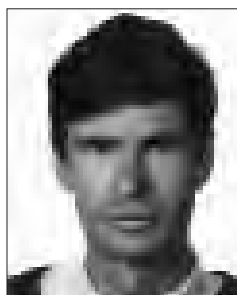


HET MAATSCHAPPELIJK DEBAT OVER NIET-CONVENTIONELE GENEESWIJZEN

MICHIEL CALLENS

In België woedt volop het maatschappelijk debat over de plaats die alternatieve of niet-conventionele geneeswijzen (verder in de tekst afgekort tot NCG) kunnen innemen in onze gezondheidszorg. Het wetsvoorstel van minister Colla is in bespreking in de Kamer en werd reeds in tweede lezing goedgekeurd door de regering. Verschillende ziekenfondsen voorzien of overwegen een zekere terugbetaling in hun aanvullende verzekering. Ons land werd veroordeeld door het Europees Hof omdat het een richtlijn van 1992 rond de registratie van homeopathische geneesmiddelen nog niet omzette in zijn wetgeving. Er is bij ons nog steeds geen wettelijke basis voor de NCG en dus ook geen enkele controle op opleiding, kwaliteit en tarieven. De communicatie met de reguliere zorgverleners is nagenoeg onbestaande.



Dr. MICHIEL CALLENS (Tielt, 1956) studeerde geneeskunde (KUL), verzekeringsgeneeskunde en tropische geneeskunde (Antwerpen), epidemiologie (Sorbonne), gezondheidseconomie (UIA) en gezondheidsbevordering (VIG) en werkte in Soedan en Zaïre/Kongo ('83-'90), als adviserend geneesheer voor de St.-Michielsbond Brussel ('91-'93) en de LCM ('93-'99) en als kabinetsmedewerker bij Vlaams minister van gezondheidsbeleid Demeester ('98-'99)

Uit diverse studies blijkt dat vijftientig tot veertig procent van de Belgen soms hulp zoeken bij niet-conventionele zorgverleners. Op jaarbasis gaat ongeveer acht procent van de bevolking bij hen te rade. Volgens een enquête in *Testaankoop* is daarenboven de tevredenheid over de resultaten van homeopathie voor een aantal aandoeningen even groot als voor behandelingen binnen de klassieke geneeskunde. Nieuw is dat de consument in dit debat zijn stem wil laten horen. Meer en meer mensen wensen zelf keuzen te maken hoe zij zich laten behandelen en wensen dat de ziekteverzekering daarmee rekening houdt.

In dit artikel gaan we in op de sociaal-culturele achtergronden van de NCG. We bekijken de wettelijke en sociale regelingen in België en in andere landen. Vervolgens belichten we de motivatie waarom mensen te rade gaan bij niet-conventionele zorgverleners. Nu de roep naar 'evidence based medicine' of wetenschappelijk bewezen geneeskunde zo luid klinkt, gaan we na waarom er zo weinig onderzoek bestaat over NCG, waaraan dit onderzoek zou moeten beantwoorden en waar de grenzen liggen van de 'evidence based medicine'.

MODETREND?

De niet-conventionele geneeskunde is relatief jong en heeft vooral de laatste twintig jaar in de westerse geïndustrialiseerde wereld opgang gemaakt. Het is interessant vast te stellen dat dit fenomeen zich voordoet in een tijd waarin de wetenschappelijke geneeskunde zeer effectief geworden is. Nooit voordien kregen meer mensen toegang tot gezondheidszorg. Toch moeten we erop wijzen dat niet-biomedische behandelingen altijd bestaan hebben en wereldwijd gezien nog steeds de meest gebruikte behandelingswijze uitmaken. We spreken dan over een complex geheel waarin ook ervaringselementen en op geloof gebaseerde gegevens verweven zijn. Gebruikers van NCG zijn een uiteenlopende groep. De redenen voor het gebruik van NCG zijn velerlei. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat alternatieve genezers meer dan gemiddeld geraadpleegd worden door mensen met een hogere beroepsopleiding en/of een hoger inkomen. Dit wijst erop dat men alternatieve geneeswijzen niet kiest wegens een gebrek aan basiskennis over de voordelen van de moderne geneeskunde.

