisk Takykardi Syndrom (POTS). Dette er i

tråd med det grunnleggende medisinske prinsippet om å unngå skade og bør være styrende for all oppfølging av pasienter med PEM.

2. Aktivitet ved vedvarende utmattelse – behov for føre-var-prinsipp

Anbefalinger om aktivitet ved vedvarende utmattelse har i stor grad vært basert på generelle prinsipper om gradvis opptrapping, uten tilstrekkelig differensiering mellom pasientgrupper.

For pasienter med long covid og ME/CFS, og særlig ved tilstedeværelse av PEM, kan aktivitet over egen tålegrense føre til forverring og mer langvarige sykdomsforløp. Dette samsvarer både med klinisk erfaring og kunnskap fra forskning på post-exertional malaise.

Det er derfor grunn til å anbefale tydeligere og mer konservative råd om aktivitet over terskel. Retningslinjene bør reflektere denne usikkerheten og legge større vekt på føre-var-prinsippet, særlig ved vedvarende symptomer eller tegn til systemisk påvirkning.

Dette har også en viktig samfunnsmessig dimensjon. Når pasienter med PEM møtes med udiffensierte råd om rask retur til aktivitet, er det risiko for at et potensielt reversibelt funksjonsfall blir langvarig eller permanent.

Kunnskapsbasert aktivitetsavpassing er derfor ikke et uttrykk for passivitet, men en aktiv strategi for å bevare funksjon og arbeidsevne. Presise og trygge retningslinjer kan dermed bidra til å redusere risiko for varig funksjonstap og uførhet.

OECD har nylig dokumentert at long covid medfører betydelige helse- og samfunnskostnader, og peker samtidig på store forskjeller mellom land og hvordan pasientgruppen blir identifisert og fulgt opp. OECD fremhever også behov for bedre organisering av helsetjenester, tydeligere diagnostikk og mer koordinert oppfølging. Dette er nødvendig for tydelige, kunnskapsbaserte retningslinjer som sikrer en mer ensartet og faglig forankret praksis.

3. Forebygging av diagnoseglidning

Ikke alle postvirale forløp utvikler seg til ME/CFS. Enkelte pasienter kan bli bedre av tiltak som fungerer for dem, men som ikke er relevante for pasienter med PEM, og som i noen tilfeller kan føre til forverring i denne gruppen.

Når slike forløp brukes som eksempler på hva som kan kurere ME/CFS, kan det gi et misvisende bilde av effekt, skape urealistiske forventninger og føre til feil tiltak både i helsevesenet og i forvaltningen.

Retningslinjene bør derfor tydeliggjøre hvilke råd og erfaringer som gjelder hvilke pasientgrupper.

Retningslinjene må sikre at behandlingsanbefalinger ikke bygger på generaliseringer mellom ulike pasientgrupper. Effekt av tiltak må vurderes opp mot klart definerte tilstander, særlig med hensyn til tilstedeværelse av PEM.

4. Forståelse av sykdom og risiko for feiltolkning

Retningslinjene bør ikke gi støtte til forståelsesmodeller der ME/CFS fremstilles som en tilstand som i stor grad kan påvirkes gjennom tankemønstre eller viljestyrke alene.

Kognitive og mentale teknikker kan ha en plass i mestring og tilpasning til sykdommen, men bør ikke fremstilles som tiltak som i seg selv påvirker den fysiske belastningstoleransen eller den underliggende sykdomsprosessen.

Det er et viktig skille mellom mestring av sykdom og behandling av sykdom. Når dette skillet blir uklart, øker risikoen for feilforståelse og feilbehandling. I tråd med NICE-retningslinjene (2021) må det presiseres at kognitive teknikker kan være nyttige for å håndtere belastningen ved å leve med kronisk sykdom, men at slike verktøy ikke utgjør behandling av den underliggende tilstanden.

God oppfølging bør også støtte pasientens arbeid med å forstå og tilpasse seg sykdommens rammer. Uten en realistisk forståelse av egen belastningstoleranse er det vanskelig å oppnå stabilisering og mestring.

Når en alvorlig fysisk sykdom ikke forstås, er det også risiko for at symptomer tolkes som psykiske eller motivasjonsrelaterte. Dette kan føre til mistillit og tiltak som ikke er medisinsk forsvarlige, og i noen tilfeller til betydelige psykiske tilleggsvansker. Retningslinjene bør derfor bidra til en faglig forankret, helhetlig og respektfull tilnærming, der biologiske forhold gis en tydelig plass.

