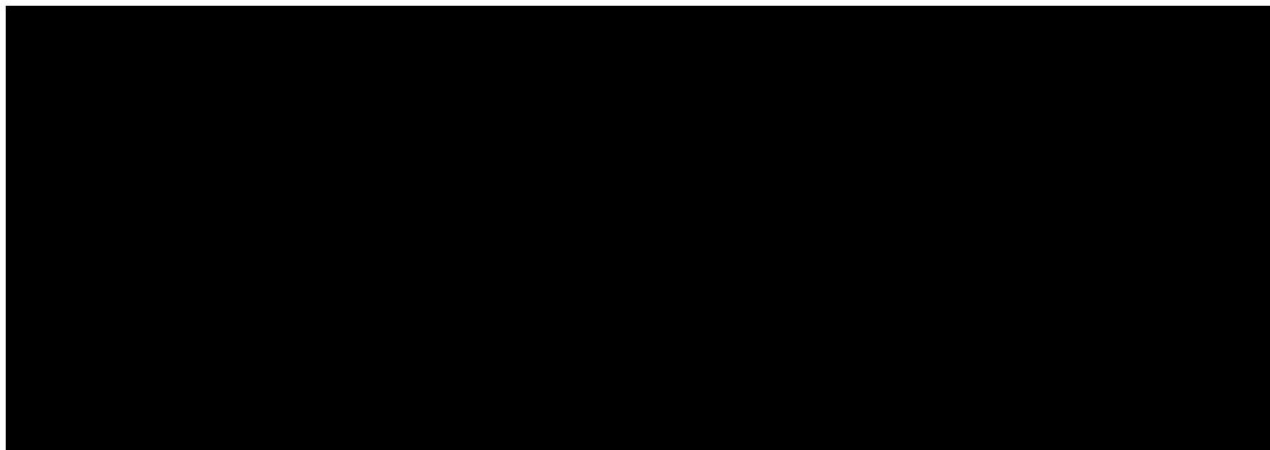


Fra: Rune Karlson <rune@karlsonpsykologene.no>
Sendt: torsdag 23. april 2026 12:24
Til: Mona Svanteson <Mona.Svanteson@helsedir.no>
Emne: Høringsinnspill

You don't often get email from rune@karlsonpsykologene.no. [Learn why this is important](#)

Hei Mona,



Her er høringsinnspillet:

Når den nasjonale veilederen nå oppdateres bør Overbelastningsforårsaket kronisk utmattelse (OKU) skilles ut som egen form for CFS/ME. Denne formen for kronisk utmattelse kan kureres på relativt kort tid dersom de berørte mottar hensiktsmessig rådgivning fra helseprofesjonelle.

Innledning

Ved vår klinikk i Stavanger har vi over mange år erfart at kronisk utmattelse som følge av overbelastning (nedenfor referert til som OKU) er en egen type CFS/ME som, i motsetning til gjeldende oppfatning (for eksempel Helsedirektoratets Nasjonale veileder, 2015), kan kureres. Det største problemet med den aktuelle nasjonale veilederen er at den ikke skiller mellom denne formen for CFS/ME og kroniske utmattelser som har andre årsaker og følgelig ikke bidrar til å gjøre helseprofesjonelle i stand til å gi hensiktsmessig og produktiv rådgivning til personer med denne typen CFS/ME.

Tegn/symptomer på OKU er i stor grad overlappende med det som generelt kjennetegner CFS/ME (e.g. Carruthers et al., 2003). Ved siden av vedvarende fysisk og mental slitenhet/fatigue som vesentlig reduserer aktivitetsnivå, påfallende tap av fysisk og mental utholdenhet og økning av ulike tegn/symptomer etter aktiviteter som ikke normalt ville ha slike konsekvenser, kognitive problemer, økt emosjonell reaktivitet, muskel- og leddsmerter, hodeverk, kvalme, feberfølelse, sykdomsfølelse, sår hals og overfølsomhet for kulde og varme, for å nevne noen av de vanligste tegnene, peker vår erfaring i retning av at personer med OKU til en viss grad avviker ved å i all hovedsak plages av lyd- heller enn av lysømfintlighet, og at svimmelhet også forekommer uavhengig av stillingsbetinget lavt blodtrykk.

