

Beroepsprofiel



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
ACUPUNCTUUR



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
ACUPUNCTUUR

Beroepsprofiel

Acupuncturist NVA

Colofon

In opdracht van het Kernbestuur van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur NVA is dit beroepsprofiel ontwikkeld door de Commissie de Wit. Deze is daarbij uitgegaan van een door het Instituut voor Leerplanontwikkeling SLO ontwikkeld modelprofiel.

De genereus verleende toestemming tot gebruik van het modelprofiel wordt door de NVA zeer op prijs gesteld.

De totstandkoming van dit profiel is weliswaar gedragen door de leden van de Commissie de Wit, maar zou zonder de inzet van tal van anderen niet mogelijk geweest zijn. De NVA is allen die een steentje hebben bijgedragen daarvoor zeer erkentelijk. In het bijzonder willen wij hierbij dank zeggen aan prof. dr. ir. A. Bos en mw. S.I.F. Verwaal (sinoloog) voor hun bijdrage.

Commissie de Wit

<i>naam</i>	<i>functie</i>	<i>namens/hoedanigheid</i>
Drs. H. Hummelen, arts	voorzitter	Kernbestuur
Dhr. R. van Beekum	penningmeester	Afdeling Onderwijs & Wetenschap
Dhr. H.P.M. Verdonk	lid (t/m 1996)	Afdeling Onderwijs & Wetenschap
Dhr. M. Wouters	lid	Afdeling Onderwijs & Wetenschap
Mw. J.G.A. Bastemeyer	lid	Afdeling Gedrag & Welzijn
Mw. E. Olie	lid	Afdeling Gedrag en Welzijn
Dhr. Y.J. Swart	lid (tot juni 1992)	Afdeling Gedrag & Welzijn (tot juni 1992)
Dhr. A. de Wit	adviseur (t/m 1995)	Oud-inspecteur van Volksgezondheid voor de paramedische beroepen en indertijd lid van de Commissie Muntendam
Mw. J.H. Gerrits	notulist	bureaucoördinator NVA

Eindredactie eerste druk

Dr. P.H. van Setten, arts, onder meer oud-voorzitter van de Colleges van Advies inzake respectievelijk het beroep van fysiotherapeut en het beroep van podotherapeut

Redactie en layout

BP2 Beeldplan Boekplan, Warfhuizen

Omslag en titelpagina

One Shoe, Utrecht

Distributie

Secretariaat NVA
Van Persijnstraat 17, 3811 LS Amersfoort
t. 033 4616141
f. 033 4654062
e: nva@acupunctuur.nl
i: www.acupunctuur.nl

Derde, geactualiseerde druk, november 2011

Copyright © 1995 Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur, Amersfoort

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoud

Inleiding	6
Waarom een beroepsprofiel en wat houdt dat in?	6
Commissie de Wit: samenstelling en werkwijze	7
Enkele terminologische kwesties.....	7
Structuur van het beroepsprofiel.....	8

Deel A Beroepsprofiel

1 Schets van het beroep van acupuncturist	10
Algemeen	10
Hulpverlening: samenspel tussen patiënt en acupuncturist.....	10
Randvoorwaarden	10
Het behandelingsproces	11
Relatie acupuncturist - andere hulpverleners	13
Praktijkvoering	13
Peil van beroepsuitoefening.....	13
2 Taakgebieden van de acupuncturist	14
Algemeen	14
Korte omschrijving van het beroep	14
Indeling in taakgebieden	14
Omschrijving van de taakgebieden.....	14
Basisstructuur van de taakgebieden.....	15
3 Overzicht beroepstaken	17
Taakgebied 1 Intake	17
Taakgebied 2 Therapeutisch handelen.....	18
Taakgebied 3 Evalueren	18
Taakgebied 4 Samenwerken met andere zorgverleners	19
Taakgebied 5 Beheren.....	19
Taakgebied 6 Geven van onderwijs en begeleiding	20
Taakgebied 7 Verrichten van wetenschappelijk onderzoek	20
Taakgebied 8 Evalueren van beroepsmatig handelen	21
Taakgebied 9 Ontwikkelen van individuele kennis, kunde en attitude.....	22
Taakgebied 10 Ontwikkelen van het eigen beroep.....	22

Deel B Bijlagen

1 De methode	24
Kernobject van handelen	24
Definitie acupunctuur.....	24
Ontwikkeling van de acupunctuur	24
Traditionele Chinese wereldbeschouwing.....	24
Basis van de elementenleer.....	25

Systeemdenken.....	27
Acupunctuur binnen de Traditionele Chinese Geneeskunst (TCG)	28
Acupunctuur en het Westen	29
Wetenschappelijk onderzoek	30
Algemeen	30
Effectonderzoek	30
Literatuur	32
2 Geschiedenis van TCG en acupunctuur.....	33
De prehistorische periode	33
Van 3000 tot 2197 v. Chr.....	33
Van 2197 - 1122 v. Chr. (De eerste twee dynastieën).....	34
Van 1122 v. Chr. - 220 n. Chr.....	34
De Zhou (Chou)-dynastie (1122 - 249 v. Chr.)	34
De Qin (Ch'in)-dynastie (221 - 210 v. Chr.)	36
De Han-dynastie. (206 v. Chr. - 220 na Chr.)	36
China van 220 tot 1644.....	36
China van 1644 tot heden	37
De Qing (Ch'ing)-dynastie. (1644 - 1912).....	37
De republiek China	37
3 Literatuurhistorie van TCG en acupunctuur.....	39
Inleiding.....	39
Standaardwerken over de acupunctuur	39
Literatuuronderzoek	40
Enkele standaardwerken voor acupunctuurstudie	41
4 Het beroep.....	42
Korte omschrijving	42
De benaming <i>acupuncturist</i>	42
Autonoom beroep.....	42
Eigensoortige therapie	42
Acupunctuur als substituutbehandeling.....	43
Evolutie van het beroep	43
Opkomst van het beroep in Nederland	43
Maatschappelijke vraag	43
Maatschappelijke acceptatie en plaatsbepaling.....	44
Ontstaan van opleidingen en beroepsorganisaties.....	45
5 Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur.....	46
Ontstaan vanuit opleidingen	46
Organisatie van de NVA	46
Doelstellingen van de vereniging	46
Organisatiestructuur van de vereniging.....	47
Voordelen van deze organisatiestructuur voor de vereniging	49
Functies van de vereniging	49
Dienstverlening naar leden en niet-leden	49
Consensus en reglementering	50
Profileren van het beroep.....	51
Optimaliseren van de maatschappelijke acceptatie.....	52
Optimaliseren van een (wettelijke) status van het beroep.....	52
Kwaliteitsbeleid als centraal thema	52
Kennis, vaardigheid en attitude	52
Praktijkvoering.....	53
Kwaliteitshandhaving	54
Registratie.....	54
Tripartite overleg.....	54
Kwaliteitseisen van overkoepelende patiëntenorganisaties	54
Behandeling van klachten	54

6 Wijze van beroepsuitoefening	55
Algemene trends en ontwikkelingen binnen de reguliere gezondheidszorg	55
Schets van de reguliere Nederlandse gezondheidszorg	55
Algemene trends binnen de reguliere zorg	55
Ontwikkelingen binnen de reguliere zorg	56
Trends en ontwikkelingen binnen het beroep van acupuncturist	58
Inleiding	58
Naar aanleiding van Nota 2000 en Ontwerp Kerndocument	58
Naar aanleiding van de Wet BIG	58
Naar aanleiding van de Wet Stelselwijziging Ziektekostenverzekering	59
Acupunctuur versus reguliere geneeskunde	59
Hoe zijn acupunctuur en reguliere geneeskunde te verenigen?	59
Integratie van acupunctuur in de reguliere geneeskunde	59
Synergie van acupunctuur en reguliere geneeskunde	60
Synergie-aspecten	60
Synergiemodel	61
Acupunctuur in de nederlandse gezondheidszorg	62
Plaats en afbakening	63
Acupunctuur en de Wet BIG	63

Inleiding

Acupunctuur heeft in de afgelopen twintig jaar gaandeweg meer voet aan de grond gekregen in onze maatschappij; het aantal beroepsbeoefenaren is sterk gegroeid. Een toenemende acceptatie van alternatieve geneeswijzen enerzijds, en de opbloei van opleidingen in Nederland zelf anderzijds, zijn hiervoor bepalend geweest. Met de inwerkingtreding van de Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg (Wet BIG) kwam het beroep van acupuncturist uit de gedoogsfeer en leek de tijd rijp voor een intensiever streven naar erkenning.

Primair is daartoe duidelijkheid nodig over de inhoud van het beroep. In het verlengde daarvan is het van belang de bijdrage te kennen die het beroep aan het stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg kan leveren. Gedacht kan daarbij worden aan de kwaliteit van de zorg, aan reductie van de vraag naar (dure) voorzieningen en daarmee aan kostenbeheersing.

Het verschaffen van die duidelijkheid is bij het huidige terugtreden van de overheid een taak van het beroepsveld.

Helaas lukte het de verschillende organisaties die zich bezig houden met acupunctuur niet, om overeenstemming te bereiken over de fundamentele kwestie van de opleidingseisen. Daarmee werd het totstandkomen van een koepelorganisatie van beroepsverenigingen van acupuncturisten vooralsnog ver vooruitgeschoven.

De Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), de grootste beroepsorganisatie van acupuncturisten in Nederland, heeft gezien haar statutaire doelstellingen en de ontstane situatie besloten het voortouw te nemen. Medio 1991 verstrekten het Kernbestuur van de vereniging aan de daartoe ingestelde Commissie de Wit de opdracht tot het formuleren van een gevalideerd profiel van het beroep van acupuncturist. Dit profiel zou als uitgangspunt moeten dienen voor overleg met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheid inzake plaats en aandeel van de acupuncturist in het stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg.

Waarom een beroepsprofiel en wat houdt dat in?

De NVA was niet de eerste organisatie die zich bezig ging houden met het beschrijven van beroep en beroepsinhoud. In opdracht van het toenmalige Ministerie van WVC is in 1985 door het Instituut voor Leerplanontwikkeling SLO een model-beroepsprofiel ontwikkeld ten behoeve van standaardisatie en eenduidige notatie van beroepsbeschrijvingen in de gezondheidszorg. Het model beschrijft een beroepsinhoud door de beroepstaken te verdelen over bepaalde taakgebieden. Volgens dit model werden door het SLO, wederom in opdracht van en gefinancierd door WVC, in de loop van vijf jaar een twaalfstal beroepen beschreven.

De Commissie de Wit heeft met – in bijzondere dank aanvaarde – toestemming van het SLO gebruik gemaakt van het model-beroepsprofiel. Zodoende hoefde het wiel niet opnieuw uitgevonden te worden en werd bovendien aansluiting verkregen bij een zich ontwikkelende standaardisatie.

Het beroepsprofiel acupuncturist is een gestructureerde verzameling uitspraken over taken die als regel tot de uitoefening van het beroep van acupuncturist worden gerekend. Het geheel is gebaseerd op een samenspraak van beroepsbeoefenaren over wat het beroep inhoudt.

Hoewel in eerste instantie geschreven ten behoeve van plaatsing van het beroep binnen het stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg, kan het, met eventuele aanpassingen, ook voor andere doeleinden gebruikt worden. Te denken valt aan opleiding en nascholing, aan intercollegiale toetsing, aan tuchtrechtelijke aspecten en aan ontwikkeling van het beroep op langere termijn.

Acupunctuur als beroep is geen statische zaak, net zo min als de maatschappij waarbinnen het beroep uitgeoefend wordt. Het beroepsprofiel is als het ware een momentopname en dient van tijd tot tijd geactualiseerd te worden.

Samenstelling en werkwijze van de Commissie de Wit zijn met opzet zó gekozen, dat het voor u liggende resultaat van haar werkzaamheden een *gevalideerd* beroepsprofiel genoemd kan worden. Dat wil zeggen dat het vanuit *inhoudelijke deskundigheid* is opgesteld en *representatief* weergeeft hoe NVA-leden over hun beroepsuitoefening denken.

Commissie de Wit: samenstelling en werkwijze

Zoals eerder vermeld kon in het overleg met andere beroepsorganisaties van acupuncturisten geen overeenstemming bereikt worden over de opleidingseisen. Daarmee waren de kansen op een koepelorganisatie verkeken.

Van de naar schatting drieduizend acupuncturisten in Nederland is ruim de helft georganiseerd; de grote ledenaantallen zijn te vinden bij drie organisaties met respectievelijk circa 300, 350 en 1000 leden. De NVA omvat met bijna 1000 leden bijna de helft van het georganiseerde beroepsveld. Gezien de mogelijke consequenties en de geloofwaardigheid van de NVA als gesprekspartner voor patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheid, leek het zaak om binnen de vereniging in ieder geval te streven naar consensus over het beroepsprofiel.

Daarom werd bij de samenstelling van de Commissie de Wit niet alleen op inhoudelijke deskundigheid gelet, maar ook op representativiteit voor het geheel van de NVA. Dit resulteerde in een commissie van vijf leden: twee uit de afdeling Gedrag & Welzijn, twee uit de afdeling Onderwijs & Wetenschap en een lid van het Kernbestuur als voorzitter.

Haar naam ontleende de commissie aan de door haar aangezochte adviseur, de heer A. de Wit, oud-inspecteur van Volksgezondheid ten behoeve van de paramedische beroepen. De heer de Wit had indertijd zitting in de Commissie Muntendam en geniet sindsdien grote bekendheid, vooral vanwege zijn inzet voor kwaliteitsverbetering van de alternatieve opleidingen en erkenning van alternatieve geneeswijzen.

De Commissie de Wit heeft op basis van inventarisatie van de kernpunten van het beroep een conceptprofiel opgesteld. Na becommentariëring door beleidsgroepen binnen de NVA volgde een aantal malen bijstelling van het concept.

Voor de redactie werd professionele capaciteit ingehuurd en de arts P.H. van Setten werd bereid gevonden de eindredactie te voeren.

Uiteindelijk werd het conceptberoepsprofiel door de Ledenvergadering van de NVA goedgekeurd en verkreeg daarmee de status van gevalideerd beroepsprofiel acupuncturist.

Vanzelfsprekend is de validiteit van het profiel (vooralsnog) beperkt tot NVA-leden.

Bij de tweede en derde druk is het profiel waar nodig aangepast aan gewijzigde omstandigheden in het veld.

Enkele terminologische kwesties

Hoewel de overheid vrij recent de term ‘behandelwijze’ gemunt heeft, blijft de NVA de overtuiging toegedaan dat het bij acupunctuur om een geneeswijze gaat.

Acupunctuur is onderdeel van het handelingsarsenaal van de Traditionele Chinese Geneeskunst (TCG) en vindt haar indicatie dan ook in een TCG-diagnose. Omdat in Nederland in deze een ‘pars-pro-toto’-effect is opgetreden, wordt van acupunctuur gesproken, ook als daarmee integrale toepassing van TCG bedoeld wordt.

Het begrip preventie heeft binnen de acupunctuur een ruimere betekenis dan in de reguliere geneeskunde gebruikelijk is. Klachtenpatronen die in de reguliere geneeskunde onvoldoende grond voor een diagnose opleveren, kunnen in de acupunctuur vaak al tot adequate behandeling leiden.

Om praktische redenen zijn in dit stuk consequent de woorden ‘acupuncturist’ en ‘hij’ gebruikt. Dit neemt niet weg dat onder acupunctuurbeoefenaren personen van beiderlei kunne worden agetroffen.

Voor de schrijfwijze van uit het Chinees overgenomen termen en namen (met uitzondering van boektitels) is de Pinyin transcriptie gehanteerd.

Waar dienstig is tussen haakjes een verwijzing opgenomen naar andere delen in dit stuk. Deze verwijzingen zijn consequent voorzien van een letter A (voor het eigenlijke beroepsprofiel) of een letter B (voor de bijlagen). In voetnoten tenslotte vindt u details, referenties, citaten en, waar nodig, een korte uitleg van gehanteerde begrippen.

Structuur van het beroepsprofiel

Conform het door SLO ontwikkelde modelberoepsprofiel is ook het beroepsprofiel acupuncturist opgebouwd uit *twee* delen.

Deel A

Het eerste deel is het eigenlijke beroepsprofiel en omvat:

Schets van het beroep

Aangezien het SLO-model een strakke, precieze en puntsgewijze opsomming van taakgebieden en daaronder ressorterende taken vereist, spreekt het resultaat weinig tot de verbeelding. In de schets van het beroep wordt daarom op meer verhalende wijze beschreven hoe ‘de acupuncturist’ zijn beroep ziet.

Taakgebieden van de acupuncturist

Dit deel bevat een korte omschrijving van het beroep, omschrijving van de tien taakgebieden en de basisstructuur van de taakgebieden.

Overzicht beroepstaken

Hierin worden puntsgewijs de verschillende beroepstaken weergegeven, geordend binnen tien taakgebieden.

Deel B

Het tweede deel bevat bijlagen, die de hoofdstukken uit het eerste deel ondersteunen en toelichten. In deze bijlagen komen respectievelijk aan de orde: de methode, de geschiedenis en de literatuurhistorie van de TCG en de acupunctuur. Daarna wordt dieper ingegaan op het beroep, de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) en de wijze van beroepsuitoefening.