Retningslinjene bør også formidle håp på en faglig ansvarlig måte. For pasienter med PEM bør håp ikke knyttes til forestillinger om at positiv tenkning, viljestyrke eller økt aktivitet alene kan reversere sykdommen. Et mer realistisk og nyttig håp ligger ofte i presis sykdomsforståelse, aksept, aktivitetsavpassing, symptomlindring og bevaring av funksjon.

5. Barn og unge

Barn og unge med PEM er særlig sårbare, og symptomer kan feiltolkes som psykiske vansker, skolevegring eller manglende motivasjon. Retningslinjene bør tydelig beskrive PEM i denne gruppen og sikre at tiltak tilpasses barnets tålegrenser, med

vekt på skjerming fremfor press om aktivitet. Samarbeid mellom skole, helse og familie bør bygge på medisinsk vurdering og unngå sanksjoner ved dokumentert sykdom.

6. Behandling og medisiner

Det finnes per i dag ingen kurativ behandling for long covid eller ME/CFS. Samtidig kan symptomlindring ha avgjørende betydning for pasientenes livskvalitet og funksjon.

I praksis gjelder dette blant annet søvnforstyrrelser, smerter, kognitive vansker (hjernetåke), autonom dysfunksjon som hjertebank eller ortostatisk intoleranse, samt sensoriske plager som lyd- og lysfølsomhet.

Flere aktuelle behandlinger brukes off-label. Enkelte behandlingsformer kan kreve henvisning til spesialist. Manglende kunnskap og usikkerhet hos fastleger gjør at pasienter ikke får prøvd ut tiltak som kan gi lindring. I tillegg kan manglende refusjonsordninger gjøre kostnadene betydelige.

Som en konsekvens opplever mange pasienter å måtte finne mer praktisk støtte og råd gjennom pasientnettverk enn i helsevesenet. Dette understreker behovet for styrket kompetanse og trygg veiledning fra helsepersonell, slik at pasienter ikke overlates til å navigere komplekse behandlingsvalg uten faglig støtte.

Retningslinjene bør derfor støtte en mer pragmatisk og kunnskapsbasert tilnærming til utprøving av symptomlindrende behandling innenfor trygge rammer. Eksempelvis bør det være lav terskel for å vurdere tiltak mot søvnforstyrrelser, gi smertelindring og behandling av ortostatisk intoleranse der dette er klinisk sannsynlig.

7. Bedre registrering for rettssikkerhet og forskning

Dagens registreringspraksis knyttet til diagnosekoder gir et fragmentert og til dels misvisende bilde av forekomsten av long covid og ME/CFS. Mange pasienter kodes med generelle symptomer som «A04 Tretthet/slapphet» eller tildeles psykiske diagnoser som ikke reflekterer den underliggende biologien.

Retningslinjene må derfor gi tydelig veiledning i bruk av diagnosekoder som skiller postvirale tilstander og ME fra generell utmattelse, i tråd med at WHO i ICD-11 klassifiserer postviralt utmattelsessyndrom som en nevrologisk tilstand (ICD-11: 8E49), hvor ME inngår. Korrekt koding er avgjørende for pasientenes rettssikkerhet i møte med både helsevesen og NAV, der en spesifikk og faglig forankret diagnose ofte er avgjørende for videre oppfølging.

Videre bør retningslinjene stille krav om standardisert journalføring som eksplisitt registrerer tilstedeværelse av PEM, tidspunkt for symptomdebut og alvorlighetsgrad.

Et særskilt problem er at testing i akutfasen av infeksjon i Norge i mange tilfeller ikke anbefales eller gjennomføres. Dette gjør det i ettertid vanskelig å dokumentere en postviral årsakssammenheng. Når slik dokumentasjon mangler, blir det vanskeligere for både pasient og helsepersonell å forstå sykdomsforløpet og vurdere riktige tiltak.

Retningslinjene bør derfor tydeliggjøre at postviral årsakssammenheng også må kunne vurderes og dokumenteres på bakgrunn av sykehistorie og klinisk vurdering, slik at fravær av test ikke i seg selv svekker grunnlaget for diagnostikk og oppfølging.

Uten en bevisst praksis rundt dette vil pasienter med PEM i stor grad registreres under generelle utmattelsestilstander. Dette gjør det vanskelig å skille dem fra andre pasientgrupper både i klinikk og forskning, og svekker dermed grunnlaget for målrettet oppfølging, kunnskapsutvikling og prioritering.

Det er samtidig behov for mer systematisk registrering av forverring etter tiltak. I dag fanges negative effekter av behandling i liten grad opp på en strukturert måte, noe som gjør det vanskelig å lære av erfaring og forebygge behandlingsutløst forverring (iatrogen skade). Manglende presis registrering og differensiering svekker ikke bare den enkelte pasients forløp, men også grunnlaget for å evaluere effekt av tiltak på systemnivå og videre kunnskapsutvikling på feltet.