For å gjennomføre en mest mulig presis diagnostisk vurdering, og for å skille personer med OKU fra personer med andre typer CFS/ME, er et grundig klinisk intervju med fokus på den totale livssituasjonen i tidsperioden som ledet frem til utmattelsen nødvendig. Dersom andre mulige årsaker til den abnormale utmattelsen er utelukket (e.g. fysiske eller psykiske sykdommer, eksponering for miljøgifter, infeksjoner og annet), ekstraordinær privat og/eller profesjonell overbelastning har preget livssituasjonen frem til hel eller delvis sykmelding, og de karakteristiske tegnene på CFS/ME er til stede, kan det fremsettes en diagnostisk hypotese om OKU.

Vi erfarer at det er ansvar for andre mennesker, og særlig barn, på private og/eller profesjonelle arenaer, som i majoriteten av tilfeller utgjør belastningen som fører til OKU. Samfunnets etiske og juridiske krav til personer som oppdrar, underviser, følger opp, og behandler barn og ungdom, har skjerpet seg betydelig de siste to tiårene, med det som konsekvens at ansvarsbyrden har økt markant for foreldre, personell i barnehager, lærere, og helseprofesjonelle, for å nevne noen. Lignende endring har også funnet sted i måten samfunnet behandler andre rettighetsgrupper, og tilsvarende situasjon kjennetegner også land vi kan sammenligne oss med. I USA utstedte helsedirektøren nylig en alvorlig bekymring for helsesituasjonen til amerikanske foreldre som følge av belastningen knyttet til oppfølging av barn (*Parents under Pressure*, 2024).

Effekten av denne gradvise, men både vesentlige og hurtige endringen, har det siste drøye tiåret blitt ytterligere aksentuert av en gjennomgripende digital tilgjengelighet som følge av smarttelefoner og andre enheter med tilhørende sosiale apper.

Hva er OKU?

OKU er et fysiologisk problem og handler om at hjernen som fysisk organ er destruktiv påvirket og fungerer stadig dårligere. OKU er ikke et psykisk problem, men resultatet av en pågående og vedvarende livssituasjon der ansvarsbyrden i døgnetts våkne timer er for stor til at hjernen i de sovende timene kan gjennomføre *helereparasjons-* og vedlikeholdsjobben som er nødvendig for at den, den påfølgende dagen, skal kunne opprettholde et 100% funksjonsnivå. Når en slik ikke bærekraftig bruk av hjernen gjentar seg døgn etter døgn, akkumuleres gradvis et underskudd av nødvendig reparasjon og vedlikehold, den fysiologiske tilstanden til hjernen forringes og dens funksjonsnivå synker mens ulike symptomer/tegn på CFS/ME dukker opp. Den aktuelle teorien har som grunnleggende premisse at hjernen må fullføre *hele* reparasjons- og vedlikeholdsjobben fra døgn til døgn for å kunne opprettholde optimal fungering.

Her er et utdrag fra boken «Overbelastningsforårsaket Kronisk Utmattelse» som omtaler dette:

OKU inntreffer når hjernen din ikke klarer å hente seg helt inn etter dagens belastninger, og dette pågår over lang tid. Den klarer kanskje å hente inn det aller mest nødvendige, men ikke nok til å komme helt på plass igjen.