Niet-conventionele geneeskunde is een dynamische entiteit waarin, naast biomedische, ook culturele, traditionele en etnische elementen meespelen. We kunnen haar beschouwen als een alternatieve sociale beweging, die gemeenschappelijke wortels heeft met andere alternatieve bewegingen zoals ecologie, *new age* en feminisme. Ze sluit aan bij een bepaalde leefstijl die mensen aannemen. Globaal genomen is het een trend die zich aftekent in onze moderne en postmoderne samenleving, een trend die ook verbonden is met de culturele ontwikkeling in de maatschappij.

Naast de gezondheidsstatus van mensen spelen ook het denkpatroon en de symboliek van de niet-conventionele geneeskunde mee. Hier moeten we rekening houden met de opkomst van de holistische benadering, naast het gevoel zelf een rol te kunnen spelen in het bevorderen van de eigen gezondheid. Zowel voor psychosomatische symptomen en subjectieve gevoelens als voor chronische ziekten raadpleegt men NC-zorgverleners. Verder ook als laatste hoop bij fatale aandoeningen die door de conventionele geneeskunde als niet geneesbaar beschouwd worden. Gebruikers van deze NCG vinden dat ze beter beantwoorden aan hun opvattingen en verwachtingen dan de wetenschappelijke geneeskunde. NCG respecteren meer de keuzevrijheid en de 'zelfbehandeling' van de patiënt en zijn veeleer gericht op gezondheid(sbevordering) dan op ziekte. Kortom, ze promoten de individuele verantwoordelijkheid en een actieve deelname in het genezingsproces. Bij deze gebruikers is er dus een gebrek aan vertrouwen in de conventionele geneeskunde met het veelvuldig voorschrijven van geneesmiddelen, de nevenwerkingen van allerlei behandelingen en het vaak ontbreken van een gewenst resultaat.

Economisch gezien, opereren NCG meestal in een 'bazaar'-type markteconomie waarin verschillende individuele verstrekkers van diensten individuele klanten ontmoeten. Dit type economie beantwoordt algemeen gesproken meer aan de wensen van de verbruikers dan het officiële gezondheidszorgsysteem.

In ongeveer alle westerse landen zien we, ondanks het succes van de moderne geneeskunde, dat het aantal gebruikers van NCG toeneemt en dit ondanks het hoge remgeld dat zij meestal zelf moeten betalen. Een studie (Eisenberg e.a.) stelt vast dat het aandeel van de NCG in de Verenigde Staten substantieel gestegen is tussen 1990 en 1997 doordat er meer mensen gebruik van maken. Patiënten betaalden in 1997

ongeveer 27 miljard dollars uit eigen zak, wat vergelijkbaar is met het totale remgeld voor alle geneeskundige diensten in de moderne geneeskunde in de VS.

WETTELIJKE REGELINGEN

Aangezien de NCG de mensen aanspreken, kunnen ze momenteel rekenen op de aandacht en de sympathie van politici. En deze laatsten staan hierbij voor een dilemma tussen enerzijds het recht van de burger om zijn eigen gezondheidszorg te kiezen en anderzijds de plicht van de staat om te zorgen voor een kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

De huidige problematiek ontspruit in wezen uit datzelfde dilemma. Want de oorsprong van de niet-conventionele geneeskunde is natuurlijk een gevolg van het toekennen van een monopolie en een mandaat door de staat aan de conventionele wetenschappelijke geneeskunde. Wat buiten deze laatste viel, werd daardoor automatisch niet-conventioneel. Verwijzen we hierbij naar de verschillende benamingen van de NCG, die hun relatie tot het officiële systeem aangeven (alternatief, complementair, niet-conventioneel) of verwijzen naar hun benadering op het terrein (zacht, holistisch, traditioneel). Het hoeft ons dan ook niet te verbazen dat er een voortdurend spanningsveld heerst tussen de universele en specifieke oriëntatie van de op wetenschap gebaseerde geneeskunde en de meer flexibele en geïndividualiseerde methoden van behandelingen die we terugvinden in de niet-conventionele geneeskunde.

