

Rolf Luneng
Oppsalveien 7 B,
0686 OSLO

Statens helsetilsyn
Pb. 8128 Dep.
0032 OSLO

Oslo, 22.09.2013

Klage på vedtak om tilbakekall av min autorisasjon som lege av 2. sept. 2013.

Innledning

HT (Helsetilsynet) traff sitt vedtak den 2. september 2013, men det ble mottatt først den 10. på grunn av varig adresseendring. Adresseendringen ble meddelt HT ved Magnus Jenseng i mail av 27. august 2013. Det er 3 ukers klagefrist fra mottakelsen. Klagen er herved inngitt i rett tid.

Jeg vil med dette klage på vedtaket om tilbakekall av min autorisasjon, da jeg mener det ikke foreligger juridisk grunnlag for tilbakekallelsen. I denne klagen vil jeg imøtegå de påstander og begrunnelser HT legger til grunn for sitt vedtak.

Sakens faktum

Saken dreier seg om følgende punkter:

1. Om jeg som lege bedriver medisinsk behandling/praksis i henhold til gjeldende retningslinjer.
2. Om min behandling av kronisk syke med langvarige/mangeårige helseplager etter tidligere flåttbitt bedriver forsvarlig medisinsk praksis.
3. Om min diagnostikk og behandling svekker tilliten til helsevesenet og i særdeleshet spesialisthelsetjenesten.
4. Om min praksis er bygd på medisinskvitenskapelig forskning eller ikke.

For det første er dagens gjeldende retningslinjer ikke rettslig/juridisk forpliktende, slik at avvik fra disse, når disse er medisinsk begrunnet og nødvendige, ikke kan ses på som lovbrudd. Dette er også Helsedirektoratets holdning til retningslinjene. Dette kommer jeg nærmere tilbake til nedenunder.

For det andre er det ikke ført bevis for at jeg har drevet uforsvarlig behandling av mine pasienter. Tvert imot. Dette kan bevises gjennom utallige vitneutsagn fra pasienter som er blitt mye bedre eller helt friske av behandlingen ved Norsk Borreliose Senter, etter at de tidligere enten ikke har fått behandling i helsevesenet eller for kortvarig behandling til å kunne bli helt friske.

Min behandling bidrar til å gjenopprette tilliten hos pasientene til helsevesenet og helsepersonell. De er også bygd på nyere og omfattende forskning fra utlandet.

Nærmere redegjørelse av de to bekymringsmeldingene

Helsetilsynet begrunner sitt vedtak med å henvise til helsepersonellovens § 4 første og annet ledd, § 56 første ledd og § 57 annet ledd og påstår at jeg har drevet uforsvarlig behandling. Det foreligger ikke noe dokumentasjon på slik uforsvarlig behandling, kun to bekymringsmeldinger fra leger som har et annet syn enn meg på saken. Den ene bekymringsmeldingen er fra fastlege Finn Høivik i hans e-post av 22. mai 2012 på angivelig utsagn fra anonym pasient. Den andre fra overlege Jone Furulund Owe og avd.sjef Ole-Bjørn Tysnes, nevr. avd. ved Haukeland universitetssykehus i deres brev av 22.05.2012.

Å bygge sine vurderinger og vedtak på en melding fra en fastlege med en anonym pasient er en svært tvilsom praksis fra HT`s side. HT har ikke, så langt jeg kan se beskrevet eller fått bekreftet, gått inn i denne meldingen og fått fram alle faktiske forhold og sannheten i denne saken, enda dere har mandat til å kunne gjøre det. Det er derfor ikke bevist at denne meldingen har noen relevans i denne alvorlige saken om å vurdere min autorisasjon. Dette har jeg gjort nærmere rede for i mitt brev av 18.04.2013 under avsnittet **vedr. sak/bekymringsmelding fra fastlege Finn Høivik av 22.05.12**. Tvert imot ser det ut til at HT har tatt med denne meldingen i et forsøk på å underbygge mistanken og påstanden om at jeg driver uforsvarlig praksis som lege.

Vedr. meldingen fra Haukeland universitetssykehus, så er den allerede gjort utfyllende rede for i mine brev til HT av 16.09.2012 og 18.04.2013.

En del av Helsetilsynets tidligere og prinsipielle kritikk på dette området mener jeg å ha etterkommet, og denne har jeg allerede innrettet meg etter.