Deel A

beroepsprofiel

1

Schets van het beroep van acupuncturist

1.1 Algemeen

Het hierna volgende eigenlijke beroepsprofiel is een strikte, koel opgesomde indeling van het beroep in taakgebieden en daaronder ressorterende taken. Ter inleiding hierop vindt u in deze schets een impressie van het werkgebied van de acupuncturist: een verhalende beschrijving van de hoofdzaken waarom het in dit beroep draait en met name van de gang van zaken bij het contact tussen patiënt en acupuncturist. De in het beroepsprofiel gehanteerde indeling in taakgebieden en beroepstaken is feitelijk niet meer dan een gedetailleerde uitwerking van hetgeen in deze schets aangestipt wordt. In de bijlagen (deel B) wordt een groot aantal zaken verder toegelicht.

Het beroep van acupuncturist behelst individuele hulpverlening en kent vier aandachtsgebieden:

- de feitelijke hulpverlening, samenspel tussen patiënt en acupuncturist (§ A2.2, taakgebied 1 t/m 3)
- de relatie tussen acupuncturist en andere hulpverleners in de gezondheidszorg (§ A2.3, taakgebied 4)
- de praktijkvoering (§ A2.4, taakgebied 5)
- het bewaken en handhaven van het peil van beroepsuitoefening (§ A2.5, taakgebied 6 t/m 10)

1.2 Hulpverlening: samenspel tussen patiënt en acupuncturist

1.2.1 Randvoorwaarden

Zoals bij elke ontmoeting tussen individuen wordt ook een hulpverleningssituatie bepaald door een aantal algemene psychosociale factoren. Te noemen zijn de normen en waarden die voortvloeien uit cultuur en opvoeding, de sociale omstandigheden, het persoonlijk verleden, de karaktereigenschappen en zeker ook de rol en de positie van elk der deelnemers in de ontmoeting.

Daarnaast spelen bij de hulpverlening van de acupuncturist enkele specifieke factoren een rol: de aandoening of ziekte, de vraag of en in hoeverre acupunctuur hiervoor geïndiceerd is, de vraag of en in hoeverre acupunctuur aan verwachtings- en behoeftenpatroon van de patiënt kan voldoen en, last but not least, kennis, vaardigheden en beroepshouding van de acupuncturist.

Dit kader van factoren bepaalt de mate waarin acupunctuur en acupuncturist voor een bepaalde patiënt toegankelijk zijn. Hierbinnen moeten patiënt en acupuncturist een vertrouwensrelatie zien op te bouwen. Dit kader begrenst echter ook de keuzevrijheid binnen het behandelingsproces.

Aandoening of ziekte

Aandoeningen of ziekten kenmerken zich veelal door een procesmatig verloop, zijn acuut of chronisch van karakter en mede bepaald door leefsituatie en manier waarop de patiënt ermee omgaat. Een en ander is van invloed op aard en mate van de interventiemogelijkheden.

Acupunctuur geïndiceerd?

In de acupunctuur wordt ziekte beschouwd als een verstoring van het energetisch evenwicht van mens (of dier). Deze verstoring kan zich op verschillende niveaus manifesteren, kan globaal of lokaal zijn. Door prikkelen van daartoe aangewezen lichaampunten met naalden, moxatechnieken¹, massage of cupping² tracht de acupuncturist de evenwichtsverstoring te herstellen. Daarbij kijkt hij naar de totale energetische toestand van de patiënt met alle daarbij behorende en voor iedere patiënt unieke somatische, psychische en sociale facetten.

¹ Moxa is een substantie, meestal de Echte Bijvoet (*Artemisia Vulgaris*), die smeulend op de naald of indirect op de huid geplaatst wordt. Daardoor wordt het betreffende punt door warmte geprikkeld.

² Bij cupping worden lichaampunten geprikkeld door een glaasje (cup) op de huid te plaatsen en tussen huid en cup een vacuüm te zuigen.

In het algemeen is acupunctuur preventief en curatief geïndiceerd, zeker zolang de energieverstoring nog niet tot ernstige pathologisch-anatomische veranderingen heeft geleid c.q. zolang de ernst van die veranderingen geen sneller ingrijpen eist dan de acupunctuur kan bieden. In pathologische eindstadia kan acupunctuur vaak palliatief toegepast worden om verlichting te bieden.

Acupunctuur een antwoord op verwachtings- en behoeftenpatroon?

Patiënten zijn er in vele categorieën, maar voor allen geldt dat zij verwachten baat te hebben bij een behandeling. Dat verwachtingspatroon kan variëren van volledig herstel, stabilisatie van de aandoening of beperking van de gevolgen, tot leren omgaan met de gevolgen en zo lang mogelijk een (mens)waardig bestaan leiden.

Zoals hiervoor gesteld, veel hangt af van het moment waarop de acupuncturist ingeschakeld wordt. Veel is echter ook afhankelijk van de patiënt zelf: diens motivatie, leervermogen³ en belastbaarheid⁴ spelen een belangrijke rol.

Kennis, vaardigheden en beroepshouding van de acupuncturist

Door acupunctuuropleiding en nascholing worden inzicht, kennis en vaardigheid verkregen inzake:

- mogelijkheden van en voorwaarden voor menselijk functioneren;
- oorzaken van disfunctioneren;
- onderzoeksmethoden met betrekking tot disfuncties;
- samenstellen en uitvoeren van behandelingsprogramma's om invloed uit te oefenen op het menselijk functioneren, waardoor stoornissen zijn te voorkomen, op te heffen of te stabiliseren.

Daarnaast verschaft de door de NVA van haar leden geëiste reguliere (para)medische vooropleiding acupuncturisten de nodige reguliere medische kennis ter ondersteuning van het acupuncturistisch handelen alsmede de voor de omgang met patiënten nodige sociale vaardigheden en attitude.

De acupuncturist kan zijn therapie ondersteunen met het geven van adviezen over eet- en leefpatroon van de patiënt. Kennis van de traditionele Chinese bewegingsleer, meditatie en fytotherapie is voorts nog bij een beperkt aantal acupuncturisten in Nederland aanwezig. De groep acupuncturisten die zich heeft bekwaamd in de Chinese fytotherapie groeit echter sterk.

Om de toegankelijkheid voor patiënten te garanderen is het handelen van de acupuncturist gegrondest op de volgende uitgangspunten:

- hij staat open voor vragen om hulp;
- hij verschaft inzicht in aard en omvang van de hulp die hij kan bieden;
- hij sluit met zijn hulpverlening aan bij de behoeften van de patiënt en de plaats van de patiënt in de samenleving.

1.2.2 Het behandelingsproces

Via anamnese en onderzoek wordt per patiënt vastgesteld of een acupunctuurbehandeling mogelijk is. In dat geval worden de voor behandeling benodigde gegevens verzameld. Op basis daarvan stelt de acupuncturist een diagnose volgens de Traditionele Chinese Geneeskunst (TCG-diagnose) en bepaalt in overleg met de patiënt het behandelingsprogramma. Dit programma wordt vervolgens uitgevoerd en op vooraf bepaalde, in het behandelingsprogramma vastgelegde momenten geëvalueerd.

Anamnese

Anamnese is het via een gesprek en dossierstudie achterhalen van gegevens over de klacht en het functioneren van de patiënt. Het is de taak van de acupuncturist om:

- de hulpvraag te verduidelijken;
- inzicht te krijgen in wat de patiënt verwacht;
- de problemen te inventariseren en op grond daarvan de doelstelling(en) van de behandeling te formuleren.

De problematiek wordt breed beoordeeld, ook in samenhang met andere, eventueel eerder doorge maakte aandoeningen en ziekten. Van belang is dat de acupuncturist contra-indicaties voor de acupunctuur signaleert. Zo nodig verwijst hij de patiënt (terug) naar de huisarts c.q. eventuele verwijzer of pleegt overleg met deze(n).

Bij de inventarisatie van problemen moet een eventueel spoedeisend karakter herkend en adequaat tegemoet getreden worden.

³ Leervermogen is het vermogen tot opnemen, oefenen en toepassen van nieuwe kennis en vaardigheden.

⁴ Belastbaarheid is de lichamelijke en/of geestelijke inspanning die de patiënt kan verdragen bij zijn niveau van functioneren.

Het is noodzakelijk dat de acupuncturist kennis heeft van gesprekstechnieken, dat hij zich bewust is van zijn eigen functioneren en dat hij de invloed van dit functioneren op de patiënt onderkent. Zo nodig verduidelijkt hij zaken aan de patiënt om diens inzicht te vergroten.

Onderzoek

Het acupunctuuronderzoek is het vervolg op de anamnese. Door middel van observatie (zien, horen en ruiken), pols- en tongdiagnostiek, palpatie van meridiaanpunten (met name de zogenaamde alarmpunten), algemeen en specifiek lichamelijk onderzoek wordt het klachtenpatroon van de patiënt nader beoordeeld.

TCG-diagnose

Met behulp van de uit anamnese en onderzoek verkregen gegevens stelt de acupuncturist een TCG-diagnose waaruit blijkt:

- welke energieverstoring zich voordoet;
- welke behandelingsmogelijkheden geïndiceerd zijn.

Behandelingsprogramma

Het behandelingsprogramma wordt in overleg door acupuncturist en patiënt bepaald en komt tot stand op basis van keuzemogelijkheden binnen de gestelde TCG-diagnose. Deze keuzes hangen samen met:

- de specifieke problemen en verwachtingen van de patiënt;
- de ervaring, kennis en interesses van de individuele acupuncturist;
- de relevante wetenschappelijke ontwikkelingen;
- de eerder genoemde randvoorwaarden;
- de door patiënt en acupuncturist in gezamenlijk overleg geformuleerde doelstelling(en) van de behandeling.

Verantwoorde keuzes kunnen alleen gemaakt worden op basis van een wederzijds vertrouwen tussen patiënt en acupuncturist. Het is de taak van de acupuncturist om:

- in overleg met de patiënt (en voor deze goed begrijpelijk) de doelstelling(en) van de behandeling te formuleren;
- een voor die doelstellingen adequaat behandelingsprogramma op te stellen;
- bij meerdere doelstellingen in overleg met de patiënt prioriteiten te stellen;
- tot afstemming van de hulpverlening met de verschillende betrokkenen te komen.

Uiteindelijk dient een behandelingsprogramma dus de volgende gegevens te bevatten:

- de behandelingsdoelstelling(en);
- de toe te passen technieken en middelen;
- de frequentie van de behandelingen;
- de evaluatiemomenten;
- de evaluatiecriteria.

Behandeling (Zie hoofdstuk B1, De methode)

Behandelen is een samenspel tussen acupuncturist en patiënt; beiden streven gezamenlijk naar de gestelde doelen. De actieve inzet van de patiënt, diens leervermogen en belastbaarheid zijn, zeker bij acupunctuur, in belangrijke mate mede bepalend voor het slagen van een behandeling. Goede informatieverstrekking aan de patiënt over de aard van de aandoening en (het verloop van) de behandeling is dan ook een essentieel onderdeel van de behandeling.

Evenals de meeste andere disciplines in de gezondheidszorg kenmerkt een acupunctuurbehandeling zich door een methodische werkwijze⁵.

⁵ Methodisch werken is een consequente, weldoordachte manier van handelen om een bepaald doel te bereiken. Methodisch werken heeft vier kenmerken; het is doelgericht, het verloopt professioneel, het vindt bewust plaats en het streeft naar efficiëntie. Methodisch werken is een voorwaarde om tot een optimale hulpverlening te komen.

Evalueren en beëindigen van de behandeling

Bij evaluatie toetsen acupuncturist en patiënt samen de behandelingsresultaten. Het is de taak van de acupuncturist om:

- in overleg met de patiënt de behandelingsresultaten te toetsen aan de in het behandelingsprogramma geformuleerde doelstelling(en);
- in overleg met de patiënt het behandelingsprogramma bij te stellen;
- in overleg met de patiënt de behandeling te beëindigen zodra blijkt dat de gewenste doelstellingen niet bereikt kunnen worden;
- de behandeling te beëindigen als de gewenste doelstellingen zijn bereikt.

Gedurende de behandeling stimuleert de acupuncturist de patiënt tot zelfzorg.

Bij de afronding van de behandeling behoort voorlichting over een leefwijze die hernieuwde klachten kan voorkomen of een bestaand niveau van functioneren kan handhaven.

1.3 Relatie acupuncturist – andere hulpverleners

De NVA stelt dat de acupunctuur op grond van haar paradigma en de daaruit voortvloeiende methode een autonome discipline binnen de gezondheidszorg vormt. Gezien de bestaande verhoudingen binnen de gezondheidszorg erkent zij echter de huisarts als spil (zie § B6.3.5). Dit impliceert dat de huisarts bij een acupunctuurbehandeling betrokken wordt, c.q. daarvan in kennis gesteld wordt, tenzij de patiënt daar schriftelijk bezwaar tegen maakt.

Indien de patiënt door huisarts of andere geneeskundige is verwezen, dan dient op gebruikelijke wijze gerapporteerd te worden.

Het is in deze de taak van de acupuncturist om:

- de huisarts/verwijzend geneeskundige te informeren over de doelstelling van de behandeling, het behandelingsverloop en de evaluatie.
- de huisarts/verwijzend geneeskundige te informeren over ingrijpende wijzigingen in de doelstelling van de behandeling;
- de huisarts/verwijzend geneeskundige te informeren over (de redenen van) stopzetting van de behandeling.

Indien gewenst geeft de acupuncturist de huisarts/verwijzend geneeskundige inzicht in zijn handelen via informatie over behandelingsmogelijkheden en de te verwachten effecten. Hij pleegt overleg met de huisarts/verwijzend geneeskundige indien hij onvoldoende gegevens heeft betreffende verwijzing of wanneer hij nader onderzoek of begeleiding door een (para-)medicus raadzaam acht. Daarbij kan hij de huisarts/verwijzend geneeskundige op grond van zijn specifieke deskundigheid adviseren.

1.4 Praktijkvoering

Voor onderzoek en behandeling van patiënten dient de acupuncturist uiteraard over een deugdelijke outillage te beschikken. Daarnaast stellen wetgever, NVA en maatschappij een (onvermijdelijk steeds toenemend) scala van voorwaarden aan praktijkinrichting (hygiëne, steriliteit, privacy, comfort), bedrijfsvoering, beheer van gegevens, administratie en financieel beheer.

1.5 Peil van beroepsuitoefening

Het bijhouden van relevante ontwikkelingen in de wetenschap en de acupunctuur en van vaardigheden is uiteraard een eerste vereiste voor het bewaken en handhaven van het peil van de individuele beroepsuitoefening.

Daarnaast is verspreiding en uitbreiding van kennis over acupunctuur noodzakelijk en dient beroepsmatig toepassen van deze kennis regelmatig getoetst en, in samenhang met maatschappelijke ontwikkelingen, bijgesteld te worden.

2

Taakgebieden van de acupuncturist

2.1 Algemeen

2.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Onder de uitoefening van het beroep van acupuncturist wordt verstaan het beroepsmatig:

- behandelen van mensen met lichamelijke en/of psychische klachten met behulp van (een combinatie van) naald-, moxa- en speciale massagetechnieken nadat de, door anamnese en onderzoek verkregen, individuele gegevens systematisch zijn vertaald naar een, uit de Traditionele Chinese Geneeskunst (TCG) bekende, verstoring in de energiehuishouding en nadat op grond daarvan een behandelingsplan is vastgesteld;
- ondersteunen van genoemde technieken door het geven van adviezen met betrekking tot eet- en leefpatronen, beweging, meditatie en fytotherapie.

2.1.2 Indeling in taakgebieden

De beroepstaken van de acupuncturist worden ingedeeld in 10 taakgebieden met een algemene omschrijving.

De eerste vijf taakgebieden hebben betrekking op het *verlenen van (gezondheids)zorg*. De overige taakgebieden zijn toegespitst op (het verbeteren van) de *kwaliteit van de zorg*.

2.2 Omschrijving van de taakgebieden

Taakgebied 1 Intake

Onder het taakgebied intake worden de beroepstaken samengevat die te maken hebben met het inventariseren van de behandelbare grootheden.

Taakgebied 2 Therapeutisch handelen

Onder het taakgebied therapeutisch handelen worden de beroepstaken gegroepeerd die te maken hebben met het preventief, curatief of palliatief behandelen van de patiënt.

Taakgebied 3 Evalueren

Onder het taakgebied evalueren wordt verstaan het meten van het behandelingseffect en het toetsen van dit effect aan daarvoor geldende normen en aan het verwachtingspatroon van patiënt en acupuncturist.

Taakgebied 4 Samenwerken met andere zorgverleners

Dit taakgebied behelst de beroepstaken die betrekking hebben op die aspecten van de beroepsuitoefening van de acupuncturist waarbij samenwerking met andere beroepsbeoefenaren en disciplines binnen de gezondheidszorg een rol speelt.

Taakgebied 5 Beheren

Onder het taakgebied beheren worden die taken van de acupuncturist begrepen, die niet direct patiëntgericht zijn, maar wel noodzakelijk zijn voor een goede zorg- respectievelijk dienstverlening en een rendabele bedrijfsvoering.