8. Oppdatert kunnskapsgrunnlag og kompetanse

Retningslinjene bør reflektere nyere biomedisinsk forskning på long covid og ME/CFS, blant annet knyttet til immunologiske forhold, energimetabolisme og autonom dysfunksjon.

Det er økende forståelse for at både ME/CFS og long covid består av ulike undergrupper med forskjellig sykdomsmekanisme og symptomprofil. Forskning og internasjonale konsensusrapporter (som Nacul et al., 2021) understreker tydelig behovet for å identifisere slike undergrupper. Dette vil bidra til mer målrettet oppfølging, redusere unødvendig utprøving av lite relevante tiltak og gi pasientene et mer realistisk og avgrenset sykdomsbilde.

Dette bør følges opp med styrket kompetanse i primærhelsetjenesten og bedre differensiering mellom pasientgrupper. Det vil redusere risiko for feilbehandling, styrke tilliten mellom pasienter og hjelpeapparat og bidra til en tryggere og mer kunnskapsbasert praksis.

Formålet med helsehjelp er å forbedre helse, sikre forsvarlig behandling og gi likeverdig tilgang. For pasienter med ME/CFS og long covid er dette ikke alltid gjenkjennelig i praksis. Ulik forståelse av sykdommen kan føre til at pasienter møtes med lavere grad av faglig forankret oppfølging enn ved andre tilstander. Retningslinjene bør bidra til å redusere denne variasjonen og sikre mer likeverdige tjenester.

Konklusjon og anbefaling

For å sikre en trygg, kunnskapsbasert og faglig forsvarlig tjeneste for pasienter med langvarig utmattelse, ber jeg om at de nye retningslinjene:

1. Definerer PEM som et obligatorisk skillekriterium for valg av tiltak.
2. Fraråder bruk av gradert aktivitetstilpasning (GET) for pasienter med PEM.
3. Anerkjenner pacing og fysiologiske målinger (f.eks. HRV og puls) som legitime støtteverktøy i klinisk oppfølging.
4. Sikrer at kognitive verktøy kun rammes inn som mestringsstøtte, ikke kurativ behandling.

I lys av internasjonale funn som viser betydelige samfunnskostnader og store variasjoner i oppfølgingen av denne pasientgruppen, bør Norge etablere retningslinjer som bygger på et oppdatert og solid kunnskapsgrunnlag. Når retningslinjene nå skal ferdigstilles, gir det en viktig mulighet til å gjøre dem tydeligere, mer helhetlige og bedre faglig forankret, slik at de gir et tryggere og mer presist grunnlag for diagnostikk, oppfølging og pasientsikkerhet.

Høringsutkastet slik det foreligger i dag, fremstår ikke som tilstrekkelig oppdatert, grundig eller tydelig. Nettopp derfor er det avgjørende at den videre bearbeidingen styrker det faglige grunnlaget, presiserer anbefalingene og sikrer at de endelige retningslinjene i større grad gjenspeiler dagens kunnskap.

Utvalgte kilder:

Retningslinjer, diagnosekriterier og PEM

Anerkjenner PEM som et kjernesymptom ved ME/CFS og fraråder programmer med faste, gradvise økninger i aktivitet som behandling for personer med denne tilstanden

NICE guideline (2021): Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng206>

Oppsummerer sykdommens alvorlighet, funksjonstap og biologiske karakter, og anbefaler en ny forståelse av ME/CFS

Institute of Medicine (2015): Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness

<https://nap.nationalacademies.org/catalog/19012/beyond-myalgic-encephalomyelitis-chronic-fatigue-syndrome-redefining-an-illness>

Etablerer post-exertional neuroimmune exhaustion/post-exertional malaise som et obligatorisk diagnostisk kriterium og beskriver sykdommen som multisystemisk

Carruthers et al. (2011): Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x>

Argumenterer for at psykosomatiske forklaringsmodeller for ME/CFS ikke er i tråd med dagens evidensgrunnlag og kan skade pasienter gjennom feilforståelse og feilbehandling

Thoma et al. (2023): Why the Psychosomatic View on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Is Inconsistent with Current Evidence and Harmful to Patients

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10819994/>

Post-exertional malaise (PEM) og belastningsrespons

Beskriver symptomprofil, tidsforløp og variasjon i PEM, og viser at symptomforverring ofte er forsinket og langvarig

Chu et al. (2018): Deconstructing post-exertional malaise in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: A patient-centered, cross-sectional survey