Herunder har vi innstrammet rutinene ved Norsk Borreliose Senter som nærmere gjort rede for i brev av 18.04.2013. Det bes derfor om at HT tar denne siden av saken med i sin betraktning for avgjørelsen. Det kan jeg ikke se er blitt gjort.

Jeg bestrider at disse to meldingene er av så alvorlig karakter og innhold at min autorisasjon må trekkes tilbake. Den ene representerer et svært sjeldent tilfelle og unntak fra min vanlige praksis og behandling av de fleste pasienter, fordi pasienten opplevde seg selv for syk til å klare å gjennomføre reisen til klinikken. Meldingen representerer bare ett tilfelle av over 2000 pasienter som har vært til behandling hos meg gjennom disse 4 årene og kan således ikke si noen om hvordan min praksis i klinikken fungerer i sin alminnelighet.

De to melderne uttrykker faglig uenighet vedrørende min behandling, men dette er ikke noe bevis for uforsvarlighet. Ingen av dem melder at pasienten har lidd skade av behandlingen, eller at denne har fratatt dem muligheten for annen utredning eller behandling.

Det er ikke drevet uforsvarlig behandling

I min behandling av denne pasientgruppen som beskrevet innledningsvis, søker jeg hele tiden å gjøre dette i tråd med «de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (§4).

Det er min klare mening at HT tolker og anvender lovens krav feil, snur saken helt på hodet og forsøker å tegne et helt annet virkelighetsbilde enn det jeg som lege, og mine pasienter kjenner og

opplever i behandlingen ved Norsk Borreliose Senter. Dette kan bl.a. bekreftes av alle de pasienthistorier som HT har mottatt de siste 3 ukene. Jeg vil her redegjøre for og begrunne dette nærmere.

Måten jeg behandler på, de prosedyrer, rutiner og behandlingsprotokoller som følges, samt oppfølgingen av pasientene i hele behandlingsforløpet til de er ferdigbehandlet og forhåpentlig friske igjen, bekrefter at nettopp dette skjer på en meget forsvarlig og omsorgsfull måte. Mine pasienter er de fremste til å bekrefte dette, dersom dere er villige til å lese deres historier og inkludere disse i deres vurderinger. Derfor har HT(og Helsedirektoratet) de siste ukene mottatt mange titalls pasienthistorier som underbygger dette klart og tydelig. Og den spontane pasientdemonstrasjonen i HT` s lokaler fredag 6. sept. var et klart signal om at pasientene selv opplever behandlingen, ikke bare som forsvarlig, men også som helbredende og i visse tilfeller livreddende for de mest alvorlig syke.

Nettopp denne sterke og store tillitserklæringen fra svært mange tidligere og nåværende pasienter, samt pårørende, tilsier at behandlingen skjer i største grad av forsvarlighet. Hvis ikke, hadde aldri pasientene villet valgt å gjennomgå denne behandlingen. Pasientene opplever derfor at det vedtaket HT har gjort også rammer dem og setter deres fortsatte helse og liv i fare, da behandlingen ble avbrutt i en kritisk fase der mange var i ferd med å bli friske.

Mange undrer seg derfor over forsvarligheten i det vedtaket dere har fattet, når konsekvensene kan bli svært alvorlige for mange syke og sårbare mennesker i en kritisk fase av behandlingen.

Jeg kan ikke se at HT har bevist i sin begrunnelse av sitt vedtak at min behandling av disse pasientene skulle kunne dømmes som uforsvarlig. Jfr. også mitt brev av 18.04.2013, om organisering og rutiner ved Norsk Borreliose Senter.

Heller ikke kan jeg se at § 4 annet ledd kan brukes mot meg og min behandling. Jeg har i stor utstrekning, der dette er nødvendig og mulig, et samarbeid og evt. samhandling med annet helsepersonell som fastleger og spesialisthelsetjenestepersonell, der dette er viktig for pasientens utredning, behandling og pasientens eget beste. De fleste pasienter er allerede grundig og omfattende utredet av både fastlege og spesialisthelsetjenesten før de kommer til vår klinikk for utredning. Dette medfører at det i sjeldnere grad er behov for å sende disse pasientene tilbake til ny vurdering/utredning når denne allerede er fullført og avsluttet på forhånd. Men i noen tilfeller har det vært nødvendig å henvise enkelte pasienter til grundigere nevrologisk utredning, eller til mer omfattende kardiologisk eller reumatologisk utredning o.l., for å være mer sikker på om pasienten kan ha eller ikke ha andre viktige differensialdiagnoser som har betydning for mine vurderinger, utredninger og evt. iverksettelse av behandling.