We kunnen vier systemen onderscheiden om geneeskunde te reguleren:

- a) het monopolistische systeem: hierbij is enkel het beoefenen van de moderne wetenschappelijke geneeskunde erkend en zijn er in principe straffen voorzien tegen alle andere vormen van geneeskunde. Voorbeelden: België, Luxemburg, Oostenrijk, Italië, Spanje, Portugal;
- b) het tolerante systeem: is gebaseerd op de moderne geneeskunde, maar verschillende vormen van complementaire geneeswijzen zijn wettelijk toegelaten: Ierland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Nederland, Denemarken, Finland, Noorwegen, Zweden;
- c) het inclusieve systeem: beide systemen zijn erkend als elementen in de structuur van de gezondheidszorg (landen van Midden- en Zuid-Azië);
- d) het geïntegreerde systeem: beide systemen zijn opgenomen in een zelfde dienst en opleiding (China, Nepal en Korea).

De grenzen tussen deze twee soorten geneeswijzen zijn niet statisch of vast bepaald. Als we dit historisch bekijken, merken we bijvoorbeeld dat het gebruik van nitroglycerine voor menselijk gebruik voor het eerst ingevoerd werd door de Deense homeopaat Constine Herring. Osteopathie was in de VS eerst een niet-conventionele therapie, maar nu via de manuele geneeskunde geïncorporeerd in de conventionele geneeskunde. Wat alternatief is in één land is het daarom niet in een ander.

De huidige tendens is dat het aantal landen met het tolerante systeem procentueel stijgt. Binnen de Europese Unie stelt zich hier een probleem. Het vrije verkeer van personen en diensten binnen de medische sector door een wederzijdse erkenning

van medische opleidingen en diploma's zou ook voor NCG moeten gelden. Maar alternatieve genezers die erkend zijn in hun land hebben nog geen toelating om behandelingen in andere landen van Europa uit te voeren. Een wettelijke regeling staat niet gelijk aan een blindelings erkennen van NCG, maar legt spelregels vast waarbinnen ze kunnen opereren met als doel de bescherming van de patiënt zowel op zorggebied als financieel.

FINANCIERINGSWIJZEN

De verschillende Europese landen hebben eigen modellen voor sociale en private gezondheidszorgverzekering. Sommige landen dekken behandelingen door niet-conventionele genezers, andere enkel specifieke therapieën en nog andere niets.

Op diverse plaatsen worden kosten-baten-analyses opgezet. De individuele vrijheid van patiënten om zelf te kunnen kiezen voor een bepaalde behandeling is daarbij een element waar men ook rekening mee zal moeten houden.

We kunnen een viertal regelingen onderscheiden:

- a) landen waar er geen terugbetaling is noch door de sociale noch door de private sector: voorbeeld IJsland;
- b) landen waarbij het publieke systeem van sociale zekerheid tussenkomt voor bepaalde NCG: voorbeelden: Denemarken, Ierland, Finland, Noorwegen, Zweden;
- c) landen waarbij enkel het privaat verzekeringssysteem tussenkomt: voorbeelden: België, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk;
- d) landen waarbij zowel het publieke als het private verzekeringssysteem tussenkomt: Frankrijk, Duitsland, Zwitserland.

Er is een tendens om de dekking voor alternatieve geneeswijzen uit te breiden, zowel bij sociale als bij private verzekeringssystemen. Het voordeel daarvan is dat die leidt tot een duidelijke regulering van de niet-conventionele geneeskundige praktijken. In dit verband werd in 1994 binnen de EU een richtlijn van kracht i.v.m. homeopathische geneesmiddelen (dd. 1992). Hierbij streeft men naar één markt voor deze producten met afspraken rond het aanmaakproces, de kwaliteitscontrole, de bijsluiter, de *labeling* en de verkoop.