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29856774/>

Beskriver karakteristisk belastningsrespons etter anstrengelse og viser at responsen skiller seg tydelig fra det man ser hos friske, stillesittende kontrollpersoner

VanNess et al. (2010): Postexertional malaise in women with chronic fatigue syndrome

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20095909/>

Objektiv fysiologi og to-dagers CPET

Viser at objektive metabolske og arbeidsfysiologiske målinger ved CPET kan skille ME/CFS-pasienter fra friske personer

Snell et al. (2013): Discriminative validity of metabolic and workload measurements for identifying people with chronic fatigue syndrome

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23813081/>

Viser manglende evne til å gjenskape tidligere ytelse ved gjentatt belastning, noe som understøtter objektiv funksjonssvikt ved PEM

Keller et al. (2014): Inability of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome patients to reproduce VO₂peak indicates functional impairment

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24755065/>

Long covid og overlapp med ME/CFS

Oppsummerer betydelig symptomatisk og biologisk overlapp mellom ME/CFS og long covid og gir en samlet oversikt over litteraturen

Komaroff & Lipkin (2023): ME/CFS and Long COVID share similar symptoms and biological abnormalities: road map to the literature

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10278546/>

Gir en bred forskningsbasert oversikt over long covid, inkludert sentrale funn, mulige mekanismer, overlapp med andre postinfeksiøse tilstander og anbefalinger for forskning og oppfølging

Davis et al. (2023): Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations

<https://www.nature.com/articles/s41579-022-00846-2>

Biologiske mekanismer (immunologi, metabolisme, autonom funksjon)

Presenterer en samlende biologisk hypotese for ME/CFS, med vekt på blant annet vaskulær dysregulering, hypoperfusjon og immunologiske mekanismer

Wirth & Scheibenbogen (2020): A Unifying Hypothesis of the Pathophysiology of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): Recognitions from the finding of autoantibodies against β 2-adrenergic receptors

<https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102527>

Beskriver mikrosirkulatoriske og koagulasjonsrelaterte avvik, inkludert fibrin amyloid microclots og trombocytforandringer, hos personer med long covid/PASC

Pretorius et al. (2022): Prevalence of symptoms, comorbidities, fibrin amyloid microclots and platelet pathology in individuals with Long COVID/Post-Acute Sequelae of COVID-19 (PASC)

<https://cardiab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12933-022-01579-5>

Pacing, autonom svikt og klinisk håndtering

Gir en autoritativ klinisk oversikt over symptomlindring og håndtering av ME/CFS, inkludert aktivitetsavpassing/pacing for å redusere PEM

CDC (2024): Manage Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome

<https://www.cdc.gov/me-cfs/management/index.html>

Dokumenterer ortostatisk intoleranse og kronotropisk inkompetanse ved ME/CFS, med relevans for belastningstoleranse og aktivitetsråd

Miwa (2023): Orthostatic Intolerance and Chronotropic Incompetence in Patients With Myalgic Encephalomyelitis or Chronic Fatigue Syndrome

https://www.jstage.jst.go.jp/article/circrep/5/2/5_CR-22-0114/_article/-char/en

Digitale biomarkører og teknologi

Viser at digitale fysiologiske mål kan predikere symptomendringer innen samme person ved kompleks kronisk sykdom, og støtter bruk av objektive målinger i oppfølging

Aitken et al. (2026): Digital physiological biomarkers predict within-person symptom changes in complex chronic illness

<https://www.nature.com/articles/s41746-026-02543-3>

Oppsummerer hvordan wearable-teknologi kan brukes til monitorering og håndtering av long covid

Khondakar & Kaushik (2022): Role of Wearable Sensing Technology to Manage Long COVID

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9855989/>

Heterogenitet og behov for bedre diagnostikk og tjenestetilbud

Samler europeisk ekspertkonsensus og gir anbefalinger om diagnostikk, tjenestetilbud og oppfølging av personer med ME/CFS i Europa

Nacul et al. (2021): European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe

<https://www.mdpi.com/1648-9144/57/5/510>

Internasjonale analyser av samfunnskostnader og helsesystemrespons

Dokumenterer omfang, konsekvenser og samfunnsøkonomiske implikasjoner av long covid på tvers av OECD-land

OECD (2024): The impacts of long COVID across OECD countries

https://www.oecd.org/en/publications/the-impacts-of-long-covid-across-oecd-countries_8bd08383-en.html

Gir policyanbefalinger og analyser av kostnader, organisering og behov for bedre oppfølging og helsetjenester for personer med long covid

OECD (2026): Addressing the Costs and Care for Long COVID

https://www.oecd.org/en/publications/addressing-the-costs-and-care-for-long-covid_87a0c171-en/full-report.html