Dette har da skjedd med gjensidig respekt og aksept mellom pasientene og oss som samhandlende helsepersonell.

Det er ikke drevet alternativ diagnostikk som var egnet til å skape mistillit til spesialisthelsetjenesten og derved svekke pasientens mulighet til å motta optimal behandling

I begrunnelsen for vedtaket henviser HT til tidligere tilsynssak og viser til §56 første ledd. Dere mener at min «alternative diagnostikk var egnet til å skape mistillit til spesialisthelsetjenesten og derved svekke pasientens mulighet til å motta optimal behandling.»

Denne tolkningen er helt feil og bygd på en sviktende forståelse i hva som er de faktiske forholdene. For det første er min diagnostikk ikke «alternativ» i ordets rette forstand. Diagnostikken bygger i stor grad på de samme blodprøver som gjøres og er tilgjengelig i helsevesenet ellers, men i tillegg til disse tas utvidete blodprøver som kan vise andre immunologiske reaksjoner på aktiv infeksjon. Denne diagnostikken svekker ikke tilliten til spesialisthelsetjenesten som yrkesgruppe, men den kommer i tillegg til den «gamle» diagnostikken som kun består av måling av antistoffer mot borrelia i blodet og evt. måling av slike antistoffer i spinalvæsken.

Jeg har aldri frarådet eller hindret en pasient i å motta «optimal behandling» når de oppsøker meg i klinikken. De kommer til meg, fordi tidligere behandling har feilet i å gjøre dem friske, eller fordi de er blitt nektet behandling av annet helsepersonell.

Det som derimot kan skape mistillit til spesialisthelsetjenesten, er de tilfeller der pasienten(e) på tross av påviste antistoffer i blodprøver og evt. i spinalprøven ikke får behandling i det hele tatt eller ikke tilstrekkelig behandling til å bli helt friske igjen. Dette har dessverre skjedd i altfor mange tilfeller, ifølge mange av pasientene som oppsøker oss. Det er slike pasienter som blir misfornøyde og opplever økende grad av mistillit til et helsevesen som ikke evner eller vil hjelpe dem med behandling som kunne ha gjort dem friske, særlig når man har medisiner tilgjengelig som virker. Medisinene må bare tas over lang nok tid slik at man dreper bakteriene fullt og helt, og ikke stopper etter 2-4 uker når pasienten åpenbart ikke er blitt helt friske enda.

Denne mistilliten som da har oppstått hos noen pasienter (absolutt ikke alle), er da i slike tilfeller etablert lenge før de kommer til vår klinikk for utredning. Dette er svært beklagelig og en stor utfordring for oss som helsepersonell, særlig når omfattende og nyere forskning viser at lengre behandlingstid må til for å gjøre pasientene friske. Se nærmere redegjørelse for dette nedenunder. Min behandling av disse pasientene skjer som regel nesten alltid etter at spesialisthelsetjenesten har gjort ferdige sine utredninger og evt. behandlingsforsøk. De fleste er derfor avsluttet i spesialisthelsetjenesten med klar beskjed om at det ikke kan gjøres mer for dem av medisinske utredninger eller behandlingsforsøk. Mange har derfor vært overlatt til seg selv i flere/mange år med beskjed om at de bare må leve med slike helseplager og gjøre det beste ut av det.

Min behandling i ettertid kan derfor ikke svekke pasientenes mulighet for optimal behandling hos verken fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Dette kan bekreftes i mange av de pasienthistoriene dere nå har mottatt.

Derimot vil jeg hevde at «min» diagnostikk (den er ikke min, men bygd på nyere medisinsk forskning i USA og Europa de siste 10-15 årene) og behandling av slike pasienter i stor grad gjensker den nødvendige tilliten mellom lege/helsepersonell og pasient. Dette opplever jeg daglig i behandlingen av pasientene der de uttrykker glede og takknemlighet for å komme til en lege som faktisk evner å hjelpe dem til å bli friskere eller helt friske igjen etter fullført behandling.

Dersom min behandling var så uforsvarlig og farlig som HT vil ha det til, hvordan kan dere da forklare de hundrevis at pasienter i Norge og Sverige som jeg har vellykket behandlet, og som er meg evig takknemlig for behandlingen de har fått?