Taakgebied 6 Geven van onderwijs en begeleiding

Onder het geven van onderwijs door de acupuncturist worden de beroepstaken samengevat die gericht zijn op het verzorgen van onderwijs in het vakgebied.

Het geven van begeleiding omvat de taken die het begeleiden van stagiaires tot doel hebben.

Taakgebied 7 Verrichten van wetenschappelijk onderzoek

Met het verrichten van onderzoek wordt bedoeld (deelname aan) het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk (effect)onderzoek op het terrein van de acupunctuur.

Taakgebied 8 Evalueren van beroepsmatig handelen

Onder evalueren van het beroepsmatig handelen wordt verstaan het beoordelen van het eigen beroepsmatig handelen en het waarderen ervan door middel van intercollegiale kwaliteits- en interdisciplinaire effectiviteitstoetsing.

Taakgebied 9 Ontwikkelen van individuele kennis, kunde en attitude

Hiermee wordt bedoeld het op peil brengen en houden van de voor het vakgebied acupunctuur relevante individuele kennis, kunde en attitude.

Taakgebied 10 Ontwikkelen van het eigen beroep

Onder het ontwikkelen van het eigen beroep worden de beroepstaken samengevat die bijdragen aan:

- een juiste beeldvorming rondom het beroep;
- de beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering in het kader van de beroepsontwikkeling;
- het overdragen van kennis en kunde aan beroepsgenoten met betrekking tot ontwikkelingen van het beroep.

2.3 Basisstructuur van de taakgebieden

De taakgebieden krijgen structuur door het daarbinnen rangschikken van *globale* uitspraken over de beroepstaken. De beroepstaken die te maken hebben met probleemoplossend handelen, te weten: het signaleren van de vraag, het analyseren van het probleem, het overwegen van mogelijkheden, het zoeken van wegen en middelen, alsmede het opstellen, uitvoeren en afronden/evalueren van een behandelingsprogramma geven reeds een zekere onderverdeling aan.

Taakgebied 1 Intake

- 1.1 Taken met betrekking tot de beroepscode
- 1.2 Taken met betrekking tot de beroepshouding
- 1.3 Taken met betrekking tot de verwijzing c.q. hulpvraag

Taakgebied 2 Therapeutisch handelen

- 2.1 Het analyseren van de klachten
- 2.2 Het opstellen van een behandelingsprogramma
- 2.3 Het uitvoeren van het behandelingsprogramma

Taakgebied 3 Evalueren

- 3.1 Taken in het algemeen
- 3.2 Taken naar de patiënt toe
- 3.3 Taken naar de verwijzer toe

Taakgebied 4 Samenwerken met andere zorgverleners

- 4.1 Taken in het algemeen
- 4.2 Taken als beroepsbeoefenaar
- 4.3 Taken als medewerker van een instelling/organisatie

Taakgebied 5 Beheren

- 5.1 Taken in het algemeen
- 5.2 Taken met betrekking tot patiëntgegevens
- 5.3 Taken met betrekking tot praktijkinrichting, hygiëne en steriliteit
- 5.4 Taken met betrekking tot bedrijfsvoering

Taakgebied 6 Geven van onderwijs en begeleiding

- 6.1 Taken met betrekking tot onderwijs
- 6.2 Taken met betrekking tot begeleiding

Taakgebied 7 Verrichten van wetenschappelijk onderzoek

- 7.1 Taken in het algemeen
- 7.2 Taken in de voorbereidingsfase
- 7.3 Taken in de uitvoeringsfase
- 7.4 Taken in de afrondingsfase/evaluatiefase

Taakgebied 8 Evalueren van beroepsmatig handelen

- 8.1 Het methodisch technisch handelen
- 8.2 De eigen attitude als beroepsbeoefenaar
- 8.3 De organisatie van de beroepsuitoefening

Taakgebied 9 Ontwikkelen van individuele kennis, kunde en attitude**Taakgebied 10 Ontwikkelen van het eigen beroep**

- 10.1 Taken met betrekking tot het verspreiden van kennis en vaardigheden
- 10.2 Taken met betrekking tot maatschappelijke participatie en beroepsprofilering

3 Overzicht beroepstaken

In dit hoofdstuk worden de diverse beroepstaken weergegeven, geordend volgens de in het vorige hoofdstuk uitgewerkte basisstructuur van de tien taakgebieden.

In tegenstelling tot in de huidige zorgverlening geïntegreerde beroepen is het bij acupunctuur (nog) niet mogelijk om de beroepstaken tevens te rangschikken in werkvelden die betrekking hebben op de diverse lijnen in de gezondheidszorg (nulde, eerste, tweede en derde lijn), sport, veterinaire zorg, industrie, overheid en onderzoeksinstituten.

De Commissie de Wit heeft daarom afgezien van het ‘wegen’ van de taken in de diverse werkvelden op basis van ‘frequentie’ en ‘belang’.

3.1 Taakgebied 1 Intake

1.1 Taken met betrekking tot de beroepscode	1.1.1	De acupuncturist: neemt de gedragsregels aangaande de geheimhouding van vertrouwelijke informatie in acht
	1.1.2	houdt zich aan de grenzen van het werkterrein van de acupuncturist
	1.1.3	past de voorschriften en richtlijnen omtrent infectiepreventie, hygiëne en steriliteit toe
	1.1.4	registreert op probleem-georiënteerde wijze
1.2 Taken met betrekking tot de beroepshouding	1.2.1	creëert een veilige omgeving voor de patiënt
	1.2.2	toont openheid, respect en betrokkenheid ten opzichte van de patiënt en zijn omgeving
	1.2.3	staat open voor de hulpvraag van de patiënt, ongeacht diens geslacht, leeftijd, levensfase, gezindheid of de aard van zijn problemen
	1.2.4	verduidelijkt de hulpvraag van de patiënt
	1.2.5	verschafft inzicht in de aard en de omvang van de hulp die een acupuncturist kan bieden
	1.2.6	sluit met zijn hulpverlening aan bij de behoeften van de patiënt
	1.2.7	stimuleert en respecteert de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt
1.3 Taken met betrekking tot de verwijzing c.q. de hulpvraag	1.3.1	analyseert, indien aanwezig, de verwijzing
	1.3.2	neemt bij onduidelijke of onvolledige verwijzing voor acupunctuurbehandeling contact op met de verwijzer
	1.3.3	analyseert de hulpvraag
	1.3.4	toetst de hulpvraag aan de eigen deskundigheid
	1.3.5	verwijst zo nodig c.q. desgevraagd terug naar de verwijzer
	1.3.6	verwijst zo nodig naar de huisarts

3.2 Taakgebied 2 Therapeutisch handelen

2.1 Het analyseren van de klachten	De acupuncturist:	
	2.1.1	verzamelt gegevens voor de behandeling via een gerichte anamnese en een specifiek onderzoek
	2.1.2	stelt op basis van de verkregen informatie een diagnose, gebaseerd op een uit de TCG bekende balansverstoring
	2.1.3	bepaalt of er op grond van deze TCG-diagnose een indicatie is voor behandeling
2.2 Het opstellen van een behandelingsplan	2.2.1	informeert de patiënt over de bevindingen, de eventuele consequenties en de behandelingsmogelijkheden
	2.2.2	bepaalt het doel van de behandeling
	2.2.3	kiest de behandelingsmethodiek
	2.2.4	bepaalt de behandelingsfrequentie tot de eerste evaluatie
	2.2.5	bespreekt met de patiënt wenselijke of noodzakelijke aanpassingen in leefwijze
	2.2.6	vraagt de patiënt instemming met het behandelingsplan
2.3 Het uitvoeren van het behandelingsplan	2.3.1	voert de behandeling uit in samenspraak met de patiënt
	2.3.2	informeert de patiënt over de samenhang tussen het ziektebeeld en de te geven behandeling
	2.3.3	geeft de patiënt en zo nodig diens huisgenoten instructies en adviezen in samenhang met de behandeling
	2.3.4	stimuleert de patiënt tot het opvolgen van adviezen en leefregels
	2.3.5	toetst de manier waarop de patiënt de instructies en de adviezen opvolgt
	2.3.6	begeleidt de patiënt bij het oplossen van problemen bij het opvolgen van adviezen en leefregels
	2.3.7	informeert zo nodig tussentijds de verwijzer en/of huisarts over de behandeling en het resultaat
	2.3.8	evalueert tussentijds met patiënt het verloop van de behandeling
	2.3.9	stelt de behandeling zo nodig bij
	2.3.10	rondt de behandeling af en regelt zo nodig de nazorg

3.3 Taakgebied 3 Evalueren

3.1 Taken in het algemeen	De acupuncturist:	
	3.1.1	evalueert het resultaat van de behandeling
	3.1.2	evalueert de gevolgde werkwijze
	3.1.3	stelt zo nodig het behandelingsplan bij
	3.1.4	stelt zo nodig de behandelingswijze bij
	3.1.5	evalueert de therapie na een vooraf bepaald aantal behandelingen
3.2 Taken naar de patiënt	3.2.1	bespreekt het resultaat en de wijze van behandelen met de patiënt gerelateerd aan het gestelde behandelingsdoel
	3.2.2	bespreekt eventuele aanpassingen in de behandeling met de patiënt
	3.2.3	evalueert met de patiënt het eindresultaat van de therapie
	3.2.4	geeft voorlichting over de uit te voeren zelfzorg om herhaling dan wel toename van klachten te voorkomen
3.3 Taken naar de verwijzer	3.3.1	rapporteert (indien van toepassing) naar verwijzer dan wel huisarts

3.4 Taakgebied 4 Samenwerken met andere zorgverleners

4.1 Taken in het algemeen	4.1.1	De acupuncturist: erkent de huisarts als spil in de gezondheidszorg en zal de patiënt over de consequenties hiervan informeren
	4.1.2	zal ingeval van een door huisarts of andere hulpverlener naar hem verwezen patiënt de verwijzer informeren over hulpvraag, in te stellen behandeling, vorderingen en eindresultaat
	4.1.3	zal zo nodig de informatie vergezeld doen gaan van adviezen tot nader onderzoek of verwijzing naar andere (para)medische disciplines
4.2 Taken als beroepsbeoefenaar	4.2.1	hanteert bij het samenwerken met andere zorgverleners de beroepscode en gedragsregels van de NVA
	4.2.2	houdt zich aan de door de NVA gestelde regels inzake geheimhouding (reglement Ethiek & Tuchtrechtspraak)
	4.2.3	informeert in overleg met de patiënt andere zorgverleners
	4.2.4	houdt zich bij het samenwerken met andere zorgverleners aan de grenzen van zijn werkterrein
	4.2.5	legt en onderhoudt voor de beroepsuitoefening noodzakelijke contacten met andere beroepsbeoefenaren
	4.2.6	participeert in multidisciplinaire behandelingsteams
4.3 Taken als medewerker van een instelling of organisatie	4.3.1	handelt overeenkomstig het doel en het beleid van de instelling, in zoverre dit in overeenstemming is met de beroepscode en de gedragsregels van de NVA
	4.3.2	hanteert het professioneel statuut voor de acupuncturist
	4.3.3	handelt volgens de in de organisatiestructuur geldende afspraken
	4.3.4	hanteert binnen een multidisciplinair team zowel de eigen professionele verantwoordelijkheid als de collectieve verantwoordelijkheid

3.5 Taakgebied 5 Beheren

5.1 Taken in het algemeen	5.1.1	De acupuncturist: draagt zorg voor de planning en administratie van de werkzaamheden
	5.1.2	draagt zorg voor de financiële administratie
	5.1.3	draagt zorg voor de naleving van de relevante wettelijke bepalingen en regelingen, door hemzelf en door eventuele medewerkers
5.2 Taken met betrekking tot patiëntengegevens	5.2.1	verwerkt de patiëntengegevens en houdt toezicht op het verwerken van patiëntengegevens door eventuele medewerkers
	5.2.2	verwerkt de gegevens omtrent behandelingen en de effecten ervan
	5.2.3	verleent desgevraagd patiënten inzage in hun patiëntendossier
	5.2.4	houdt een registratiesysteem bij zoals vastgelegd in het privacyreglement van de NVA
5.3 Taken met betrekking tot praktijkinrichting, hygiëne en steriliteit	5.3.1	zorgt dat behandelruimte(n) ten aanzien van inrichting, hygiëne en privacy van de patiënt voldoen aan de reglementen en adviezen van de NVA
	5.3.2	staat in voor hoeveelheid en kwaliteit van voor de acupunctuurbehandeling benodigde materialen conform de reglementen der NVA (bijvoorbeeld het reglement Hygiëne, Steriliteit en Veiligheid)

	5.3.3	draagt zorg voor en ziet toe op het correcte gebruik van de onder 5.3.2 bedoelde materialen
5.4 Taken met betrekking tot bedrijfsvoering	5.4.1	zorgt voor de totstandkoming en het beheer van een documentatiesysteem
	5.4.2	bewaakt de rentabiliteit en continuïteit van de bedrijfsvoering
	5.4.3	onderhoudt contacten met eventuele externe adviseurs aangaande de bedrijfsvoering (accountant, fiscalist, jurist)
	5.4.4	zorgt voor kwaliteitsbewaking en -evaluatie
	5.4.5	stelt een jaarverslag op
	5.4.6	stelt een beleidsplan op
	5.4.7	voert een adequaat personeelsbeleid

3.6 Taakgebied 6 Geven van onderwijs en begeleiding

		De acupuncturist:
6.1 Taken met betrekking tot onderwijs	6.1.1	geeft als uur-/gastdocent lessen op eigen vakgebied aan studenten van opleidingen in de gezondheidszorg
	6.1.2	geeft gastlessen op eigen vakgebied aan hogescholen
	6.1.3	geeft als gastdocent lessen op eigen vakgebied aan universiteiten
	6.1.4	geeft gastlessen op eigen vakgebied aan cursisten van opleidingen in aanpalende werkvelden, bij overheid en onderzoeksinstituten
6.2 Taken met betrekking tot begeleiding	6.2.1	begeleidt als medewerker van een stageverlenende instelling stagiaires van acupunctuuropleidingen op eigen vakgebied
	6.2.2	begeleidt stagiaires van andere (para)medische beroepsopleidingen
	6.2.3	beoordeelt stagiaires

3.7 Taakgebied 7 Verrichten van wetenschappelijk onderzoek

		De acupuncturist:
7.1 Taken in het algemeen	7.1.1	blijft bij wetenschappelijk onderzoek binnen de grenzen van zijn werkterrein
	7.1.2	hanteert gedurende het onderzoek de beroepscode en de gedragsregels van de NVA
	7.1.3	hanteert gedurende het onderzoek de regels inzake geheimhouding (reglement Ethiek & Tuchtrechtspraak)
	7.1.4	signaleert problemen met betrekking tot de gevolgen/effecten van acupunctuur
	7.1.5	creëert een veilige omgeving voor de deelnemers aan het onderzoek
	7.1.6	toont openheid, respect en betrokkenheid ten opzichte van de deelnemers aan het onderzoek
	7.1.7	verricht onderzoek op verzoek of op eigen initiatief
	7.1.8	verricht onderzoek zelfstandig of in samenwerking
	7.1.9	levert een bijdrage aan het verwerven van subsidies en fondsen

7.2 Taken in de voorbereidingsfase	7.2.1	formuleert de probleemstelling
	7.2.2	verricht oriënterend literatuuronderzoek
	7.2.3	bepaalt het doel van het onderzoek
	7.2.4	overweegt welke gegevens verzameld moeten worden
	7.2.5	overweegt de onderzoeksmogelijkheden
	7.2.6	overlegt met andere deskundigen over methoden, technieken en statistiek
	7.2.7	bepaalt het onderzoeksmodel
	7.2.8	legt het onderzoeksvoorstel/protocol voor aan de medisch-ethische commissie van de NVA
	7.2.9	delegeert onderzoekstaken met betrekking tot methoden, technieken en statistiek
	7.2.10	werft deelnemers aan het onderzoek
	7.2.11	geeft voorlichting aan deelnemers aan het onderzoek
	7.2.12	bepaalt de planning en organisatie van het onderzoek
7.3 Taken in de uitvoeringsfase	7.3.1	verricht literatuuronderzoek
	7.3.2	hanteert methoden en technieken om de effecten van acupunctuur te meten
	7.3.3	hanteert methoden en technieken om de grondbeginselen van de acupunctuur te toetsen
	7.3.4	stelt een pilotstudie op, zo mogelijk rekening houdend met de deelnemers aan het onderzoek
	7.3.5	begeleidt deelnemers aan het onderzoek
	7.3.6	stimuleert deelnemers aan het onderzoek tot het volgen van de onderzoeksrichtlijnen
7.4 Taken in de afrondingsfase/evaluatiefase	7.4.1	verwerkt de verzamelde gegevens tot onderzoeksresultaten
	7.4.2	presenteert de onderzoeksresultaten
	7.4.3	informeert de opdrachtgever en de deelnemers aan het onderzoek