'EVIDENCE BASED MEDICINE'

'Evidence based medicine' (EBM) staat voor een vrij recente denkrichting binnen de geneeskunde die ernaar streeft om klinische beslissingen zoveel mogelijk te baseren op onderzoeksgegevens uit de wetenschappelijke medische literatuur. Het uiteindelijke doel is aan artsen de kans geven om kwalitatief betere beslissingen te nemen en hun patiënten daarover onderbouwd te informeren. Maar een meta-analyse van de medische literatuur vertelt de clinicus niet hoe een individuele patiënt moet behandeld worden. De filosofie van de EBM-benadering vormt een stevige, maar onvolledige basis om geneeskunde uit te oefenen. Er is een breder denkkader nodig waarbinnen er ruimte blijft voor de andere dimensies van de arts-patiënt-ontmoeting. Aan te halen zijn de persoonlijke ervaring van arts en patiënt, de keuze van deze laatste,

de mogelijke bijwerkingen, algemene ideologische en ethische keuzen en de organisatie van de gezondheidszorg. EBM op zichzelf kan men ook nooit gebruiken om een oordeel te vellen over een al dan niet goede praktijkvoering. Prof. Siep Thomas, een van de belangrijkste drijvende krachten achter de befaamde standaarden van het Nederlandse Huisartsen Genootschap, beweert enerzijds dat de geneeskunde doorzichtiger moet worden, maar ondersteunt anderzijds dat een zuiver op wetenschappelijke onderzoeksresultaten gebaseerd beleid eigenlijk niet mogelijk is. Voor behandelingen waarvoor er in de moderne geneeskunde geen harde bewijzen zijn – en dit is helaas zo voor de meeste behandelingen – blijft de keuze van therapie gebaseerd op de klinische ervaring van de zorgverlener, of die nu conventioneel is of niet. Hierbij is het gepast dat men de patiënt ook de ‘therapeutische vrijheid’ laat om te kiezen tussen een conventionele of een niet-conventionele behandeling nadat hij/zij voldoende voorgelicht is over al de mogelijke behandelingswijzen, hun mogelijke resultaten en ongewenste effecten.

GEITEWOLLENSOKKENGENEESKUNDE?

In de hele discussie over de waarde van alternatieve geneeswijzen komt steevast het argument dat de alternatieve geneeswijzen niet wetenschappelijk zijn. Maar wat is wetenschap? In de conventionele geneeskunde herdefinieert wetenschap zich zelf alle dertig-veertig jaar. In de negentiende eeuw lag de klemtoon op de pathologische anatomie. Daarna kwamen labo en bacteriologie op de voorgrond. Nu ligt de nadruk op statistiek met gerandomiseerde controlestudies. Vergeten we echter niet dat alternatieve geneeskunde een grote bijdrage geleverd heeft tot de huidige wetenschappelijke methoden. Zo werd de eerste ‘dubbel blind studie’ in 1844 uitgevoerd door een homeopaat in Wenen. In de conventionele geneeswijze bestaat er ook een spanning tussen geneeskunst en geneeskunde.

Het positief wetenschappelijk bewijs is momenteel nog niet sluitend te leveren. Merken we op dat er wel studies bestaan die een mogelijk effect aantonen. Zo kon men lezen in een artikel in *The Lancet* dat na een meta-analyse homeopathie bij allergische astma méér zou doen dan placebo (Reilly, e.a.) . Dit toonde men ook aan voor duizeligheid bij Menière. Bij acupunctuur (P6-punctie) vond men goede resultaten qua misselijkheid na operaties en chemotherapie en bij postoperatieve tandpijn (NIN). In een studie in de VS, gepubliceerd in de *New England Journal of Medicine* , tonen Cherkin e.a. aan dat fysiotherapie en chiropraxie dezelfde resultaten geven bij lage rugpijn. Een Britse studie toont meer voordelen voor chiropraxie aan, een studie in Zweden toonde geen verschil. Ook voor nekpijnen wordt de effectiviteit als bewezen aanvaard. Dit is ook de reden waarom een uitgebreide studie door de Europese Unie (Cost B4, ‘Unconventional medicine in Europe’) voorhoudt dat deze niet-conventionele geneeswijzen méér zijn dan een sociologisch fenomeen. Ze behoren voor een deel tot de wetenschap, hoewel verder onderzoek absoluut noodzakelijk is, niet alleen voor het zoeken naar bewijzen, maar ook voor het verbeteren en verder uitwerken van de therapieën. Merken we op dat de meeste NCG relatief veilig zijn en weinig ongewenste effecten vertonen. Zo is de premie voor beroepsaansprakelijkheid van homeopaten een van de laagste die er voor geneesheren bestaat.