Når hjernen belastes så tungt i løpet av døgnets 16 våkne timer at den ikke har mulighet til å utføre tilstrekkelig reparasjons- og vedlikeholdsarbeid i de 8 sovende timene, starter en destruktiv prosess som jeg skal kalle en ikke bærekraftig bruk av hjernen. Under ikke bærekraftig bruk går hjernen på mikrounderskudd av reparasjons- og vedlikeholdsarbeid dag etter dag, og når dette skjer over lang tid, reduseres hjernens funksjonsnivå sakte, men sikkert. Det er dette som er veien ned i utmattelse.

OKU er en tilstand som til en viss grad er analog til søvndeprivasjon, der hjernens reparasjons- og vedlikeholdsvirksomhet – som kun kan skje i sovende tilstand – blir frustrert. Grunnforskning har vist at etter flere døgners søvndeprivasjon fungerer hjernen stadig dårligere, mens ulike former for ubehag og problemer tiltar som i stor grad tilsvarer plagene som gjør seg gjeldende hos personer med OKU, og at selv sterk motivasjon, slik vi også ser hos personer med OKU, ikke lenger er nok til at vesentlig søvndepriverte personer klarer å utføre enkle arbeidslignende oppgaver.

Behandling av OKU

Selv om hjernen, både i en søvndeprivert tilstand og i OKU, trenger å utføre vedlikeholds- og reparasjonsarbeid for å komme tilbake til et optimalt funksjonsnivå, er adekvat eller til og med stort søvnvolum langt fra tilstrekkelig for å komme seg ut av OKU. Vår kliniske erfaring har konsekvent pekt i retning av at den kurative ingrediensen i behandling av OKU er *frihet fra ansvar for andre mennesker*, og særlig nærmeste familie, i løpet av døgnets våkne timer.

Ansvarsfrihet er ikke det samme som ansvarsløshet eller ansvarsfraskrivelse, men innebærer at den utmattede personen i en periode - i samarbeid med arbeidsgiver, familie og sosialt nettverk - helt fjerner seg helt fra ansvar på, og kontakt med, den profesjonelle arena, og også i omfattende grad distanserer seg fra ansvar for andre mennesker på den privat og familiære arena, særlig den nærmeste familie. Jeg har kalt dette for en *personlig unntakstilstand*. 100% fravær fra arbeid og arbeidslignende aktiviteter er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å komme seg ut av OKU. En personlig unntakstilstand må også omfatte høy grad av frihet fra ansvar for barn, livsledsager, egne foreldre, søsken og øvrig privat/sosialt nettverk.

Behandlingsteorien predikerer at en slik vedvarende livssituasjon preget av høy grad av ansvarsfrihet gir hjernen mulighet til å stegvis, altså natt etter natt, gjøre opp for den reparasjons- og vedlikeholdsjobben som har akkumulert seg etter tiden med den ikke bærekraftige livssituasjonen som førte til utmattelsen. De siste årene har vi sett at personer forutsigbart kommer tilbake til full deltakelse i privat- og/eller arbeidsliv etter å ha gjennomført personlige unntakstilstander med ulike nivå av ansvarsfrihet.

I en unntakstilstand kjennetegnet av omfattende frihet fra ansvar for andre, for eksempel 100% sykmelding og redusert ansvar hjemme hos familien, er det min erfaring at det tar mellom 6 og 18 måneder å komme seg ut av OKU og tilbake til det funksjonsnivået som preget personen før OKU. I det jeg har kalt for en *optimal unntakstilstand*, kjennetegnet av 100% fravær fra jobb og *ingen* kontakt med andre mennesker fysisk eller digitalt, går det imidlertid mye raskere. I en optimal unntakstilstand tar det bare mellom 5 og 10 uker for en person å komme seg helt ut av OKU.

Den største utfordringen i klinisk arbeid med OKU er å få den berørte personen til å implementere høy nok grad av ansvarsfrihet over tilstrekkelig lang nok tid. En av de viktigste årsakene til dette er at de tiltakene som skal til for å skape en personlig unntakstilstand ofte misforstås som konstraintuitive og kontraproduktive av både helseprofesjonelle, representanter for NAV, det familiære og sosiale nettverket til den berørte personen. Særlig kjennes det feil at mødre ikke skal ha kontakt med sine barn i flere uker.