3.8 Taakgebied 8 Evalueren van beroepsmatig handelen

8.1 Het methodisch technisch handelen	De acupuncturist:	
	8.1.1	bespreekt intercollegiaal en interdisciplinair het (eigen) beroepsmatig handelen aan de hand van probleemgeïntendeerde registratie
	8.1.2	standaardiseert beroepsmatig handelen om de beroepsuitoefening te optimaliseren
	8.1.3	tracht een modus te vinden om het beroepsmatig handelen intercollegiaal en interdisciplinair te toetsen, zo mogelijk aan de hand van standaarden en/of protocollen
8.2 De eigen attitude als beroepsbeoefenaar	8.1.4	evalueert de effectiviteit van de behandeling door middel van kosten-batenanalyse
	8.2.1	evalueert eigen gedrag en handelwijze
8.3 De organisatie van de beroepsuitoefening	8.2.2	evalueert de relatie met de patiënt
	8.3.1	evalueert de werkorganisatie

3.9 Taakgebied 9 Ontwikkelen van individuele kennis, kunde en attitude

- De acupuncturist:
- 9.1 houdt vakliteratuur bij om stromingen en ontwikkelingen in het vakgebied te kunnen volgen
 - 9.2 neemt deel aan congressen en symposia die een relatie hebben met het vakgebied van de acupuncturist
 - 9.3 neemt deel aan nascholing om stromingen en ontwikkelingen in het vakgebied te kunnen volgen
 - 9.4 neemt deel aan nascholing in het oefenen van vaardigheden en het hanteren van instrumenten
 - 9.5 stelt zich op de hoogte van ontwikkelingen op het gebied van bedrijfsvoering
 - 9.6 raadpleegt zo nodig collega's en andere beroepsbeoefenaren over beroepsinhoudelijke ontwikkelingen
 - 9.7 stelt zich op de hoogte van stromingen en ontwikkelingen in de maatschappij die consequenties hebben voor het vakgebied

3.10 Taakgebied 10 Ontwikkelen van het eigen beroep

- De acupuncturist:
- | | | | |
|------|--|--------|---|
| 10.1 | Taken met betrekking tot het verspreiden van kennis en vaardigheden | 10.1.1 | levert een bijdrage aan de ontwikkeling van onderzoeksmethoden en het beroepsmatig handelen |
| | | 10.1.2 | levert door middel van publicaties en lezingen een bijdrage aan kennisverspreiding omtrent onderwerpen het beroep betreffende |
| | | 10.1.3 | levert op studiebijeenkomsten, congressen, symposia en tijdens (verplichte) nascholing een bijdrage aan verspreiding van kennis over onderwerpen die het beroep betreffen |
| | | 10.1.4 | levert een organisatorische bijdrage aan studiebijeenkomsten, congressen, symposia, lezingen en nascholing |
| 10.2 | Taken met betrekking tot maatschappelijke participatie en beroepsprofilering | 10.2.1 | speelt in op maatschappelijke veranderingen welke in relatie staan tot het beroep |
| | | 10.2.2 | levert een bijdrage aan belangenorganisaties c.q. koepelorganisaties welke in relatie staan tot het beroep |
| | | 10.2.3 | behartigt de belangen van het beroep en profileert zich bij voorkeur georganiseerd tegenover overheden, besturen, subsidieverleners, financiers en patiëntenverenigingen |
| | | 10.2.4 | geeft bekendheid aan het beroep en de beroepsuitoefening |

Deel B

bijlagen

1 De methode

1.1 Kernobject van handelen

Kernobject van handelen bij acupunctuur is het, op basis van een diagnose volgens de Traditionele Chinese Geneeskunst (TCG-diagnose), toepassen van (een combinatie van) naaldtechnieken, moxa-technieken, cupping en specifieke massagetechnieken.

1.2 Definitie acupunctuur

Letterlijk betekent acupunctuur: het prikken (pungere, punctus) met een naald (acus). Als onderdeel van de TCG wordt acupunctuur als volgt gedefinieerd:

Acupunctuur is een geneeswijze die beoogt op basis van een TCG-diagnose de gezondheid of de genezing van een patiënt te stimuleren door het prikkelen van daartoe aangewezen lichaamspunten met speciaal voor dit doel vervaardigde naalden, door middel van moxatechnieken, cupping, specifieke massagetechnieken of door middel van een combinatie van deze technieken. Acupunctuur kan preventief, curatief of palliatief worden toegepast.

1.3 Ontwikkeling van de acupunctuur

Acupunctuur berust op het in diverse culturen bekende verschijnsel dat veel klachten kunnen worden verholpen of verzacht door (pijnlijke) onderhuidse punten of zones te beïnvloeden⁶, ook al is er ogenschijnlijk geen verband tussen de locatie van de klacht(en) en de locatie van de beïnvloede punten of zones.

In het verre verleden zijn tal van klachten over de grote organen in borst en buikholte geïnventariseerd en de daarbij behorende prikkelpunten in kaart gebracht. Door de bij eenzelfde orgaan behorende punten met elkaar te verbinden werd een patroon van lijnen verkregen, de zogenaamde meridianen.

1.3.1 Traditionele Chinese wereldbeschouwing

In eerste instantie was acupunctuur een ervaringswetenschap. Empirie is dan ook een belangrijke rol blijven spelen in haar verdere ontwikkeling.

Als ongeordende accumulatie van ervaringsfeiten zou de acupunctuur waarschijnlijk niet hebben kunnen overleven. In het kader van de Traditionele Chinese Geneeskunst werd zij echter gedurende ruim 4000 jaar ontwikkeld en gesystematiseerd op basis van de traditionele Chinese wereldbeschouwing.

In deze wereldbeschouwing, die hier onmogelijk uitputtend behandeld kan worden, onderkent men een aantal sleutelbegrippen: energie, kringloop en evenwicht.

Fundamenteel is de opvatting dat het universum een **kringloop van (levens)energie** vormt. Vanuit de Grote Leegte verdicht de energie (Qi) zich tot waarneembare manifestaties (materie, emotie, gedachte). Afsterven van die manifestaties betekent oplossen, verstrooien van Qi, die weer terugkeert naar de Grote Leegte.

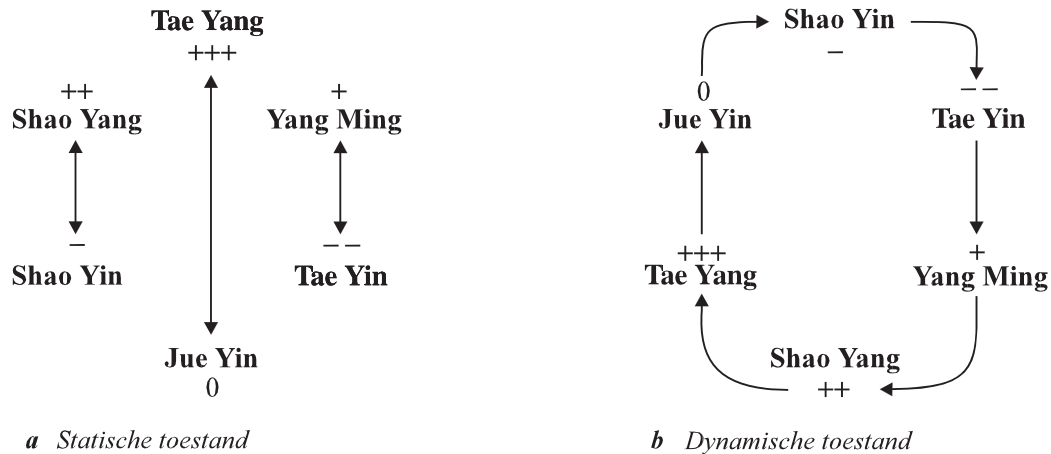
⁶ Ook in de westerse geneeskunde zijn dergelijke punten bekend, zoals:

De paravertebrale Boaspunten bij maagzweer en galstenen
Chaufardpunt en Mayo-Robsonpunt bij galblaaslijden
Headse zones bij inwendige ziekten

1.3.2

Basis van de elementenleer⁷

Zoals hierboven aangeduid, huldigt de elementenleer de opvatting dat het universum een **kringloop van energie** vormt. De energie kan zich verdichten tot waarneembare manifestaties en zich vervolgens weer verstrooien tot het niets. Deze leer gaat er vanuit dat de kosmos in al zijn uitingen en in alle onderdelen, dus ook in de mens en in andere levende wezens, uit energie bestaat. Energie moet zichzelf daartoe kunnen organiseren, hetgeen volgens de leer kan worden verklaard uit de wisselwerking tussen de **twee onderling tegengestelde grondvormen van energie, Yin en Yang**. In deze wisselwerking gedragen Yin en Yang zich enerzijds statisch, dat wil zeggen tegelijkertijd polair en complementair. Anderzijds kunnen zij in elkaar overgaan en gedragen zij zich dynamisch. In beide gedragstoestanden laten zich zes mutatiefasen van Yin en Yang onderscheiden (Afb. 1a en 1b).

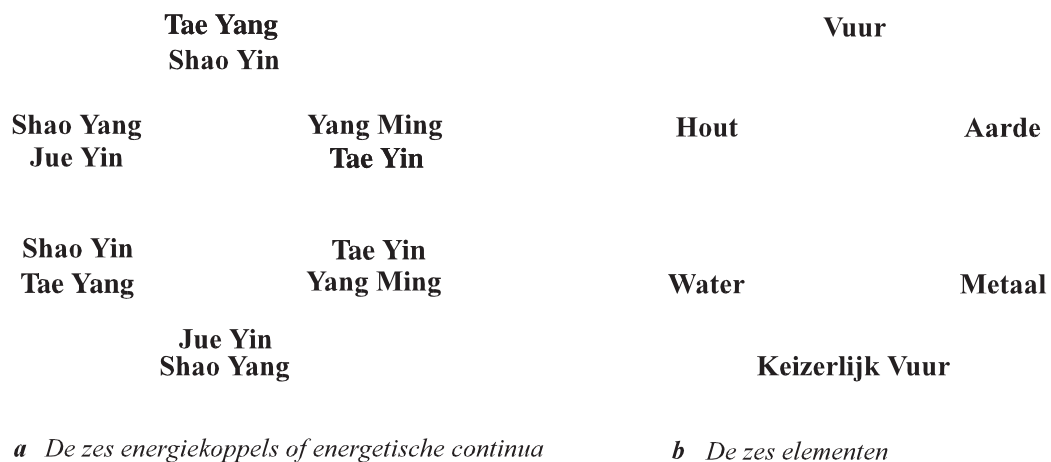


Afbeelding 1 De zes energiefasen in verschillende referenties

In deze leer wordt elke fase gekenmerkt door een naam die een bepaalde bewegingstoestand c.q. concentratie of sterkte van Yin (0 of negatief) of van Yang (positief) aangeeft. De fasen zijn weliswaar identiek maar de mutatievolgorde verschilt voor de twee gedragstoestanden van Yin en Yang⁸.

In combinatie met elkaar en schematisch op elkaar geprojecteerd ontstaan een zestal zeer specifieke Yin-Yang paren (Afb. 2a), die *elementen* worden genoemd (Afb. 2b).

De term elementen is symbolisch gehanteerd, het betreft géén elementen in chemisch/fysische zin, maar energieporties of energetische continua, in een wetmatige relatie tot elkaar aangeduid met de benamingen *water; hout, vuur; aarde, metaal* en *keizerlijk vuur*.

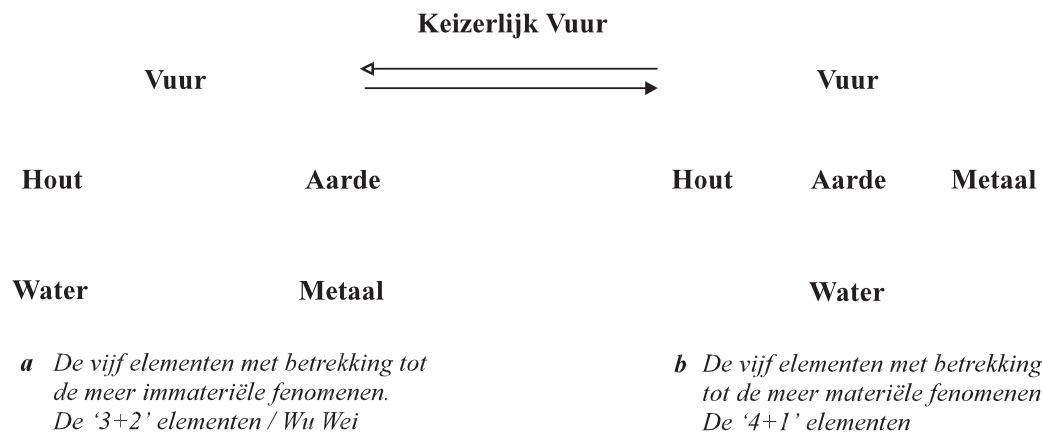


Afbeelding 2 De zes onverbreeklijke energiekoppels, de elementen

⁷ Ook wel Yin-Yang-leer of Yin-Yang-kosmologie genoemd en vaak - onjuist - 'vijf-elementen-leer'.

⁸ Het zijn respectievelijk de energiefasen in de *referentie tijd/ruimte* ('Hemel-Mens-Aarde'-beeld) en de energiefasen in de *referentie intensiteit* (beeld van de 'Vier Windrichtingen'). Vertaling van de referenties volgens de Franse School (Kespi blz. 63-90, zie § B3.4).

Het Keizerlijk Vuur moet worden beschouwd als een overkoepelend element dat instaat voor de balans tussen de immateriële en materiële uitingsvormen van de overige vijf elementen waardoor een zekere stabiliteit binnen de energetische kringloop wordt verkregen. De uitingsvormen van de overige vijf elementen worden vervolgens in de leer gerangschikt naar twee gezichtspunten (Afb. 3a en 3b).



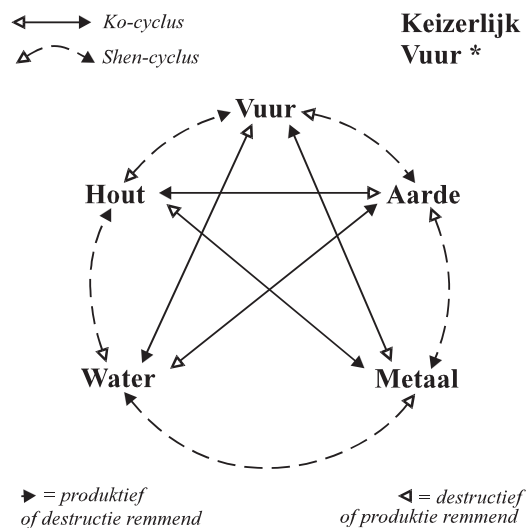
Afbeelding 3 De 5-elementencyclus in haar beide uitingsvormen

De transformatie van het immateriële naar het materiële en omgekeerd staat bekend als de '**Shen & Ko-cyclus**'.

Onder invloed van het overkoepelend element *keizerlijk vuur* wordt de balans tussen het immateriële en het materiële door de vijf elementen onderling in stand gehouden door elkaar op positieve dan wel negatieve wijze te beïnvloeden (Afb. 4).

De benamingen *water, hout, vuur, aarde, metaal* zijn symbolisch en zodanig gekozen dat hiermee wordt aangegeven *hoe* de specifieke energieporties of energetische continua ten opzichte van elkaar werkzaam zijn. Nogmaals, het gaat dus niet om de daarbij horende chemisch/fysische verschijningsvorm.

De rangschikking der elementen is *cyclisch*: water voedt de boom/het hout, het hout voedt het vuur, overblijfselen van het vuur (as) vormen aarde, aarde vormt metalen, gesmolten metaal (keizerlijk vuur?) vormt vloeistof, water is vloeistof en voedt hout; of *a-cyclisch*: water dooft vuur, vuur smelt metaal, metaal vernietigt hout, hout put aarde uit en aarde keert het water.



Afbeelding 4 De Shen & Ko-cyclus met het Keizerlijk Vuur (*) als overkoepelend element

Zie ook deel B, hoofdstuk 5: Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur.

Cyclisch beïnvloeden de vijf elementen elkaar in *productieve* zin (langs de omtrek van de cirkel in Afb. 4). Met de klok mee stimulerend, tegen de klok in remmend. Dit wordt de **Shen- of productiecycclus** genoemd.

Acyclisch beïnvloeden zij elkaar *destructief*, volgens de vijfpuntige ster in Afb. 4. In de elementenleer wordt dit de **Ko-cyclus** genoemd.

De 'Shen & Ko-cyclus', kortweg meestal de **vijf-elementen-cyclus** genoemd, vormt een cybernetisch principe waaruit (in tegenstelling tot de westerse cybernetica) niet alleen stabiliteit van een sys-

teem bij een bepaalde toestand, maar ook verandering naar een andere, ook weer stabiele toestand verklaard kan worden⁹.

Elk onderdeel van de kosmos is met een bepaald element in verband te brengen, seizoenen kunnen naar element ingedeeld worden, maar ook klanken, kleuren, planeten. De indeling is afhankelijk van de schaal waarop gekeken wordt.

De elementenleer wordt over het algemeen beschreven als een kosmologische doctrine, een leer over het heelal. Het is een ordeningsprincipe dat, net als in alle grote religies en filosofische systemen, uitgaat van een aantal metaforen die intuïtief als juist en zinvol worden ervaren. Op dit niveau bestaat er grote verwantschap met andere culturen. Sedert Descartes is de relatie met de westerse cultuur echter verbroken.

Kenmerkend voor de elementenleer, en van belang voor de acupunctuur, is dat de kosmos beschouwd wordt als een **stelsel van energetische systemen (energiehuishoudingen), die ieder voor zich en in relatie tot elkaar in evenwicht (behoren te) zijn**.