Wetenschappelijk onderzoek bij NCG kent echter heel wat problemen. Aan de universiteiten stellen we vast dat er grote problemen zijn om geld in te zamelen voor onderzoek naar klinische toepassingen van NCG aangezien het meeste geld naar fundamenteel onderzoek gaat. Daartegenover is er de vrees van universiteiten om hun wetenschappelijke reputatie te verliezen. Negatieve resultaten bij onderzoek van NCG staan niet goed op een wetenschappelijke publicatielijst en positieve resultaten zullen als verdacht aangezien worden. De laatste jaren merken we wel een kentering. Voor homeopathie is er bijvoorbeeld momenteel een honderdtal universiteiten en instituten dat geïnteresseerd is om onderzoek te doen, terwijl dit er in het begin van de jaren 1990 slechts twintig waren.

Bij de industrie is er niet veel belangstelling voor onderzoek omdat er geen patentbescherming is en dus weinig vooruitzicht op winst. Ook bestaat de vrees dat voor bepaalde indicaties de goedkopere niet-conventionele geneesmiddelen de duurdere moderne producten zouden kunnen vervangen.

Niet-conventionele zorgverleners zijn niet gemotiveerd om vorserswerk te doen omdat ze onvoldoende kennis hebben van wetenschappelijk onderzoek. Ze beweren bovendien dat wetenschappers hoe dan ook geen absolute waarheid kunnen op-eisen. Wat vandaag in de geneeskunde waar is, kan morgen weerlegd worden. Sommige NCG zijn gebaseerd op jarenlange ervaringen en oude wijsheden en staan niet open voor kritiek. Veelal is er een diep, haast religieus geloof in de methoden, zodat een wetenschappelijke proef over NCG hen niet zou kunnen overtuigen dat hun handelwijze niet juist is. Ze hebben tevens een persoonlijke status en een broodwinning te verliezen als een theorie verworpen wordt. Niet-conventionele zorgverleners verwerpen ook dikwijls studies door aan te voeren dat de testopstellingen niet goed waren of dat er geen juiste methodieken gebruikt werden. Daartegenover voeren ze aan dat ook heel veel methoden uit de conventionele geneeskunde, indien men dezelfde strenge eisen zou stellen, de wetenschappelijke proeven ook niet zouden doorstaan.

MEER MEDISCH-WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK A.U.B.!

Het is perfect mogelijk om wetenschappelijk onderzoek uit te voeren op NCG als men de meest gereede methodologie kiest en aanwendt. NCG vereisen een actieve deelname van het organisme en doen een beroep op de zelfgenezende capaciteiten ervan. Ze beïnvloeden geen aparte functies of mechanismen, maar werken via een verandering in het gehele dynamische systeem van de patiënt. Hierbij dient dus rekening gehouden met de karakteristieken van elke patiënt. De concrete behandeling zal op die manier afhangen van allerhande individuele verschillen en reacties van de patiënt en ingesteld worden na een specifieke diagnosestelling. Goed onderzoek kan dus geen resultaten opleveren die geldig zijn voor grote groepen, maar moet rekening houden met een ruime graad van verscheidenheid bij de verschillende onderzochte personen.

De beste methode die hiervoor gebruikt kan worden, is de enkelvoudige longitudinale observatiestudie. De onderzoeken zullen aldus in een observationeel studie-

model moeten gebeuren en niet in een experimentele situatie. Bovendien kan het niet gaan om 'n eenmalige meting, maar is er een meting over een bepaalde tijds-spanne vereist (longitudinale studie). Bij dit onderzoek zullen steeds dezelfde persoon alsook dezelfde zorgverlener betrokken zijn, zodat het effect van de arts-patiënt-relatie mee in rekening genomen wordt. Na een basisobservatiefase kunnen dan de diverse vormen van behandeling toegepast worden, inclusief placebo. Dit doet geen afbraak aan de specifiek diagnostische procedure en de individuele selectie van geneesmiddelen. Dit soort onderzoek, de longitudinale observatie, is ook nodig omdat NCG beweren nuttig te zijn bij chronische ziekten en tevens een preventieve werking zouden hebben.