I medisinen for øvrig er det alltid resultatene som teller mest, og som underbygger om behandlingstiltakene er gode eller ikke. Gode resultater som gjør mange friske, må tilsis at

behandlingsmetodene også er gode. Dette er fullt ut akseptert i helsevesenet, men altså ikke i denne saken og i denne behandlingen. HT`s holdning og vedtak er helt ulogisk sett i lyset at de gode resultatene vi har oppnådd med svært mange pasienter.

Proessen med en retrospektiv studie ved Sørlandet sykehus var igangsatt og blir nå forhindret

For å få bekreftet våre behandlingsresultater var jeg nå i høst 2013 i seriøs dialog med Helsedirektoratet og Sørlandet sykehus om å sette i gang en retrospektiv studie på vår pasientgruppe. Det var allerede laget forslag til en forskningsprotokoll da vedtaket fra HT kom. Dette forskningsprosjektet kunne ha gitt oss mange av de svarene vi søker i forhold til denne pasientgruppen. Det ville således ha vært den første kliniske forskningsstudien i Norden. **Se vedlegg.** Dette har altså HT med sitt vedtak satt en foreløpig stopp for. Vedtaket må derfor også ses på som et vedtak mot forskningsbasert kunnskap om borreliose og behandlingsmuligheter. Det er svært alvorlig at HT på denne måten faktisk hindrer meg i å få utført nødvendig forskning på dette feltet.

HT viser flere steder til retningslinjer for antibiotikabruk utarbeidet av Helsedirektoratet i Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. HT vektlegger særlig faren for alvorlige bivirkninger/skadevirkninger, faren for resistensutvikling mm. Dette er ikke et argument for at jeg har drevet uforsvarlig behandling i de konkrete tilfellene. Det er en større risiko for pasientenes liv og helse ikke å motta adekvat behandling som beviselig kan gjøre dem friskere eller helt friske. Risiko for bivirkninger og resistensutvikling er alltid en utfordring i infeksjonsbehandling og må tas hensyn til. Dette gjør vi da også i våre interne prosedyrer og rutiner for hvordan vi faktisk gir behandling. Ved en kronisk, invasiv og intracellulær infeksjonstilstand som borreliose, må nødvendigvis behandlingen vare lenger enn ved vanlige, akutte infeksjoner. Dette skjer også ved andre kroniske infeksjoner som f.eks. tuberkulose. Som helsevesen og helsepersonell er det bred enighet om å behandle også pasienter med kroniske infeksjoner, selv om dette kan ta lang tid (månedes og opptil år) og med bruk av opptil flere antibakterielle midler. Resistensfare er derfor ikke noe spesielt ankepunkt mot å behandle denne pasientgruppen. Vi kan ikke si til pasienter med ulike kron. infeksjonstilstander at noen kan få langvarig behandling, mens andre ikke kan få det. Det er heller ikke bevist at min behandling av disse pasientene fram til nå har økt resistensfaren hos pasientene eller generelt i befolkningen. Det er heller ikke offisielle statistikker på at langvarig antibiotikabehandling av disse pasientene er mer farlig enn i behandlingen av andre pasientgrupper med infeksjoner, når denne skjer på en forsvarlig måte.

Norske retningslinjer

Jeg har i mail av 8. sept. bedt avd.dir. i Helsedirektoratet, Jon-Torgeir Lunke, om følgende: «I den anledning vil jeg be deg/dere om å finne fram og vise alle deltakerne på møtet 13. sept. den medisinskvitenskapelige forskningen som ligger til grunn for utformingen av dagens gjeldende retningslinjer for behandling av borreliasyke, slik at vi alle kan få dokumentert at og hvorfor 2-4 ukers behandling er nok til å gjøre disse pasientene helt friske. Jeg ber også om at det legges fram forskning som dokumenterer klart hvilke medikamenter, doser og evt. kombinasjoner som innenfor de 2-4

ukene beviselig fjerner borreliainfeksjonen og gjør pasientene helt friske. Og til slutt ber jeg om at dere dokumenterer hvilke tester som både 100 % sikkert påviser infeksjonen og ikke minst påviser når/at infeksjonen er blitt vellykket behandlet etter 2-4 uker».

Det har ikke lyktes, på tross av purringer, å få svar på denne henvendelsen eller få utlevert/tilsendt det etterspurte medisinskvitenskapelige forskningsmaterialet.