1.3.3 Systeemdenken

Vanuit de elementenleer kan een levend wezen worden opgevat als een energetische eenheid ofwel een systeem dat min of meer autonoom kan functioneren in zijn omgeving, waarvan het een subsysteem vormt. Zelf is de energetische eenheid weer opgebouwd uit subsystemen. Een levend wezen dankt zijn stabiliteit en zijn groei aan de interactie tussen de vijf energetische continua.

Om dit gestalte te geven, worden in de elementenleer alle onderdelen van een levend wezen, met name ook de structuren, beschouwd in termen van energie. De beschouwde onderdelen worden gegroepeerd volgens de vijf energetische continua, de elementen.

In een (menselijk) wezen manifesteren de vijf elementen zich op alle denkbare organisatieniveaus.

Elk element uit zich als een bepaald weefsel, een bepaald zintuig, een bepaalde vloeistof of zelfs als een bepaalde emotie. Maar de meest kenmerkende manifestaties van de elementen zijn de vijf organen (vijf Yang en vijf Yin) in de borst- en buikholte.

Men gaat er van uit dat deze organen een essentiële rol spelen in de energiebalans en in de samenwerking tussen mens en omgeving en veronderstelt dat vanuit deze organen de specifieke energieën zich door het lichaam verspreiden. De empirisch vastgestelde meridianen vormen als het ware het 'rivierstelsel' waardoor het energietransport plaatsvindt.

Op de vanuit de ervaring beschreven meridiaanpunten zou energie-uitwisseling met de buitenwereld mogelijk zijn en daar zou dan ook op bepaalde manieren invloed uitgeoefend kunnen worden op het energetisch systeem.

Op basis van dit systeemdenken zijn uit eeuwenlange empirie tabellen ontstaan voor onderwerpen, binnen een systeem en tussen systemen onderling, die volgens de leer met elkaar geassocieerd mogen worden als uiting van eenzelfde element. Tabel I geeft een idee van deze associaties voor de mens als energetisch systeem.

organisatieniveau	element				
	<i>hout</i>	<i>vuur</i>	<i>aarde</i>	<i>metaal</i>	<i>water</i>
<i>orgaan yang</i>	galblaas	dunne darm	maag	dikke darm	blaas
<i>orgaan yin</i>	lever	hart	milt	longen	nieren
<i>weefsel</i>	spier/pees	bloedvat	bindweefsel	huid	bot/merg
<i>zintuig</i>	oog	tong	huid	neus	oor
<i>stemming</i>	prikkelbaar	vrolijk	zorgelijk	verdrietig	angstig

Tabel I De vijf elementen op verschillende organisatieniveaus bij de mens

⁹ In de cybernetica (leer van stuur-, regel- en communicatiemechanismen) van biologische systemen is volgens moderne fysische en biologische inzichten het verschijnsel groei moeilijk of zelfs onmogelijk volgens Newtoniaanse principes te verklaren. Waarschijnlijk moet groei dan ook in termen van energie uitgelegd worden.

1.3.4

Acupunctuur binnen de Traditionele Chinese Geneeskunst (TCG)

Ontstaan van ziekte Uitgaande van de intuïtieve *waarheden* van de elementenleer wordt in de Traditionele Chinese Geneeskunst het menselijk individu beschouwd als een onderdeel van een alles omvattende samenhang in het heelal, de aardse natuur en de menselijke *samenleving*.

Gezondheid en ziekte worden gezien als wisselwerkingen tussen mens en omgeving, waarbij harmonie het sleutelwoord is voor handhaving van een uitgebalanceerde energiehuishouding. Deze uitgebalanceerde energiehuishouding wordt gelijkgesteld met gezondheid. De aandacht van de TCG is sterk gericht op preventie, op balanshandhaving¹⁰.

Ziekte wordt gezien als een verstoring van de energiebalans, veroorzaakt door invloeden van buitenaf (bijvoorbeeld klimaat, toxines, parasieten, traumata, intermenselijke relaties). De verstoring kan zich op verschillende niveaus voordoen: oppervlakkig (meer Yang), of (meestal na verwaarlozing) in diepere lagen (meer Yin) of in organen¹¹. Als voorbeeld moge het ontstaan van astma bij eczeempatiënten dienen.

TCG-diagnostiek Door anamnese en onderzoek probeert men te achterhalen welk *element* is verstoord, hoe het is verstoord en op welk organisatieniveau.

Uitgebreide kennis omtrent het ziektebeeld wordt opgedaan door observatie van de patiënt (o.a. diagnostiek van gelaat en tong), via een uitgebreide en zeer verfijnde polsdiagnostiek en door gebruik te maken van de causale verbanden, die met behulp van de *vijf-elementen-cyclus* kunnen worden achterhaald. Men gebruikt daarbij de associatieve verbanden die merendeels in tabellen (zoals Tabel I en II) zijn vastgelegd.

Therapie De TCG omvat van oudsher naast de acupunctuur een hele verzameling behandelingsmogelijkheden, welke onder andere gebaseerd zijn op voedingsleer, bewegingsleer, kruidenleer, massage in verschillende vormen (zoals bijvoorbeeld Tui-Na) en ademtherapie. Per individueel ziektegeval wordt bekeken welke methoden geïndiceerd zijn.

Alle therapieën hebben in ieder geval de TCG-diagnose als gemeenschappelijke basis.

Acupunctuur Uitgaande van de TCG-diagnose wordt bepaald via welke van de 12 hoofdmeridianen of 60 overige meridianen regulatie plaats moet vinden en welke punten daartoe moeten worden beïnvloed.

Om het beoogde effect te kunnen bereiken zijn in de literatuur 361 meridiaanpunten beschreven met betrekking tot hun anatomische ligging, indicaties en contra-indicaties voor het gebruik ervan. De eventuele risico's bij het prikken zijn eveneens vastgelegd.

Geassocieerde disciplines Als alternatief voor of ter ondersteuning van de acupunctuur kunnen, zoals gezegd, andere therapieën worden toegepast, bijvoorbeeld dieetadviezen (voedingsleer), bewegingsadviezen (bewegingsleer, Qi Gong en Tai Qi), fytotherapie (kruidenleer) en Tui-Na (massage- en manipulatieleer).

Ook hierbij vormt de TCG-diagnose het uitgangspunt. Tabel II geeft een voorbeeld van op de elementenleer gebaseerde associaties die als basis voor voedingsadviezen kunnen dienen.

In haar verdere ontwikkeling heeft de TCG vooral het accent gelegd op ervaringen omtrent ziektebeelden en behandelingsmethoden. De zorgvuldigheid en gedetailleerdheid van de observaties is frappant.



Afbeelding 5 Historische afbeelding van het verloop van de dikke darm-meridiaan op de rechter arm

¹⁰ De arts in het oude China ontving honorarium zolang zijn patiënten gezond bleven!

¹¹ Met behulp van de elementenleer worden alle onderdelen van het lichaam uitgedrukt in fasen van Yin en Yang. Dit is de zgn. Yin-Yang-dialectiek.

onderwerp	element				
	<i>hout</i>	<i>vuur</i>	<i>aarde</i>	<i>metaal</i>	<i>water</i>
<i>kleur</i>	blauw/groen	rood	geel	wit	zwart
<i>smaak</i>	zuur	bitter	zoet	pikant	zout
<i>gewas</i>	tarwe	gierst	rogge	rijst	peulvruchten
<i>vlees</i>	kip	schaap	rund	paard	varken
<i>weer</i>	wind	warmte	vocht	droogte	koude
<i>richting</i>	oost	zuid	centrum	west	noord

Tabel II Enkele associatieve verbanden op grond waarvan onder andere een dieetadvies kan worden gegeven.

De klassieke literatuur van de TCG beschrijft dan ook talloze syndromen (complexen van samenhangende klachten) en daarop afgestemde geneeswijzen.

Door inpassing van de waarnemingen in het schema van de elementenleer ontstonden onderlinge verbanden die verder onderzoek stimuleerden. In de loop der eeuwen hebben deze verbanden geleid tot een uitgebreide syndromenleer.

TCG, en daarmee acupunctuur, is dus het tegendeel van een dogmatische, volledig in de oudheid bedachte en geheel op de elementenleer gebaseerde geneeskunst, die zich afsluit voor nieuwe bevindingen.

1.3.5 Acupunctuur en het Westen

Hoewel acupunctuur zich in de loop der eeuwen ontwikkelde tot een syndromenleer, blijft zij door koppeling aan de elementenleer opgenomen in een systeem dat het menselijk wezen beschouwt als een onverbrekelijk geheel dat niet uit afzonderbare onderdelen bestaat.

Ziekte betekent altijd een verstoring van de balans van het geheel, ook al uit dit zich in een enkel orgaan of via een geïsoleerd symptoom.

De behandelaar beoogt daarom niet slechts een klacht te verhelpen, maar zal de daarachter schuilgaande systeemverstoring willen duiden en opheffen. Dit betekent onder andere dat voor ogenschijnlijk dezelfde klacht een van patiënt tot patiënt verschillende behandeling kan worden gekozen en dat de behandeling van één en dezelfde patiënt zelfs van consult tot consult moet worden aangepast aan de bevindingen.

De alles omvattende benadering van ogenschijnlijk onsamenhangende klachten en de aandacht voor de persoonlijke situatie van de patiënt verhogen de kans op een succesvolle behandeling. Dit geldt zowel voor chronische als voor acute klachten. De samenhang tussen de klacht en de oorzaak ervan wordt inzichtelijk gemaakt. De ervaring leert dat deze benadering door patiënten als begrijpelijk en duidelijk wordt ervaren.

Deze ‘holistische’ benadering van patiënten heeft veel bijgedragen tot het succes van de acupunctuur en daarmee, zij het in beperkter mate, van de TCG in het Westen. De westerse geneeskunde wordt immers steeds meer door een ‘isolationistisch’ technische en symptoomgerichte aanpak gedomineerd (zie § B6.1). Daarnaast impliceert een acupunctuurbehandeling een minder sterke inbreuk op het lichaam van de patiënt dan veel westerse medicijnen en ingrepen. Ook dit heeft het succes van de acupunctuur in het Westen bevorderd.

Doordat de westerse geneeskunde de behoefte aan een andere aanpak heeft doen ontstaan, kon de acupunctuur zich in het Westen verspreiden en een nieuw hoofdstuk in haar geschiedenis beginnen.

Het samengaan van westerse en traditioneel Chinese geneeswijzen leverde tal van nieuwe ontwikkelingen in de acupunctuur op, zoals bijvoorbeeld ooracupunctuur, schedelacupunctuur, acupunctuur-analgesie en elektro-acupunctuur volgens Voll.

De ooracupunctuur ofwel auriculotherapie werd sinds 1957 vanuit Frankrijk ontwikkeld. Door het werk van dr. Paul Nogier heeft deze behandeling bekendheid verkregen. Zijn bijdrage aan de polsdiagnostiek en daaruit voortvloeiende therapeutische mogelijkheden openden nieuwe perspectieven in de acupunctuur.

Vanaf de jaren 70 van de 20^{ste} eeuw kwam schedelacupunctuur tot ontwikkeling, waarbij punten en regio's op de schedel worden gebruikt ter beïnvloeding van cerebrale regio's. Evenals de auriculotherapie is de schedelacupunctuur geen traditioneel ontwikkelingsgebied. Het is echter een bruikbare en waardevolle aanvulling op het oorspronkelijke gegeven. De schedelacupunctuur heeft als aangrijpingsgebied de behandeling van met name neuromusculaire verstoringen, zoals bijvoorbeeld sensorische en motorische disfuncties.

Een andere moderne tak is de acupunctuur-analgesie. Hoewel de analgetische kwaliteiten van de acupunctuur al eeuwenlang bekend zijn, duurde het tot 1958 voordat in het Westen de eerste chirurgische ingrepen onder acupunctuur-anesthesie werden uitgevoerd. De techniek voor de acupunctuur-anesthesie komt voort uit moderne onderzoeken, die zich speciaal richtten op postoperatieve pijn.

De bovengenoemde behandelingswijzen noemt men overigens geen geassocieerde disciplines van de acupunctuur, omdat zij over het algemeen op basis van westerse diagnostiek worden toegepast.

Tenslotte kan het gebruik van elektriciteit of laser worden benut om acupunctuurpunten te prikkelen die volgens de TCG-diagnostiek zijn geselecteerd.

1.4 Wetenschappelijk onderzoek

1.4.1 Algemeen

De effecten van acupunctuur worden vaak toegeschreven aan geloof en/of suggestie, veroorzaakt door de tijdens de behandeling ontstane vertrouwensband tussen behandelaar en patiënt. Ditzelfde geldt voor menig andere geneeswijze. In het algemeen lijkt een goede relatie hulpverlener-patiënt voor elke behandeling een eerste vereiste, dus ook voor acupunctuurbehandeling.

Dat de werkzaamheid van acupunctuur zeker niet uitsluitend uit geloof en vertrouwen van de patiënt voortkomt, blijkt uit het effect van de behandeling bij zeer kleine kinderen en dieren, en bij het behandelen van blessures en andere meer acute klachten.

Het gegeven dat gedurende een acupunctuurbehandeling ook de patiënt zelf maar al te vaak geneigd is om aan te nemen dat positieve effecten te danken zouden zijn aan verbeterde (weers-)omstandigheden kan vaak aan de hand van de eerder opgenomen anamnese worden weerlegd.

Het verschijnsel op zich is te verklaren uit het feit dat de acupuncturist met zijn methodiek gebruik maakt van het eigen afweersysteem (cybernetisch principe/zelfreddend vermogen) van de patiënt. Hierdoor verloopt een eventuele verbetering of genezing van de klacht of ziekte per definitie op een zeer natuurlijke wijze (en daardoor voor de patiënt veelal ongemerkt !!).

1.4.2 Effectonderzoek

Maatschappelijk gezien is er een toenemende behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen, dus ook van acupunctuur. Zie daartoe bijvoorbeeld het in 1993 uitgebrachte advies van de Gezondheidsraad, waarin onder meer voorgesteld wordt een 'Coördinatiecommissie Alternatieve Behandelwijzen' te installeren ter bevordering van dergelijk onderzoek.

In bijna alle gevallen waarin onderzoek is gedaan naar het effect van acupunctuur, wordt de in het Westen gangbare onderzoeksopzet van de 'Randomised Controlled Trial' (RCT) toegepast met als voornaamste karakteristieken:

- Er is sprake van een parallelle groepsoepzet (één groep patiënten voor de te onderzoeken therapie en een andere voor de controlebehandeling (vaak een placebo-behandeling))
- De samenstelling van de groepen vindt plaats via randomisatie
- Blindering van de patiënten en behandelaars en liefst ook van de evaluatoren van het onderzoek
- Beide therapieën zijn gestandaardiseerd.

In 1989 is een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd (ter Riet, G. et al.) waarbij in een meta-analyse van een groot aantal studies werd nagegaan in hoeverre zij correct volgens de normen van de RCT waren uitgevoerd.

Uit het onderzoek kwam de trend naar voren dat er minder sprake was van aangetoonde effectiviteit naarmate het onderzoek beter voldeed aan de RCT-normen.

Men kan zich echter afvragen, of de RCT in zijn huidige vorm wel geschikt is om de effectiviteit van acupunctuur te toetsen. Vanuit TCG-oogpunt zijn er een paar nadelen aan deze onderzoeksopzet verbonden, met name de eis dat de behandelaar geblindeerd moet zijn en de eis dat zowel de te toetsen

therapie als de controle-therapie gestandaardiseerd moeten zijn. Deze twee aspecten behoeven nadere toelichting.

Blindering van de behandelaar

In een goed uitgevoerde acupunctuurbehandeling is het niet alleen van belang dat de acupunctuurpunten qua locatie nauwkeurig aangeprikt worden, maar is ook de manipulatie van de naalden essentieel. Daarom, voor een correcte behandeling is het niet te vermijden dat degene die de naalden plaatst en manipuleert, inzicht heeft in de behandeling. Met andere woorden, voor een juiste acupunctuurbehandeling kan de behandelaar niet geblindeerd worden en kan derhalve niet voldaan worden aan deze eis van de RCT.

Standaardisatie van de behandeling

In de standaardopzet van de RCT worden de patiënten geselecteerd volgens bepaalde in- en uitsluitingscriteria teneinde te komen tot een homogene populatie wat betreft de te behandelen aandoening. Van deze populatie worden dan via randomisatie de twee behandelgroepen samengesteld. Echter, groepen die volgens de westerse geneeskunde homogeen zijn wat betreft de *manifestatie* van de aandoening, kunnen volgens TCG-standaards nog altijd heterogeen zijn qua het *ten grondslag liggende syndroom*. Er zijn bijvoorbeeld in de TCG meer dan 70 syndromen bekend die kunnen leiden tot hoofdpijn (Acuvision, 1997). Ook zullen dan in het algemeen de groepen heterogeen zijn wat betreft de response op de behandeling.

Het sterke punt van een TCG-acupunctuurbehandeling is dat er een individueel gerichte behandeling gegeven kan worden, gebaseerd op het ten grondslag liggende syndroom en toegesneden op het energetische profiel van de patiënt.