Ondanks alle controverse is wetenschappelijk onderzoek over NCG hoe dan ook noodzakelijk. De enige manier om de efficiëntie, de veiligheid en de kosten/bateneffecten van NCG te evalueren, is te zorgen voor een voldoende ruim budget. Niet-conventionele zorgverleners moeten zich organiseren om methoden en criteria voor de goedkeuring van onderzoeksprotocollen in overleg met de conventionele geneeskunde vast te leggen. De patiënt heeft immers het recht te weten wat de wetenschappelijke waarde, de gevaren en de grenzen zijn van de verschillende NCG. Al is het maar omdat zij van toepassing zijn in een domein dat het hoogste goed betreft: de gezondheid. Patiënten moeten in het centrum van het debat geplaatst worden en er moet aandacht zijn voor aspecten van de kwaliteit van het leven. Het Europees Parlement stemde op 29/5/'97 een resolutie die pleit voor een erkenning van NCG op voorwaarde dat de resultaten van de studies dit toelaten.

OPLEIDING EN BIJSCHOLING IN NCG

In Europa merkt men dat de opleiding in NCG meer en meer academisch wordt met uitreiking van diploma's, gedoceerd aan en erkend door universiteiten. Dit zorgt voor een langetermijnengagement van de student die profiteert van beter geplande curricula. Vooraleer in te gaan op bepaalde onderwerpen komen ook meer en meer gegevens van anatomie en fysiologie aan bod. Nieuw is ook dat er aandacht besteed wordt aan opleiding in onderzoeksmethodologieën. Daartegenover is er een tendens om ook in de moderne opleiding de studenten te onderwijzen over niet-conventionele geneeswijzen. Dit moet de toekomstige zorgverlener toelaten om te communiceren met patiënten die gebruik (willen) maken van zulke behandelingen. In Nederland blijkt dat bijna alle huisartsen van tijd tot tijd patiënten verwijzen naar alternatieve zorgverleners. De helft voert zelf een alternatieve praktijk, meestal homeopathie. Volgens een door Knipschild uitgevoerd onderzoek geloven vele huisartsen bovendien zelf in de werkzaamheid van NCG.

Algemeen gesproken luidt het dat zowel de niet-conventionele als de conventionele zorgverleners hun eigen grenzen moeten kennen en dat patiënten er moeten kunnen op rekenen dat zorgverleners meer effectieve opties kunnen aanbevelen, conventionele of niet-conventionele.

BESLUIT

NCG zitten om velerlei redenen in de lift, niettegenstaande het feit dat de moderne geneeskunde nog nooit zo'n goede kwaliteit kon aanbieden aan zoveel mensen. Vele gebruikers zijn tevreden met de behandeling door de niet-conventionele geneeskunde en vinden dat de benadering en het denkpatroon van de NCG beter aansluiten bij hun leefstijl. In de plaats van een gebrek aan openheid merken we in de meeste Europese landen een tendens tot meer tolerantie en integratie t.a.v. NCG. In verschillende landen is er reeds een wettelijke regeling en komen sociale en private verzekeringen tussen in de kosten. Dit alles laat een betere regulering van de NCG toe, die de bevolking enkel ten goede kan komen op het vlak van kosten, grenzen-afbakening en gegevensuitwisseling.

De wetenschappelijk bewezen geneeskunde vormt een goede, maar onvolledige basis om geneeskunde uit te oefenen. Er is een ruimer denkkader nodig waarbinnen ook ruimte is voor andere dimensies van de arts-patiënt-ontmoeting. Ook in niet-conventionele geneeskunde moet er gedegen wetenschappelijk onderzoek gebeuren om de veiligheid en de effectiviteit vast te stellen. De mensen hebben daar recht op. De gebruikte methodologieën en protocollen moeten wel aangepast worden aan de specifieke werkwijze van die geneeswijzen.

NCG behandelen veelal aandoeningen waarvoor de moderne geneeskunde ook nog geen afdoende wetenschappelijke oplossingen kan bieden. Voor die kwalen kan men in het kader van de keuzevrijheid van de patiënt aan de niet-conventionele geneeswijzen een aanvullende rol toekennen. Dit vraagt om een dialoog tussen conventionele en niet-conventionele geneeskunde en een kennis van elkaars behandelingsmethoden. De opleiding van zowel conventionele als niet-conventionele zorgverleners moet in die zin aangepast worden. Een goed voorgelichte patiënt heeft in het kader van zijn therapeutische vrijheid in die gevallen het recht te kiezen voor die behandeling die het best aansluit op zijn leefstijl.