Hvorfor ikke, må selvsagt Lunke selv svare på. Men hovedgrunnen til manglende svar skyldes at dette materialet ikke finns. Det finns ikke sikker forskningsbasert kunnskap som med full sikkerhet kan si at disse retningslinjene dekker pasientenes behov for sikker diagnostikk og ikke minst behandling som sikrer at alle blir friske etter maks 4 ukers behandling med antibiotika eller penicillin. Det finns heller ingen tester som påviser at infeksjonen er borte etter 2-4 uker behandling. Dermed kan man ikke vite sikkert at/når infeksjonen er helt borte.

Likevel har altså HT med sitt vedtak om å frata meg autorisasjonen begrunnet dette med bl.a. brudd på disse retningslinjene, selv om disse ikke lar seg medisinskvitenskapelig bevise. Det er heller ikke p.t. bevist at alle pasienter som har gjennomgått 2-4 uker behandling er blitt helt og varig friske.

Tvert imot viser Randi Eikelands observasjonstudie fra 2012 (tidl. omtalt i brev av 18.04.2013) ved Sørlandet sykehus at ca. 50 pst. ikke ble friske etter slik behandling.

Retningslinjer er ment å være anbefalinger for behandling og kan ikke ses på og tolkes som juridiske lovbestemmelser om behandling. Dette er det enighet om innad i Helsedirektoratet. Det er også en naturlig forståelse av ordlyden "retningslinje" vs. det som er et påbud eller en forpliktelse.

Dere skriver i deres begrunnelse følgende: «I møte med Statens helsetilsyn erkjente du at du forskriver antibiotika i strid med retningslinjene til tross for våre bemerkninger i advarsel av 12. mars 2012».

Dette er helt feil. Det jeg sa, var at det ikke finnes retningslinjer for behandling av pasienter med kronisk aktiv borreliose, og at dagens retningslinjer er laget for de med en akutt borreliainfeksjon.

Men det er ikke disse siste vi behandler i vår klinikk, det er de kronisk, langvarige syke.

Det foreligger således ikke norske retningslinjer som ivaretar denne pasientgruppen.

Jeg kan altså ikke dømmes for brudd på retningslinjer som, på den ene siden, ikke lar seg medisinskvitenskapelig dokumentere, og på den andre siden ikke er dekkende for den pasientgruppen jeg faktisk behandler.

Jeg bestrider derfor at HT også på dette punktet har grunnlag for å frata meg min legeautorisasjon.

Dokumentert effekt

HT fastslår at «det ikke er god praksis å foreslå behandling som ikke har dokumentert effekt».

Jeg vedlegger mange forskningsstudier og artikler som bekrefter og dokumenterer at den behandlingen jeg praktiserer i NBS er bygd på nyere og omfattende forskning både i Europa og USA.

Se **vedleggene** i minnepenn pga omfattende materiale. Se også den siste studien utkommet; **Keith Berndtson et al, Review of evidence for immune evasion and persistent infection in Lyme disease, International Journal of General Medicine 2013;6 291-306**, vedlagt i papirutgave.

Den nyere forskningen dokumenterer tre viktige forhold:

1. Kronisk aktiv borreliose finns hos mange pasienter etter tidligere flåttbitt.
2. Langvarig behandling må gjennomføres for å gjøre pasientene friske.

3. Kombinasjonsbehandling med ulike medikamenter er nødvendig for å fjerne infeksjonen.

Helsinkideklarasjonen

Min anførsel om at jeg ikke har drevet uforsvarlig, underbygges også av at jeg har drevet helt i tråd med Helsinkideklarasjonen som Norge og norske leger har underskrevet.

«Deklarasjonen er ikke juridisk bindende, men er etter hvert blitt innarbeidet og bredt akseptert ikke bare i profesjonen selv, men også av nasjonale myndigheter, blant annet gjennom anvendelse av de regionale forskningsetiske komiteer. Enkelte av deklarasjonens prinsipper kan derfor trolig anses som alminnelige rettslige prinsipper, som for eksempel prinsippet om informert samtykke.» (Hentet fra HOD, dokument 10.3.1)

Det er særlig pkt. 32 som kan anvendes på min behandling og praksis. Sitat som følger:

« 32. I behandlingen av en pasient der det ikke finnes dokumenterte forebyggende, diagnostiske og terapeutiske metoder, eller der slike metoder ikke har virket, må legen, med pasientens informerte samtykke, stå fritt til å benytte seg av forebyggende, diagnostiske og terapeutiske tiltak som er nye eller uprøvde, når tiltakene etter legens skjønn gir håp om å redde liv, gjenvinne helse eller lindre lidelse. Hvis mulig skal slike tiltak gjøres til gjenstand for forskning med sikte på å få klarlagt deres sikkerhet og effekt. I alle tilfeller skal ny informasjon registreres og, i den utstrekning det er mulig, publiseres. De øvrige relevante retningslinjer i denne deklarasjonen skal følges.»