En annen utfordring er at en unntakstilstand preget av tilstrekkelig grad av ansvarsfrihet ofte medfører lett til moderat psykologisk ubehag. Lette til moderate psykologiske reaksjoner som savn, dårlig samvittighet, noe stemningsleie og lett angst preger så godt som alltid en unntakstilstand, men reduserer ikke utbyttet. Hjernens reparasjons- og vedlikeholdsarbeid under en personlig unntakstilstand er en fysiologisk prosess som ikke påvirkes av psykologisk ubehag.

Her er et utdrag fra boken «Overbelastningsforårsaket Kronisk Utmattelse» som omtaler dette:

Det viktigste du må vite om psykologiske reaksjoner, er at de ikke har noen innvirkning på hjernens evne til å helbrede. Hjernen din bruker frihet fra ansvar på samme måte som et brukket lårbein heles under et tykt lag med gips.

Tenk deg at du har hatt et stygt fall og brukket lårbeinet, og at du – mens legen gipser beinet – forteller henne at du ser mørkt på livet i den nærmeste fremtiden. Du er redd for å bli deprimert av å sitte stille uten mulighet til å bevege deg som før. Du frykter at denne midlertidige tilbaketrekningen fra sosiale arenaer og favorittaktiviteter vil redusere meningen med livet. Kanskje du blir deprimert eller får angst? Du spør legen om hun tror dette psykologiske ubehaget vil sabotere lårbeinets mulighet til å hele seg.

Du ville sannsynligvis aldri tenkt på denne måten – og legen ville sannsynligvis hørt spørsmålet for aller første gang. Det er åpenbart for alle at et lårbein gror, uansett hvordan du føler deg mens det skjer. Ingen ville trodd at psykisk ubehag påvirker hvor raskt et beinbrudd gror... Klinisk erfaring har vist oss at hjernens evne til å hele seg under en personlig unntakstilstand ikke påvirkes av psykologisk støy – like lite som et beinbrudd påvirkes av at du mistrives psykologisk mens det gror. Jo mer vi jobber med OKU, desto tydeligere blir det: Det spiller ingen rolle hvordan du har det, så lenge hjernen får ansvarsfrihet.

Husk: Den største fremgangen skjedde i de første ukene etter at du ga opp kampen mot hjernen – da du hadde det som verst. Hjernen nyttiggjør seg ansvarsfriheten, helt uavhengig av hvordan du føler deg - også med lite søvn

Personer med OKU må følges opp annerledes enn personer med andre former for CFS/ME

Vi ser at helseprofesjonelle gjennomgående gir råd og behandling som opprettholder og/eller forverrer OKU. Eksempler på dette er ulike stressmestringstiltak, psykoterapi og fysiske treningsprogram som bidrar til å øke ansvarsinnholdet i livssituasjonen med det som forutsigbart resultat at utmattelsen fortsetter og bedring uteblir. OKU kureres av

ansvarsfrihet, ikke av stressmestring, psykoterapi, mindfulness, meditasjon, kosthold eller trening. Fordi denne typen utmattelse i dag rammer svært mange er det viktig at helseprofesjonelle gir produktive råd som bidrar til at personer med denne typen utmattelse forstår hvordan de kan nyttiggjøre seg sykmeldingen på en måte som gjør at fraværet fra jobb og den destruktive effekten på privatliv minimeres.

Her er et utdrag fra boken «Overbelastningsforårsaket Kronisk Utmattelse» som omtaler dette:

Kronisk utmattelse var et fenomen før årtusenskiftet også, men den gang, som vi skal se nærmere på i kapittel 5, levde folk liv som var betydelig mindre belastende for hjernen. Selv om noen slet seg ut, var det langt færre. Overbelastning var bare én av mange årsaker til at folk ble utmattet.