Het toepassen van een standaardbehandeling op een niet-homogene groep patiënten zal hoogstwaarschijnlijk resulteren in een niet-optimale behandeling van een aantal patiënten, waardoor het therapeutisch effect van de te onderzoeken therapie minder goed naar voren zal komen (Wiegant, 1991).

Teneinde het heterogeniteitsprobleem te reduceren zou het effect van acupunctuur het beste onderzocht kunnen worden met een onderzoeksopzet, waarin de experimentele controle binnen de patiënt zelf gekozen wordt, zoals bijvoorbeeld in het zogenaamde ‘controlled single case experimental design with time series analysis’. Daarbij ondergaat de patiënt zowel de te toetsen behandeling als de controle-behandeling. Deze opzet is onder andere succesvol gehanteerd voor het effectonderzoek van revalidatietherapie bij door een beroerte getroffen patiënten (Wagenaar, 1990). In een onderzoek dat een paar jaar geleden werd uitgevoerd (Vincent, 1990), werd met behulp van deze opzet een positief effect van acupunctuur bij chronische spanningshoofdpijn aangetoond.

Een alternatief is om gebruik te maken van een cross-over-type onderzoeksopzet, die beschouwd kan worden als een limietgeval van de ‘controlled single case’ onderzoeksopzet.

Door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) wordt een onderzoek voorbereid om het therapeutisch effect van acupunctuur op chronische spanningshoofdpijn te toetsen. Het betreffende effectonderzoek zal als een cross-over studie uitgevoerd worden en kan beschouwd worden als een vervolg op de bovengenoemde studie van Vincent. Het NVA-protocolvoorstel wijkt echter op enige essentiële punten af van zijn protocol. Het doel is om tot een nog betere differentiatie te komen tussen de specifieke en niet-specifieke effecten van de acupunctuurbehandeling.

De controlebehandeling zal eveneens een vorm van acupunctuur zijn, maar waarbij de naalden *niet* in acupunctuurpunten geplaatst worden. Deze controlebehandeling kan niet als een placebo-behandeling beschouwd worden, omdat het aanprikken van de huid op zich al een pijnstillend effect kan geven via het ‘Noxious Diffuse Inhibitory Control’ (DNIC) mechanisme (Lewith and Machin 1983).

De volgende nulhypothese zal getoetst worden:

Acupunctuur, optimaal uitgevoerd volgens de principes van TCG, is hoogstens even effectief bij het bestrijden van chronische spanningshoofdpijn als het plaatsen van naalden in niet-acupunctuurpunten.

Als de nulhypothese op basis van statistische gronden verworpen wordt, dan houdt dat in dat TCG-acupunctuur effectiever is dan het plaatsen van naalden in niet-acupunctuurpunten bij het bestrijden van chronische spanningshoofdpijn.

1.4.3 Literatuur

- Acuvision*, Computerprogramma versie 2.3 (1997), uitgegeven door Chinese Medicine Development, België
- Gezondheidsraad (1993),
Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek, advies uitgebracht door de Commissie Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad
- Lewith, G.T. and Machin, D. (1983),
On the evaluation of the clinical effect of acupuncture, Pain, 16, 111-127
- Ter Riet, G. et al. (1989),
De effectiviteit van acupunctuur – nawoord en aanbevelingen, Huisarts en Wetenschap 32, 308-312
- Vincent, C.A. (1990),
The treatment of tension headache by acupuncture: a controlled single case design with timeseries analysis, Journal of Psychosomatic Research 34, 553-561
- Wagenaar, R.C. (1990),
Functional recovery after stroke, Ph. D. thesis, Amsterdam, VU University Press
- Wiegant, F.A.C. et al. (1991),
Clinical research in complementary medicine: the importance of patient-selection, Comp. Med. Res. 5(2), 110-115

2 Geschiedenis van TCG en acupunctuur

2.1 De prehistorische periode

De geschiedenis van de acupunctuur gaat terug tot prehistorische tijden. Toen al werden eenvoudige naalden van steen, later van porselein en keramiek, gebruikt voor medische doeleinden. Pas veel later, in het bronzen tijdperk, werden deze naalden vervangen door metalen naalden die in de loop der eeuwen steeds verder werden verfijnd.

2.2 Van 3000 tot 2197 v. Chr.

De traditionele Chinese geschiedschrijving¹² begint met verhalen over het volk van de berg Hua en het volk van de rivier Xia, waarschijnlijk gelegen in respectievelijk de huidige provincie Henan en het wat zuidelijker gelegen Hubei¹³.

Daar ligt de basis van de Chinese cultuur die bekend staat als de Yangshaobeschaving¹⁴. Het ontstaan van deze beschaving wordt toegeschreven aan drie keizers, de zgn. pioniers.

Aan *Fu Xi* (†2852 v. Chr.) worden de eerste sociale orde, het Chinese schrift en, op basis van de elementenleer als kosmologische doctrine, de theorie van de *acht trigrammen* (Afb. 6) toegedicht¹⁵.

Zijn opvolger *Shennong* (†2737 v. Chr.) ontwikkelde landbouw en geneeskunst. De eerste *Materia Medica*, waarin meer dan driehonderd beproefde middelen tegen ziekten, wordt aan hem toegeschreven.



Afbeelding 6 De acht trigrammen

¹² De geschiedenis van China en daarmee ook die van de acupunctuur gaat weliswaar terug tot zo'n 3000 jaar v. Chr., maar pas sinds de vierde en derde eeuw v. Chr. zijn geschreven teksten bekend, compilaties van veel oudere werken, bijgewerkt tot die tijd. Dankzij belangrijke opgravingen in de provincie Henan kon deze geschiedschrijving tot ongeveer 2000 jaar v. Chr. worden geverifieerd. Dit sterkt veel bekende sinologen in de mening dat zelfs relatief jonge geschiedkundige teksten een redelijk betrouwbare echo zijn van zeer oude overleveringen. Een Chinese cultuur van tientallen miljoenen mensen moet over een enorm potentieel aan herinneringen kunnen beschikken. Omdat de cultuur van de Chinezen traditioneel (voorouderverering) sterk op het verleden was gericht, kon de geschiedenis ook zonder geschiedschrijving vele eeuwen trotseren. Het oudst bekende geschiedkundige werk van China is de *Shujing* (*Shu-ching*) (Boek der Historiën), dat de geschiedenis vanaf ca. 2400 v. Chr. beschrijft. Ontstaan in de zesde eeuw v. Chr., vormde het de basis voor de *Shiji* (*Shih-chi*) (Verslagen van een Historicus), geschreven in de tweede eeuw na Christus door *Sima Qian*. Hij compileerde alle oude teksten, inclusief de overleveringen over de periode van 3000 tot 2400 v. Chr. en completeerde de geschiedenis tot zijn tijd.

¹³ *Het Ritueel van Zhou en de Annalen van de Oude Staten* (± 300 v. Chr.)

¹⁴ Tadema Sporry, Bob, *De geschiedenis van China*, Fibula en van Dishoeck, Haarlem, 1980

¹⁵ Legge James, *Sjoe Tjing* (Boek der Historiën) blz. 57 (vert.: Joke & Jan Pluvier, Ankh Hermes, Deventer 1981). Deze theorie is een belangrijk onderdeel van de kosmologische doctrine. Met behulp van de acht trigrammen konden de (volgens de elementenleer *wetmatige*!) interacties tussen de vijf elementen in de elementencyclus in principe worden benut om voorspellingen te doen op velerlei gebied. De theorie van de acht trigrammen vormt de basis van het pas tweeduizend (!) jaar later geschreven 'Boek der Veranderingen', de *Yijing* (*I-ching*).

Huangdi (Huang-ti) (†2679 v. Chr.), de legendarische *Gele Keizer*, bevorderde stedenbouw en geschiedschrijving en ontwikkelde de eerste Chinese kalender¹⁶. De *Neijing*¹⁷ (*Nei-ching*) (zie hoofdstuk B3) staat op zijn naam.

Aansluitend op deze legendarische gegevens uit de *Shiji (Shih-chi)* begint de *Shujing (Shu-ching)* met een verhandeling over keizer *Yao* (2357-2255 v. Chr.). Staatkundige inrichting, astrologie, vaststelling van de seizoenen en (verdere) inrichting van de Chinese kalender staan op zijn naam.

Opvolger *Shun* (†2205 v. Chr.) had de faam een mysterieuze kracht te bezitten, mogelijk omdat hij samen met zijn eerste minister *Yu* het bestuur inrichtte volgens kosmologische wetmatigheden. In de *Shujing (Shu-ching)* worden voor het eerst de *vijf elementen* genoemd¹⁸.

Met het overlijden in 2197 v. Chr. van *Shun*'s opvolger *Yu*, ook geëerd om zijn successen in weg- en waterbouw, eindigde een *gouden tijdperk* voor China en kwam tevens een eind aan het systeem van op grond van bekwaamheid gekozen opvolgers. *Yu* werd opgevolgd door zijn zoon en een kleine twee millennia aan dynastieën namen een aanvang.

2.3 Van 2197 - 1122 v. Chr. (De eerste twee dynastieën)

Tijdens de eerste twee dynastieën, de Xia (Hsia)-dynastie en de daarop volgende Shang-dynastie, verwaterden de door *Shun* en *Yu* geformuleerde kosmologische bestuurswetmatigheden en waren tirannieke keizers geen uitzondering.

Tijdens de tirannie van de laatste keizer uit de Shang-dynastie, *Zhou Xin*, kwam koning *Wen* in opstand en werd prompt ingesloten. De historie vermeldt dat *Wen* tijdens zijn gevangenschap de oeroude, door *Fu Xi* gepostuleerde theorie van de acht trigrammen bestudeerde en een aanzienlijk deel van de *Yijing (I-ching)* zou hebben geschreven.

Zhou Xin werd uiteindelijk in 1122 v. Chr. door *Wen*'s zoon *Wu* ten val gebracht.

2.4 Van 1122 v. Chr. - 220 n. Chr.

2.4.1 De Zhou (Chou)-dynastie (1122 - 249 v. Chr.)¹⁹

De *Shujing (Shu-ching)* vermeldt hoe keizer *Wu* zijn regeerperiode aanving door de elementenleer uit de vergetelheid te halen.

In document 4, deel V van de *Shujing (Shu-ching)*, getiteld *Het Grote Ontwerp*, spreekt Keizer *Wu* tot koning *Qi*: *O! De hemel die onzichtbaar te werk gaat, verzekert de rust van het lagere volk en helpt de mensen zich wel te bevinden. Ik weet niet hoe de onveranderlijke beginselen van 's hemels werkwijze om dat te bereiken op de juiste wijze toegepast moeten worden*²⁰.

Qi geeft vervolgens een uitgebreide uiteenzetting van de elementenleer en de acht trigrammen en zet uiteen hoe met behulp van *Het Grote Ontwerp* de trigrammen gebruikt konden worden om voorspellingen te kunnen doen²¹. *Het Grote Ontwerp* werd volgens *Qi* door de hemel toevertrouwd aan de eerder genoemde keizer *Yu*, de weg- en waterbouwkundige. Deze zou bij de rivier de Luo een grote schildpad hebben zien oprijzen, die op zijn rug duidelijk de tekens droeg die hem inspireerden tot het schrijven van *Het Grote Ontwerp*²². (Afb. 7)

¹⁶ Schipper, Kristofer, *TAO, De levende religie van China* blz. 57: '... De kringloop van dagen, jaargetijden, van eeuwen en tijdperken, van het hele kosmische ritme, is het werk van Tao; vandaar het heilig karakter van de keizerlijke kalender die op plaatselijk niveau door de boeren werd omgewerkt tot een soort almanak ...'

¹⁷ Schnorrenberger, C.C., *Nei Tsing-Ling Tsju Tsing* (vert. drs. P.J. van der Veer, Ankh Hermes, Deventer, 1978).

¹⁸ Legge, op. cit., blz. 40

¹⁹ Bijna de helft van de *Shujing (Shu-ching)*, vrijwel geheel deel V, is gewijd aan de eerste decennia van de Zhou (Chou)-dynastie.

²⁰ Dit is de kern van het Chinese correlatiedenken. We mogen aannemen dat *Wu* van zijn vader wist dat het niet duidelijk was hoe de acht trigrammen moesten worden verwerkt in de elementencyclus.

²¹ Da Liu, *I Tjing Numerologie*, behandelt de theorie uitgebreid. Het kunnen voorspellen van (natuur)verschijnselen is uiteraard één der belangrijkste doelstellingen van wetenschap en een van de vurigste wensen van machthebbers.

²² Da Liu, op. cit. blz. 39. Door het toeschrijven van het *Grote Ontwerp* aan de legendarische keizer *Yu* en het van stal halen van die schildpad is zonder meer duidelijk dat de elementenleer ten tijde van keizer *Wu* incompleet moet zijn geweest. De oplossing die koning *Qi* voor het hiaat bedacht had moest op deze manier van de nodige authenticiteit voorzien worden. Ook de *Shujing (Shu-ching)* plaatst een kanttekening bij de betrouwbaarheid van deze verwijzing.

De Zhou (Chou)-dynastie baseerde haar bestuur daarmee op een (waarschijnlijk) aangepaste elementenleer. De heelaldoctrine kwam weer volop in de belangstelling en vormde voor die tijd kennelijk een betrouwbare, zij het wat mystieke, ideologie. Handel en welvaart, dicht- en sierkunst, geschiedschrijving en archiefwezen bloeiden op.

Hoewel na de dood van Wu in 1115 v. Chr. de dynastie geen krachtige leiders meer heeft voortgebracht, bleef zij de eerste eeuw vrij stabiel dankzij de welvaart, het sterk uitgebreide machtsgebied van de dynastie en vooral dankzij de vaak zeer sterke vorstendommen binnen dat machtsgebied.

Vanaf het regime van keizer *Mu* (1001-947 v. Chr.) werd in de loop van zo'n vier eeuwen de dynastie uitgehold door onderlinge machtsstrijd van de vorsten, die als feodaal heerser over de rugen van hun volkeren in weelde baadden.

Intussen ontwikkelde zich in diezelfde eeuwen in heel China een gigantische vredesbeweging, gedragen door geleerden en het 'gewone' volk.

Het is zeer waarschijnlijk dat in de loop van deze eeuwen de kosmologische doctrine zich ontwikkelde tot een soort 'staatsgodsdienst' met streng vastgestelde rituelen en gebruiken, het **Taoïsme**²³.

We zijn inmiddels in de zesde eeuw v. Chr., de tijd van de bijna legendarische filosofen zoals *Laozi*, *Confucius* en *Mencius*. Er werden in die tijd veel Taoïstische werken gepubliceerd en ook de grote klassieke Chinese standaardwerken zoals de *Neijing* (*Nei-ching*), de *Shujing* (*Shu-ching*) en de *Shijing* (*Shih-ching*) (Boek der Liederen) werden waarschijnlijk in deze periode gecompileerd of geschreven. Confucius herschreef de *Yijing* (*I-ching*) en wel zodanig dat 'Het Grote Ontwerp' niet meer nodig was om het boek voorspellend te kunnen gebruiken²⁴. Hierdoor ontstond een behoudende, conformistische variant van het Taoïsme, het **Confucianisme**²⁵.

Ook de laatste vier eeuwen van de Zhou (Chou)-dynastie bleven gekenmerkt door verwarring en strijd. De periode van 482 tot 221 v. Chr. staat zelfs bekend als de tijd van de *oorlogvoerende staten*. Mede hierdoor nam de medische kennis fors toe. Metalen naalden kwamen beschikbaar en de term acupunctuur raakte ingeburgerd.



Afbeelding 7 Reuzenschildpad met de tekens van *Het Grote Ontwerp*

²³ Merkwaardigerwijs kwam daar geen priester aan te pas! Vooral de in het familieleven hecht verankerde voorouderverering bleek in deze een zeer solide maatschappelijke basis te vormen.

De hoogleraar sinologie Kristofer Schipper stelt in zijn boek *TAO, De levende religie van China* op blz. 14 dat het heel moeilijk is om de oorsprong van het Taoïsme te bepalen. De oudste zuiver Taoïstische literatuur, *Daodejing* (Het boek van de Tao en Zijn Kracht), noemt namelijk geen enkele naam of datum en staat daarmee volledig buiten de tijd.

De meeste sinologen zijn evenwel van mening dat het Taoïsme is ontstaan in de periode van ongeveer duizend tot tweehonderd jaar voor Christus.

²⁴ Voor voorspellende doeleinden bleek de leer kennelijk nog steeds ongeschikt. Met behulp van het 'Grote Ontwerp' leek dit zelfs nog meer op orakelen, hetgeen Confucius er toe moet hebben bewogen de *Yijing* (*I-ching*) te (her)schrijven (zie ook voetnoot 21).

De latere ontwikkelingen in de TCG zijn min of meer analoog aan de hierboven geschetste ontwikkeling. Ook de TCG heeft zich immers door de onvolledigheid van de elementenleer tot een syndromenleer moeten ontwikkelen.