Jeg hevder at HT`s vedtak om tilbakekallelse av min autorisasjon er et klart og alvorlig brudd på denne deklarasjonen. Ikke bare hindrer deres vedtak meg i å stå fritt til å benytte diagnostiske og terapeutiske tiltak som gir håp om å redde liv, gjenvinne helse eller lindre lidelse, men dere hindrer meg i å få gjennomført offentlig godkjent forskning som kan gi oss klare svar på denne behandlingen. Samarbeidet som var igangsatt med sykehuset Sørlandet, stoppes opp mens denne saken pågår, noe som er meget uheldig for utviklingen/forskningen på dette området.

De umiddelbare konsekvenser av vedtaket deres er at svært mange pasienter, pårørende og andre har fått svekket sin tillit til og respekt for tilsynsmyndighetene. Dette er svært alvorlig og kunne ha vært unngått, dersom HT hadde valgt en annen måte å håndtere denne saken på. Når vedtaket også blir høytlytt applaudert i media av fremstående enkeltpersoner som angivelig skal representere det offentlige helsevesenet, så rammer sinnet og aggresjonen fra disse pasientene og deres familier også helsevesenet generelt. Dette er ingen av partene tjent med.

I Sverige har man fulgt en annen strategi. Der har helsemyndighetene bestemt seg for å sette i gang ulike forskningsprosjekter, for å finne svarene på alle de vanskelige spørsmålene knyttet til diagnostikk og behandling av borreliasyke pasienter, heller enn å straffeforfølge enkeltleger som behandler slike pasienter. Dette har vært en klokere måte å håndtere dette på også i Norge.

Vedtaket har også medført at mange hundre pasienter som var under behandling, og der mange var i ferd med å bli helt friske, nå står uten behandlingsmuligheter i Norge og dermed i fare for på nytt å bli sykere eller alvorlig syke framover. Skal HT ta det medisinske ansvaret for alle disse pasientene? Mange hundre har nå søkt seg til leger i bl.a. Tyskland, der slik behandling er godkjent, da de har erfart at fastlegen ikke er i stand til eller vil behandle dem til de blir friske.

Deres vedtak er således ikke bare en tilbaketrekking av min autorisasjon, det er i like stor grad en fradømmelse av pasientens rett til og behov for medisinsk behandling og mulighetene til å bli friske. Vedtaket er derfor i strid med det mandat og målsetning HT skal ha i å ivareta pasientenes rettigheter til best mulig behandling i det norske helsevesen. Det er svært alvorlig at HT har satt seg selv i en slik situasjon.

Avslutning

Jeg ber om at HT omgjør sitt vedtak av 2. sept. om tilbakekall av min legeautorisasjon, da vilkårene for en tilbaketrekking ikke er tilstede.

Min behandling er både forsvarlig og viktig for pasientenes helse. Den bidrar til å gjenopprette tilliten til at det finnes medisinsk behandling mot kronisk borreliose, og det kan bevises, ifølge mange studier, en klar dokumentert effekt. Videre er behandlingen bygd på nyere forskning innen dette fagfeltet som dokumenterer riktigheten av behandlingen. Og den ikke kan dømmes som brudd på lovkrav, da retningslinjer må oppfattes som anbefalinger og ikke som lovkrav. Dessuten er det p.t. ikke laget retningslinjer for behandling av de kronisk syke.

Jeg vil hevde ut fra redegjørelsen at min behandling og praksis er forsvarlig ut fra § 4 og § 56 m.fl. Det foreligger ikke hjemmel til å tilbakekalle min autorisasjon som lege, og vedtaket påstås ugyldig etter § 57.

Jeg ber derfor Helsetilsynet omgjøre sitt vedtak og gi meg autorisasjonen tilbake.

Med hilsen
Rolf Luneng

Kopi: Stine Kathrin Tønsaker, Legeforeningen