En gezien het grote succes van de niet-conventionele geneeswijzen en de veelal gelijke tevredenheid kan wellicht ook de moderne geneeskunde leren van de manier waarop niet-conventionele zorgverleners voldoende tijd besteden aan de gehele persoon en op een subtiele manier gebruik maken van het placebo-effect.

BIBLIOGRAFIE

- ANGEL, M., KASSIRER, J.P., Alternative medicine – the risks of untested and unregulated remedies, 1998, *New England Journal of Medicine*, 839-841.
- CHERKIN, D.C., DEYO, R.A., BATTIE, M., et al., A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain, *New England Journal of Medicine*, 339 (15), 1021-1029.
- Cost B4, EUROPEAN COMMISSION, *Unconventional medicine in Europe, annual report 1997*, directorate-general XII.
- DEGRYSE, J., Evidence based medicine en de clinicus, *Huisarts nu*, 1998, 6, 151-159.
- EISENBERG, D.M., DAVIS, R.B., ETTNER, S.L., et al., Trends in alternative medicine use in the united states, 1990-1997, *Jama*, 1998, 280 (18), 1569-1575.
- FONTANAROSA, P.B., LUNDBERG, G.D., Alternative medicine meets science, *Jama*, 1998, 280 (18), 1618-1619.
- G.S., Alternatieve geneeswijzen en klassieke geneeskunde, *Test-Aankoop Magazine*, 1991, 336, 4-12.
- G.S. en M.S., Chiropractie nader bekeken, *Test Gezondheid*, 1998, 26, 14-17.
- HAHNEMANN, S., Se soigner par l'homéopathie, *Test Santé*, 1997, 22, 26-27.
- LEMIENGRE, M., Evidence based medicine, 1998, *Huisarts nu*, 6, 147-150.
- LINDE, K., CLAUSIUS, N., RAMIREZ, G., Zijn de klinische effecten van de homeopathie placebo-effecten?, *Similia Similibus Curentur*, 1997, 27(4), 8-19.
- REILLY, D., TAYLOR, M.A., BEATLLE, N.G.M., Is evidence for homoeopathy reproducible?, *The Lancet*, 1994, 344, 1601-1606.
- SCHEPPERS, R.M.J., HERMANS, H.E.G.M., Alternatieve geneeswijzen in Nederland, *Huisarts en Samenleving*, 1998, 111-121.
- SHAW, D., LEON, C., MURRAY, V., et al., Patients' use of complementary medicine, *The Lancet*, 1998, 352, 408.
- SHEKELLE, P.G., What role for chiropractic in health care?, *New England Journal of Medicine*, 1998, 1074-1075.
- VAN DIJK, P., *Geneeswijzen in Nederland*, Uitgeverij Ankh-Hermes bv – Deventer, 4de herziene druk.
- WAYNE, B.J., Alternative Medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future, *Jama*, 1998, 280 (18), 1616-1618.
- Arrest van het Hof (Zesde Kamer) van 15 oktober 1998, in zaak C-283/97: Commissie van de Europese Gemeenschappen tegen Koninkrijk België (niet-nakoming – richtlijn 92/73/EEG – geen uitvoering binnen gestelde termijn) (98/C 378/05).
- EUROPEES PARLEMENT, Resolutie over de status van de niet-conventionele geneeskunde, *Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen*, 16.6.1997, C-182/67-70.
- NIN Consensus Development Panel on Acupuncture, Acupuncture, *Jama*, 280 (17), 1518-1524.
- RAPPORT DU GROUPE DE CONTACT DU FNRS ASSOCIANT DES REPRESENTANTS DES FACULTES DE MEDECINE ET DES ACADEMIES ROYALES DE MEDECINE, Les pratiques non conventionnelles: évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité par analyse des essais clinique et des études scientifiques, octobre 1998, 1-33.