²⁵ Leeuw, Karel van der, *Het Chinese Denken: geschiedenis van de Chinese filosofie in hoofdlijnen*, Boom, Amsterdam, 1994

2.4.2 De Qin (Ch'in)-dynastie (221 - 210 v. Chr.)

Koning *Zheng* maakte in 249 v. Chr. een einde aan de Zhou (Chou)-dynastie en vestigde een dictatoriaal regiem met sterk gecentraliseerd bestuur. Als keizer *Qin Shihuangdi* (Ch'in *Shihhuangti*) ('De Eerste Keizer') vestigde hij in 221 v. Chr. de eerste dynastie van 'Groot China', de Qin (Ch'in)-dynastie. Beducht voor de macht van het geschreven woord decreteerde hij in 213 v. Chr. de grote *boekverbrandingen*. De *Yijing* (I-ching), geneeskundige, farmaceutische en landbouwkundige werken bleven gespaard²⁶.

Na zijn dood ontstond een volksofstand en totale anarchie, die pas een jaar later door generaal *Liu Bang* beteugeld kon worden. Dat betekende het einde van de Qin (Ch'in)-dynastie.

2.4.3 De Han-dynastie. (206 v. Chr. - 220 na Chr.)

Keizer *Liu Bang* handhaafde de bestuursvorm van zijn gehate voorganger en ook hij bleef beducht voor de ondermijnende invloed van het nog lang niet volledig vernietigde arsenaal van verboden literaire werken. Het boekverbod bleef van kracht. De werken werden echter niet meer verbrand maar aan de paleisbibliotheken in de hoofdstad toegevoegd. Met als gevolg dat in 206 v. Chr. bij een plundering van de hoofdstad en de daarbij onvermijdelijke branden

Het Taoïsme en vooral de later ontwikkelde variant daarop, het Confucianisme bepaalden zozeer het voelen, denken en handelen in het grote Chinese rijk, dat ook het keizerlijk huis op de lange duur niet aan deze tendens kon ontkomen. Het verbod om, met name filosofische, boeken te bezitten werd reeds door de tweede Han-keizer ingetrokken. De dynastie bleek steeds meer genegen het land te leiden volgens het 'mandaat des hemels' en verklaarde het Confucianisme later zelfs tot staatsideologie, met uitsluiting van alle andere doctrines²⁷.

Van de latere nazaten hebben vooral keizers *Han Wu* (141 - 86 v. Chr.) en *Han Ai* (6 v. Chr. tot 2 na Chr.) zich bijzonder verdienstelijk gemaakt met het inventariseren, herschrijven, completeren en catalogiseren van wat er nog resteerde van de klassieke werken en de daarop geschreven commentaren.

Ook de geneeskunde kon zich in de Han-tijd tot ongekende hoogte ontwikkelen. Zo werd de beroemde *Materia Medica* van de legendarische keizer *Shennong* in het begin van deze periode gecompileerd. Niet veel later werden nog eens 80 medicamenten beschreven in *De Beginselen en Hoofdzaken der Geneeskunst*. Daaronder vinden we koortswerende-, purgerende-, diuretische-, pijnstillende-, opwekkende- en spijsvertering bevorderende middelen alsmede middelen tegen diarree.

Zelfs de chirurgie was in die tijd ver gevorderd. Onder algehele verdoving werden grote operaties en vermoedelijk zelfs hersenoperaties uitgevoerd.

De geneeskunst werd zonder meer beschouwd als de toonaangevende wetenschap in China en dat zou nog eeuwenlang zo blijven.

2.5 China van 220 tot 1644

Door de eeuwen heen kreeg het Confucianisme en ook het nog steeds bestaande Taoïsme een andere inhoud. Door de invloed van het sterk opkomende Boeddhisme, maar later ook door de Islam en zelfs het Christendom, is het Confucianisme/Taoïsme voor het Chinese volk veel meer een soort godsdienstige levensovertuiging geworden.

Tot ver in de 17e eeuw is vooral het syncretistische²⁸ Confucianisme bepalend geweest voor het maatschappelijke leven in China en hebben de opeenvolgende dynastieën de klassieke werken gekoesterd. Zo is bijvoorbeeld de compilatie van alle klassieke werken in opdracht van de tweede keizer van de *Tang* (*T'ang*)-dynastie, halverwege de zevende eeuw, beroemd geworden.

De acupunctuur beleefde gedurende de Tang (*T'ang*)-dynastie (618 - 845) haar grootste bloei. Het is onvoorstelbaar hoe goed de Chinezen in die tijd al waren ingevoerd in de anatomie, de fysiologie en de pathologie van het menselijk lichaam. In een tijd dat in Europa de geneeskunst niet verder was gevorderd dan het bezweren met toverformules en ziekte nog algemeen als een straf voor begane zonden werd beschouwd, formuleerden de Chinese artsen hun diagnostiek en hun therapieën.

²⁶ Legge, op. cit. blz. 259 e.v.

²⁷ In die tijd was het Confucianisme feitelijk al een synthese van de elementen van verschillende denkrichtingen in China. Leeuw, op. cit. blz. 111

²⁸ Versmelting van wijsgerige en religieuze opvattingen en meningen van verschillende herkomst zonder dat de tegenstrijdigheden worden opgegeven en een diepere betekenis wordt bereikt.

In de zesde eeuw kende men in China al ziekenhuizen en werden vele verhandelingen gewijd aan ziekten zoals pokken, lepra, difterie en scheurbuik.

De eerste medische hogeschool ter wereld, het Keizerlijk Instituut voor Geneesheren, had in de zevende eeuw al jaargangen van zo'n 350 ingeschreven studenten. Ook elders ontstonden opleidingen en beroemde artsen gaven cursussen en lezingen door het hele land.

Tijdens de *Song (Sung)-dynastie* (960 - 1279) en ook later nog, werden manshoge bronzen beelden gegoten waarin kleine gaatjes zaten op de plaatsen van de 361 (klassieke) acupunctuurpunten. Deze beelden werden gebruikt bij het examineren van medische studenten.

Van grote klasse is het in 1578 gepubliceerde *Compendium van de Materia Medica* van *Li Shizhen*. Hierin beschreef hij, na 27 jaar onderzoek, 1892 geneesmiddelen en ongeveer 10.000 ziektegevallen waarbij ze konden worden toegepast. Van deze geneesmiddelen waren er 1094 van plantaardige, 444 van dierlijke en de rest van minerale oorsprong. Zij werden gerangschikt in 16 groepen en 62 onderafdelingen volgens hun biologische kenmerken en farmaceutische waarde. Vermeldenswaardig is tevens dat in deze tijd bij de Chinezen al bekend was dat een verwoestende pokkenepidemie kon worden voorkomen door het opsnuiven van een gedroogd extract van pokpuisten.

2.6 China van 1644 tot heden

2.6.1 De Qing (Ch'ing)-dynastie. (1644 - 1912)

De overheersing van de *Manchus* over China werd vanaf het begin (1644) gekenmerkt door een diep respect voor de Chinese beschaving. Vrijwel alles bleef daarom zoals het eeuwen lang geweest was en toch zou er onder hun bewind een drastische wending komen met betrekking tot de op de elementenleer gebaseerde wetenschappen.

Als niet-Chinezen stonden de Manchus waarschijnlijk meer open voor de wetenschap, zoals die zich in Europa begon te ontwikkelen.

Die westerse wetenschap was intussen zó ver gevorderd dat zij met behulp van de wiskundig geformuleerde wetten van Kepler (1571-1630) bepaalde natuurverschijnselen, zoals zonsverduisteringen, tot op de minuut kon voorspellen. Dát maakte indruk, aangezien deze gebeurtenissen op onverwachte tijden als zeer onheilspellend werden ervaren.

De Chinese astronomen waren in deze nog net zover als een paar duizend jaar v. Chr. en konden dergelijke calamiteiten hooguit tot op enkele dagen tevoren voorspellen.

De op de Newtonmechanica gebaseerde 'westerse wetenschap' was volkomen strijdig met de elementenleer. Het lijkt daarom geen toeval dat de Manchu-keizers zich niet met de nog steeds toonaangevende Chinese wetenschap, de acupunctuur, wilden laten behandelen. Hierdoor kwam de 'oosterse wetenschap' openlijk in diskrediet.

Het duurde nog tot 1822 alvorens keizer *Dao Guang* het uitoefenen van de acupunctuur geheel verbood. Hoewel hij daarmee niet kon voorkomen dat op het platteland de zgn. 'barefoot-doctors' intensief voor deze therapie geraadpleegd bleven worden, heeft hij de traditionele Chinese geneeswijze met zijn verbod een grote slag toegebracht. De waardevolle kennis van vele eeuwen werd in toenemende mate vertroebeld door dogma en bijgeloof of ging geheel verloren.

2.6.2 De republiek China

Pas in 1944 heeft *Mao Zedong* de acupunctuur weer laten erkennen als een volwaardige geneeswijze naast de, in de ziekenhuizen toegepaste, westerse geneeskunde. Terwijl de oorlog tegen Japan nog voortduurde, had Mao een beleid uitgewerkt met betrekking tot de traditionele geneeswijzen. China had in die tijd zeer weinig westers geschoolde artsen en de meesten daarvan hielden zich ook nog meer bezig met geld verdienen dan met de zorg voor de miljoenen door ziekten gekwelde, straatarme boeren.

Daarentegen waren de 100.000 'barefoot-doctors' op het platteland, ondanks de tegenwerking van hogerhand, nog steeds populair bij het volk. Op grond van deze gegevens was het voor Mao een duidelijke zaak dat de volksgezondheid van China op korte termijn alleen maar kon verbeteren indien beide groeperingen met vereende krachten aan de slag zouden gaan. In het jaar van de bevrijding, op de Eerste Nationale Vergadering voor de Volksgezondheid, vaardigde hij dan ook een richtlijn uit voor het effectueren van dit plan.

Dank zij de universitaire aanpak van de acupunctuur kon deze geneeswijze zich binnen enkele decennia weer ontwikkelen tot het hoge niveau van zo'n driehonderd jaar eerder! Door het elimineren van drie eeuwen verbastering kreeg de oosterse geneeskunst weer een zodanige consistentie, dat vele duizenden westerse artsen en therapeuten er in geïnteresseerd raakten.

De ontwikkelingen sinds 1944 tonen aan dat **synergie tussen westerse en oosterse geneeswijzen** niet alleen in de praktijk zeer goed mogelijk is, maar ook een voortreffelijke combinatie oplevert.

Voor de ontwikkeling van de acupunctuur in Nederland: zie hoofdstuk B5.1.

3 Literatuurhistorie van TCG en acupunctuur

3.1 Inleiding

Traditionele Chinese Geneeskunst, en daarmee acupunctuur, is een oude geneeskunst waarin de mens als integraal geheel in verbinding met de natuur beschouwd wordt. Dit gezichtspunt is ontstaan uit duizenden jaren studie van de onderlinge verbanden in het menselijk lichaam en de relaties van de mens met zijn omgeving.

Met een culturele traditie van minstens 4500 jaar is China een land met een enorme rijkdom aan kennis over ziekten en geneeskunst. De overlevering laat zien dat men zelfs(!) in de oudheid een duidelijk inzicht had in de grondslagen van de menselijke fysiologie en pathologie, van de interne organen en meridianen van het lichaam, van ziekteoorzaken, diagnostiek en behandelingsprincipes. Deze inzichten vonden hun neerslag in een monumentaal werk, de *Neijing (Nei-ching)*.

3.2 Standaardwerken over de acupunctuur²⁹

De *Neijing (Nei-ching)* werd in de 3e/2e eeuw voor Christus schriftelijk vastgelegd en behandelt de medische verworvenheden van het oude China. Dit *Boek van het Inwendige* vormt het fundament voor de theorie van de acupunctuur en beslaat twee delen van elk negen hoofdstukken, *Su Wen* en *Ling Shu*.

Su Wen is een theoretisch werk dat voornamelijk medische vraagstukken behandelt in het perspectief van de elementenleer. Ling Shu is meer een praktisch werk dat hoofdzakelijk gaat over therapeutische vraagstukken, het gebruik van naalden en moxibustie (moxa branden)³⁰.

De *Neijing (Nei-ching)* wordt toegeschreven aan de legendarische Gele Keizer Huangdi (Huangti) (± 2700 v. Chr.). Vrijwel het gehele werk is in dialoogvorm, tussen deze keizer en zijn zes ministers. De keizer stelt de vragen en Ji Bai, de minister van gezondheid, geeft de meeste antwoorden.

Tijdens de Han-dynastie (± 2e eeuw na Chr.) verschijnt de *Nanjing (Nan-ching)*. Auteur Bian Que behandelt 81 vragen en antwoorden over moeilijke passages uit de *Neijing (Nei-ching)*.

Sterk in opkomst is in die tijd ook de kruidengeneeskunde. De *Shang Han*³¹ van de vermaarde Zhang Zhongjing draagt door het beschrijven van de zes ziektestadia belangrijk bij aan de diagnostiek bij acute ziekten.

In de 3e eeuw na Chr. schrijft Huang Fumi de *Zhenjiujia yijing*³². Dit boek is een mijlpaal. Het gaat uitsluitend over de acupunctuur, combineert de essentie van de *Neijing (Nei-ching)* met andere werken en registreert alle tot dusver bekende acupunctuurervaringen. Het werk omvat fysiologie, pathologie, diagnose, therapie en preventie. Niet eerder werden orgaan- en meridiaantheorie zo grondig behandeld.

²⁹ Een complete lijst van Chinese medische teksten kan men vinden in de *Catalogus van de Chinese Medische Boeken*, Deel I en II (*Zhongguo yixue shumu*), uitgegeven door Gang en Hei [Taipei: Wenhai, 1971]. Een veel kortere versie staat in de *Geselecteerde Verklaringen van de Traditionele Chinese Medische Termen*, pag. 480-498.

Een goed overzicht van de belangrijkste klassieke geschriften over acupunctuur wordt gegeven in *The web that has no weaver* van Ted J. Kaptchuk (zie § B3.4, Nederlandse vertaling, blz. 326 - 335).

³⁰ Nghi, Nguyen Van, *Hoang Ti Nei King So Quenn*, Deutsche Übersetzung: Wolfgang Heinke, MLV GmbH, Uelzen 1977, blz. 27.

³¹ *Shang Han Lun* (Verhandeling over ziekten veroorzaakt door koude), door Zhang Zhongjing, ca. 220 na Chr.

³² *Zhenjiujia yijing* (Systematisch klassiek boek van de acupunctuur), door Huang Fumi, 282 na Chr.

In de jaren 600-900 na Chr. (Tang-dynastie) ontwikkelt de geneeskunde zich tot een hoog niveau. In de literatuur uit dit tijdperk worden diagnostische methoden en moxibustie verfijnd. Uitgebreide preventieve en hygiënische maatregelen worden beschreven in boeken van Sun Si Miao³³ en Wang Tao³⁴.

Rond de 16e eeuw ontstaan twee vernieuwende werken over de TCG. De *Zhenjiu da cheng*³⁵ van Yang Jizhou is een compendium over acupunctuur: het geeft de hele medische ervaring van de verschillende scholen weer, met daarbij een beschrijving van de diverse naaldmanipulaties, een introductie van een massagetherapie bij kinderen en klinische besprekingen met syndroomdifferentia en puntprescripties.

De in die tijd bekende auteur Li Shizhen³⁶ beschrijft de (ook tegenwoordig) meest gebruikelijke polsdiagnoses en zet een boek over de extra meridianen op zijn naam. Over kruidengeneeskunde wordt door hem de enorme *Materia Medica* gepubliceerd, die in 50 delen bijna 1900 kruiden en zo'n 10.000 prescripties behandelt (zie § B2.4.3).

Na deze periode is tot in de 20e eeuw door imperialisme en penetratie van westerse geneeskunde de ontwikkeling van de acupunctuur sterk beknut. Tot halverwege deze eeuw blijft een duidelijke tegenwerking tegen de TCG bestaan.

In de jaren veertig keert echter het tij, waardoor oude kennis en moderne westerse wetenschap een gezamenlijke bijdrage kunnen leveren aan de Chinese gezondheidszorg.

3.3 Literatuuronderzoek

Hoewel de *Neijing* (*Nei-ching*) uit de 28e eeuw voor Christus zou dateren en de eerste schriftelijke vastlegging uit de 3e eeuw voor Christus, weten wij pas van haar bestaan uit de *Annalen van de Handynastie* uit de eerste eeuw voor Christus.

De eerste eeuwen na Christus moeten er veel verschillende versies van de *Neijing* (*Nei-ching*) in omloop zijn geweest. Het oudste bewaard gebleven exemplaar dateert echter pas uit de T'ang-tijd (618-845 na Chr.) en bestaat uit:

- Een bewaard gebleven kopie van de *Neijing Tai Su* van auteur Yang Shangshen, bestaande uit dertig hoofdstukken waarin hij teksten van de Ling Shu en de Su Wen combineerde;
- De *Su Wen* van Wang Bing, uit 762 na Chr., die – anders dan de eerder genoemde versie uit de Han-tijd – uit 81 hoofdstukken bestaat.

Wang Bing verklaart in het voorwoord het geluk te hebben gehad een slechts weinig verbasterd exemplaar van de *Su Wen* van zijn leermeester Guo Zizhai te hebben gekregen. Die versie had hij kunnen aanvullen en verbeteren dank zij teruggevonden geheime notities van de eerder genoemde auteur Zhang Zhongjing en gegevens uit het (verloren gegane) boek *Yinyang dalun*.

Hij meldt twaalf jaar nodig te hebben gehad om het gehele werk te redigeren.