I 2003 publiserte en ekspertkomité nedsatt av canadiske helsemyndigheter en artikkel som siden har vært en av de viktigste for å forstå, diagnostisere og behandle det som ble omtalt som myalgisk encefalomyelitt, bedre kjent som ME, og kronisk utmattelsessyndrom, CFS. I denne artikkelen konkluderte de med at det ikke spiller noen rolle om man kaller det CFS eller ME, fordi begge betegnelsene refererer til det samme, så de kalte det ganske enkelt CFS/ME. Drøye ti år senere, vinteren 2014, publiserte den norske helsedirektøren en nasjonal veileder som også kalte det CFS/ME.

Canadierne skrev at det var ting som tydet på at CFS/ME var forårsaket av virusinfeksjoner, men at en rekke typer virus og andre patogener (mikroorganismer som forårsaker sykdom) hadde blitt undersøkt i årene som ledet opp til årtusenskiftet, med funn som var langt fra entydige. Komitéen kunne ikke si klart om virus- eller bakterieinfeksjoner var hovedårsaken eller ikke, men de hellet i retning av et veldig vagt ja.

Forvirringen rundt årsaken til CFS/ME ble ytterligere komplisert av at helsepersonell som hadde arbeidet med utmattede klienter, også hadde fått grunn til å tro at en rekke andre og svært forskjellige årsaker kunne føre til sykdommen. Blant disse årsakene var vaksiner, fall, eksponering for miljøgifter, kirurgiske inngrep, kjemikalier, bilulykker og blodoverføringer, for å nevne noen. I artikkelen heter det derfor at CFS/ME slett ikke behøver å komme som følge av virusinfeksjoner, og at sykdommen kan ha mer enn én årsak, kanskje til og med to eller flere i samspill.

CFS/ME ble følgelig en romslig sekkekategori med plass til utmattelser med vidt forskjellig årsaksmessig opphav. Det ble en kategori der utmattelse som ikke med sikkerhet kunne forklares som en konsekvens av annen kjent sykdom – som kreft, hjerteinfarkt eller depresjon – ble plassert. Alle disse ulikt forårsakede utmattelsene havnet i samme gruppe, og OKU var én av dem.

I artikkelens avsnitt om behandling av CFS/ME avsløres en tydelig pessimisme allerede i den første setningen:

"Fremfor alt må man ta hensyn til og støtte pasientens velvære, som lever i det klimaet av forvirring og usikkerhet som omgir denne dårlig forståtte kroniske sykdommen."

CFS/ME er i dag fortsatt den samme sekkekategori for utmattelse med ukjent årsak, ingen kjent kur, og der behandling i all hovedsak fokuserer på emosjonell støtte. I den norske helsedirektørens publisering fra 2014 – som fremdeles er den gjeldende veilederen for norske helseprofesjonelle – uttrykkes den samme pessimismen tydelig:

"Da det i dag ikke finnes noen helbredende behandling for CFS/ME, vil behandling i hovedsak bestå av bistand til pasienten for å oppnå best mulig funksjonsnivå og livskvalitet."

I motsetning til for 25 år siden er overbelastning i dag en av de viktigste årsakene til kronisk utmattelse – om ikke hovedårsaken. Men fordi personer med OKU, i den grad de får en diagnose, fortsatt havner i CFS/ME-sekken, antas de – akkurat som for tjue år siden – å være like uheldelige som personer som er utmattet av andre grunner.

Den forståelige pessimismen til de canadiske forskerne i 2003 ble gjentatt i den norske veilederen i 2014, og har holdt seg mer eller mindre uendret frem til i dag. Dersom du får diagnosen CFS/ME i offentlig norsk helsevesen, antas du å være umulig å kurere – uavhengig av årsaken til at du er utmattet...

Da jeg intervjuet de første utmattede klientene som dukket opp i privatpraksisen min for tjue år siden, hadde de også ulike grunner til å være utmattet. Bevisene pekte i alle retninger – akkurat som canadierne fant ut omtrent samtidig. Og i likhet med kollegene mine, både i Canada og Norge, plasserte jeg disse vidt forskjellige utmattelsene i den romslige CFS/ME-sekkekategorien – og hadde ingen anelse om hva jeg skulle gjøre for dem, annet enn å støtte dem så godt jeg kunne i en forferdelig og frustrerende situasjon.

CFS/ME har aldri vært, og er fortsatt ikke, en diagnose som skiller mellom 28-åringen som plutselig gikk i bakken etter en virusinfeksjon, 35-åringen som aldri fikk energien tilbake etter å ha født sitt tredje barn, den friske og aktive 14-åringen som uforklarlig ikke kom seg opp av sengen i begynnelsen av mars og fortsatt er sengeliggende i desember, den 45 år gamle vaktmesteren på sagbruket som ikke har hatt en eneste sykemeldingsdag på femten år, men som nå ligger urørlig i et rom med en nøye utskåret isoporplate i vindusrammen slik at ikke en eneste lysstråle skal trenge inn og forårsake smerte – og læreren og firebarnsmoren som er utslitt som følge av langvarig overbelastning.

Hvis du kjenner deg igjen i Canada-kriteriene, kan det godt hende at du kvalifiserer for CFS/ME – en diagnostisk merkelapp som sier lite om årsak, og enda mindre om hva som hjelper, og dersom du får beskjed om at du ikke kvalifiserer for denne diagnosen, er det som regel fordi du ikke er dårlig nok. Hos noen helseprofesjonelle er det tydeligvis ikke nok at du verken kan jobbe eller fungere hjemme med familien. Noen ser ut til å kreve at du er mer eller mindre kontinuerlig sengeliggende for å tilfredsstille kriteriene for CFS/ME.

Hvis det er overbelastning som har gjort deg utmattet, havner du – med eller uten diagnose – likevel i denne sekkekategorien sammen med alle de andre typene utmattelse, og blir møtt av helseprofesjonelle som er opplært til å tenke på dette som noe du bare må lære deg å leve med.

Med andre ord: Hvis du har OKU, har du teknisk sett en like rettmessig plass i CFS/ME-sekkekategorien som personer som er utmattet av andre årsaker. Den store forskjellen mellom OKU og andre former for CFS/ME er ikke hvordan utmattelsen arter seg – symptomene er stort

sett de samme. Det som virkelig skiller OKU fra andre typer utmattelse er, som jeg skal vise deg i denne boken, at den kan kureres.

Oppsummering

Hver uke møter jeg mennesker som forteller om sine frustrasjoner i møte med norske helseprofesjonelle som over år har gitt råd som har ført til en opprettholdelse av OKU. Det jeg oftest hører fra disse personene er at de skulle ønske at de hadde hatt tilgang til denne behandlingstilnærmingen mye tidligere. Når den nasjonale veilederen nå skal oppdateres er noe av det aller viktigste at den store og voksende gruppen av personer med CFS/ME som har OKU mottar rådgivning som er spesialtilpasset dem.

Personer med OKU må løftes ut og møtes med rådgivning som raskest mulig gjør dem i stand til å komme seg ut av utmattelsen. Fordi de rådene som idag gis til personer med OKU er identiske med de som gis personer med andre typer CFS/ME, ender en tilstand som er relativt lett å kurere opp med å vare i årevis. Aktivitetsavpasning opprettholder med letthet OKU fordi den totale ansvarsbyrden hver dag er for stor til at personen kan ha fremgang.

Ofte ender feil råd opp med å gjøre det som kunne vært over på bare uker opp med å bli en permanent tilstand, og myten om at kronisk utmattelse er noe du bare må lære deg å leve med, blir en selvoppfylgende profeti.

Vennlig hilsen

Rune Karlson

psykologspesialist