Definitief uitgekristalliseerde versies van zowel de *Ling Shu* als de *Su Wen* dateren uit de Song (Sung)tijd (960-1279 na Chr.) en vormen in feite de basis voor de huidige tekstedities van de *Neijing* (*Nei-ching*).

Beide delen bestaan sindsdien uit 81 hoofdstukken met uitgebreide verklaringen en commentaren.

De huidige *Neijing* (*Nei-ching*) kan daarom zeker niet authentiek genoemd worden en historisch gezien kan men veel vraagtekens plaatsen bij de homogeniteit van deze edities van de *Neijing* (*Nei-ching*).

Ook de bekende sinoloog Dr. R.F. Bridgeman³⁷ had zo zijn twijfels over leeftijd en homogeniteit van de *Neijing* (*Nei-ching*), maar dan niet alleen van de huidige edities. Hij constateerde dat verschillende teksten niet met elkaar waren te verenigen of zelfs met elkaar in tegenspraak waren. Tevens kon hij

³³ *Qianjin yaofang* (Duizend dukaten recepten) door Sun Si Miao, 652 na Chr. Bevat informatie over verschillende specialismen, acupunctuur, moxibustie en voeding.

³⁴ *Waitai biyao* (Noodzakelijkheden van een grens-ambtenaar) door Wang Tao, 752 na Chr. Een verzameling medische kennis uit deze periode.

³⁵ *Zhenjiu da cheng* (Groot compendium van de acupunctuur en moxibustie) door Yang Jizhou.

³⁶ *Binhu maixue* (Polsbestuderingen door de meester van het meer) door Li Shizhen, 1564 na Chr. Een beschrijving van 27 polstypen.

Ben cao gangmu (De grote farmacopee) door Li Shizhen, 1578

³⁷ Ontleend aan het voorwoord van de (Franse) vertaling van de *Su Wen* door A. Husson, 1973

bevestigen dat Wang Ping inderdaad enkele hiaten bleek te hebben opgevuld: verschillende hoofdstukken van de *Su Wen* vertonen, ondanks de dialogovorm, een geheel andere stijl.

Voor de datering van de verschillende hoofdstukken van de *Neijing* (*Nei-ching*) vergeleek Bridgeman deze met andere, duidelijker gedateerde werken. Zo kon hij de oudste fragmenten thuisbrengen omdat zij overeenkwamen met geschriften waarvan ene Zhong Yuyi (geboren in 216 v. Chr.) beweert ze van zijn meester Yang Gang te hebben gekregen. Het werk bevat tevens zeer oude fragmenten die ongetwijfeld de echo moeten zijn van werk dat verloren is gegaan bij de boekverbrandingen in 213 en 206 voor Chr.

Bridgeman kon ook een aantal technische termen dateren, omdat zij slechts gedurende een bepaalde periode of sinds een bepaalde tijd gebruikelijk waren binnen de TCG. Op deze manier stelde hij onder andere vast dat alle fragmenten waarin melding wordt gemaakt van de holle organen³⁸, de fu's, op z'n vroegst zo'n honderd jaar na Chr. moesten worden gedateerd.

Concluderend moet de *Su Wen* als klassiek geneeskundig werk zijn samengesteld uit fragmenten van zeer uiteenlopende ouderdom van tussen de derde eeuw v. Chr. tot de zevende eeuw na Chr.

Volgens Bridgeman is het daarom onjuist om de *Neijing* (*Nei-ching*) te beschouwen als een 'onveranderlijk, onwrikbaar, volledig in de oudheid ontwikkeld leerboek' dat zonder noemenswaardige veranderingen is overgedragen. Integendeel, de *Neijing* (*Nei-ching*) blijkt een weinig coherente doctrinaire uiteenzetting te zijn, waarin zeer oude fragmenten onder één titel vervlochten zijn met veel jongere teksten. De daardoor gesuggereerde homogeniteit is onwaarschijnlijk.

3.4 Enkele standaardwerken voor acupunctuurstudie

Bensky, D., O'Connor, J.,

Acupuncture, a comprehensive text, Eastland Press, Seattle, 1981

Kaptchuk, T.,

Chinese Medicine, the web that has no weaver, Rider & Company, London, 1983

Nederl. vert. (Mulder, Coppé en Coronel): *Chinese Geneeswijzen*, Kosmos, Amsterdam, 1988

Kespi, Jean-Marc,

Acupuncture, Maisonneuve, 1982

Maciocia, G.,

The Foundation of Chinese Medicine, Churchill Livingstone, New York, 1989

Practice of Chinese Medicine

Tongdiagnose in de Chinese Geneeskunde, (Nederl. vertaling dr. P. Coppé), SATAS, Brussel, 1992

Van Nghi Nguyen,

Pathogenese und Pathologie der Energetik in der Chinesischen Medizin, Band I und II,

MLV GmbH, Uelzen, 1974

Unschuld, Paul U.,

Medicine in China, University of California Press, Berkeley, 1985

Wiseman, N., Ellis, A.,

Fundamentals of Chinese Medicine, Paradigm Publications, Massachusetts, 1985

Xinnong, C.,

Chinese Acupuncture and Moxibustion, Foreign Languages Press, Beijing, 1987

³⁸ De holle organen zoals darm en blaas zijn meer Yang dan de massieve organen, die meer Yin zijn. (In de Yin-Yang-dialectiek is het holle meer Yang en het massieve meer Yin). De organen spelen paarsgewijs een centrale rol in de energiehuishouding van het lichaam. Er zijn diverse gegevens die er op wijzen dat het in de genoemde periode niet duidelijk was welke organen als de Yange en welke als de Yinne moesten worden bestempeld en hoe ze vervolgens gekoppeld moesten worden aan de elementen in de elementencyclus (als in tabel I, blz. 27). Zie *The web that has no weaver* van Ted J. Kaptchuk (Nederlandse vertaling, blz. 322, noot 2).

4

Het beroep

4.1 Korte omschrijving

Acupuncturist is degene die beroepsmatig mensen met lichamelijke en/of psychische klachten behandelt door middel van (een combinatie van) naaldtechnieken, moxatechnieken, cupping en specifieke massagetechnieken (kernobject van handelen, § B1.1).

Het daarvoor benodigde behandelplan wordt verkregen door de uit anamnese en onderzoek resulterende individuele gegevens systematisch te vertalen naar een uit de Traditionele Chinese Geneeskunst bekende verstoring van de energiehuishouding (TCG-diagnose).

De acupunctuurbehandeling kan vanuit geassocieerde disciplines worden ondersteund met oefentherapie, fytotherapie, Tui-Na, meditatie en adviezen aangaande eet- en leefpatronen (zie § B1.3.4).

4.2 De benaming *acupuncturist*

De in de Traditionele Chinese Geneeskunst geschoolde beroepsbeoefenaar is tot (veel) meer in staat dan hetgeen door het kernobject van handelen (zie § B1.1) gedekt wordt.

Toch is in dit beroepsprofiel om twee redenen voor de benaming *acupuncturist* gekozen:

- in Nederland werd tot voor kort vooral acupunctuur in engere zin toegepast; het grote publiek is daar inmiddels mee vertrouwd geraakt;
- het beroep is in Nederland nog steeds in ontwikkeling en zal zich binnen de Nederlandse gezondheidszorg zeker op een geheel eigen wijze ontwikkelen. Het zal anders zijn dan het oorspronkelijke beroep in het Verre Oosten.

4.3 Autonoom beroep

4.3.1 Eigensoortige therapie

Het beroep van acupuncturist ontleent zijn autonomie aan een eigensoortige TCG-diagnose met een specifieke en goed herkenbare therapie en een duidelijk kernobject van handelen. Het een en ander is gebaseerd op een acceptabele theoretische onderbouwing.

Daardoor is het beroep enerzijds goed te onderscheiden van de geassocieerde disciplines en anderzijds goed af te bakenen ten opzichte van de reguliere westerse geneeskunde.

Het onder andere door de commissie Muntendam (zie § B4.4.2) vastgestelde autonome karakter van de acupunctuur wordt in dit beroepsprofiel nadrukkelijk vooropgesteld. Het eigen kernobject van handelen van de acupunctuur staat daarbij centraal. Hierover bestaan binnen de beroepsvereniging geen meningsverschillen. Wel kan het kernobject onder invloed van bepaalde ontwikkelingen in het veld zo nodig worden bijgesteld.

In Nederland hebben veel acupuncturisten tevens een allopathische opleiding genoten (fysiotherapie, tandheelkunde, geneeskunde). Dit kan, ten onrechte, de schijn wekken dat acupunctuur zich zuiver als techniek gemakkelijk in een allopathische praktijk laat integreren.

Acupunctuur is echter meer dan een verzameling van technieken. Paradigma, methode, diagnostiek, mens- en wereldbeeld alsmede binnen de beroepsgroep vigerende gemeenschappelijke professionele normen en waarden verlenen de acupunctuur het karakter van een volwaardig, autonoom en eigensoortig beroep. Dit geldt zeker als men uitgaat van het totale toepassingsgebied van de TCG (zie § B6.3.2).

Nadrukkelijk dient daarom te worden gesteld dat een eventueel, op puur praktische gronden, integreren van acupunctuur met een andere vorm van beroepsuitoefening, ten koste zal gaan van de vele mogelijkheden die acupunctuur en TCG te bieden hebben.

4.3.2 Acupunctuur als substituutbehandeling

Bij het toegenomen gebruik van alternatieve behandelingswijzen rijst de vraag in hoeverre er sprake is van een afname van de regulier medische consumptie.

Uit een onderzoek uit 1980³⁹ is gebleken dat 38% van de ondervraagden de huisarts bleef consulteren tijdens de alternatieve behandeling. Voordien maakte 80% van de diensten van de huisarts gebruik.

Dit zou kunnen wijzen op substitutie van 42% van het gebruik van de huisarts. Voor de specialist zou deze substitutie 26% zijn.

In vervolgonderzoeken worden deze cijfers niet bevestigd. Van Sonsbeek constateert zelfs een toegenomen bezoek aan de huisarts onder gebruikers van alternatieve behandelingswijzen, zij het dat volgens zijn berekeningen dit verschil wegvalt indien men corrigeert voor de ernst van de ziekte.

In een recentere publikatie (1986) handhaaft Van Sonsbeek dan ook de stelling dat er qua huisartsbezoek geen verschil is tussen gebruikers en niet-gebruikers van alternatieve behandelingswijzen.

Er zal op dit vlak dus zeker verder onderzoek gedaan moeten worden, met name met betrekking tot acupunctuurbehandelingen⁴⁰.

4.3.3 Evolutie van het beroep

Het beroep is voortdurend in ontwikkeling. Dit wordt enerzijds beïnvloed door veranderingen binnen het vakgebied, zoals verdieping van kennis en uitbreiding van mogelijkheden. Anderzijds zijn veranderende inzichten rond zorgverlening en gezondheidszorg van invloed op de beroepsontwikkeling (zie § B6.2).

4.4 Opkomst van het beroep in Nederland

4.4.1 Maatschappelijke vraag

De belangstelling voor alternatieve geneeswijzen in het algemeen en acupunctuur in het bijzonder is in de afgelopen decennia enorm gegroeid.

Van Sonsbeek (CBS 1983) publiceerde een uitvoerig onderzoek over het raadplegen van alternatieve therapeuten in het kader van het proefonderzoek medische consumptie en in het kader van de continue gezondheidsenquête. Hij concludeerde dat 6,4 % van de Nederlandse bevolking in 1981 een alternatieve therapeut heeft geraadpleegd. Dit behelsde in totaal 5,4 miljoen contacten. 2,3 Miljoen van deze contacten betroffen behandelingen door huisartsen die alternatieve behandelingswijzen toepasten.

Maassen van den Brink (1987) berekende in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid dat 7,5 % van de Nederlandse bevolking (= 1,1 miljoen mensen) in 1986 gebruik maakte van alternatieve behandelingswijzen. Het gaat hier om 13 miljoen contacten tussen patiënten en alternatieve therapeuten respectievelijk alternatief werkende huisartsen.

Conclusie kan zijn dat ongeveer 20% van de volwassen Nederlandse bevolking wel eens een beoefenaar van alternatieve behandelingswijzen heeft geraadpleegd en dat per jaar minstens 8% een alternatief werkend therapeut of arts bezoekt. Het totaal aantal contacten tussen patiënten en beoefenaren van alternatieve behandelingswijzen bedraagt minstens 13 miljoen per jaar. Ter vergelijking: het totaal aantal contacten tussen huisartsen en patiënten in 1986 bedroeg 51,1 miljoen, tussen specialisten en patiënten 23,5 miljoen en tussen fysiotherapeuten en patiënten 29,2 miljoen.

In 1990 consulteerde 75% van de bevolking de huisarts, 43% een specialist en 10% een fysiotherapeut.

De toegenomen belangstelling voor alternatieve behandelingswijzen berust mogelijk op twee factoren: toenemende twijfel inzake het probleemoplossend vermogen van de reguliere geneeskunde en veranderingen in de diepere lagen van het culturele waardensysteem. Hierbij spelen patiëntenemancipatie, opwaardering van het esoterische gedachtengoed, groeiend inzicht dat de mens ver

³⁹ Het NIPG-onderzoek in 1980

⁴⁰ Aakster, C.W., van Dijk, P.A., van Wijk, R., *Integrale geneeskunde, een inleiding*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1989

vreemd is geraakt van zijn natuurlijke oorsprong, en meer nadruk op interactie- en ontwikkelingsprocessen in plaats van op rechtlijnige causaliteit een rol.

Deze factoren zijn overigens van toepassing op gebruiker en verstrekker van alternatieve behandelingswijzen.

4.4.2 Maatschappelijke acceptatie en plaatsbepaling

Dat acupunctuur als alternatieve geneeswijze de facto reeds deel uitmaakt van het Nederlandse maatschappelijke bestel blijkt onder andere uit het volgende:

- Steeds meer polissen van zorgverzekeraars dekken geheel of gedeeltelijk de kosten van acupunctuur.
- Contacten ten behoeve van overleg, verwijzing en consultatie tussen reguliere en alternatieve hulpverleners vinden frequenter en intensiever plaats. Ook contacten tussen alternatieve hulpverleners onderling nemen toe.
- Een deel van de gebruikers van alternatieve behandelingswijzen heeft zich georganiseerd in diverse patiëntenverenigingen die elkaar weer hebben gevonden in het LOPAG en de NP/CF⁴¹. Het LOPAG heeft criteria opgesteld voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de alternatieve gezondheidszorg, met de bedoeling te komen tot het opstellen van intentieverklaringen met (koepels van) beroepsorganisaties⁴².
- Een vijfde deel van de bevolking in Nederland lijkt in voorkomende gevallen gebruik te maken van alternatieve behandelingswijzen; ruim 60% van de bevolking rekent alternatieve behandelingswijzen tot de essentiële zorg⁴³.

De commissie Muntendam⁴⁴ heeft de regering positief geadviseerd aangaande de acupunctuur.

Genoemde commissie heeft de regering in overweging gegeven een onafhankelijk beroep van acupuncturist in te stellen en hierin diegenen toe te laten die als arts of fysiotherapeut een speciale scholing in de acupunctuur hebben gehad dan wel diegenen die een – door de gezamenlijke, op het gebied van de acupunctuur werkzame organisaties in te stellen en door de overheid goed te keuren – erkende opleiding tot acupuncturist hebben genoten.

Door de commissie Muntendam werd acupunctuur beschouwd als één van de zes deelgebieden binnen de alternatieve geneeswijzen. Deze behandelwijze werd geacht volkomen verschillend te zijn van alle andere behandelingsvormen.

Vastgesteld wordt hier dat acupunctuur een zelfstandig deelgebied is met een zelfstandige verstrekking.

Er wordt vooral gewerkt binnen de gezondheidszorg, maar ook elders wordt van acupunctuur gebruik gemaakt, zoals in de verslaafdenzorg, de sportbegeleiding en sinds 1993 de bedrijfsgezondheidszorg (zie § B6.2.2).

De werkzaamheden stralen onmiskenbaar een eigen identiteit uit.

Conclusie

De geneeswijze acupunctuur is inmiddels maatschappelijk breed aanvaard. Volksvertegenwoordiging en overheid kunnen echter het tempo van deze aanvaarding niet bijbenen.

⁴¹ LOPAG = Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen
NP/CF = Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie
Ten tijde van de tweede druk bestond het LOPAG overigens niet meer.

⁴² *Criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg*, LOPAG, 1992

⁴³ Aakster, C.W., *Kwaliteitsborging in de (alternatieve) Gezondheidszorg*, Stichting Delphi, Groningen, 1992

⁴⁴ De Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG), beter bekend onder de naam van haar toenmalige voorzitter Prof. Dr. P. Muntendam, bracht uitvoerig advies uit in het rapport *Alternatieve Geneeswijzen in Nederland*, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981.

De commissie beveelt de regering aan het wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot alternatieve geneeswijzen te bevorderen en een commissie in het leven te roepen welke onder meer tot opdracht krijgt met de regering overleg te plegen en haar te adviseren over de uitwerking en de uitvoering van de door de CAG gedane aanbevelingen en over aan de orde komende vraagstukken met betrekking tot alternatieve geneeswijzen.

4.4.3 Ontstaan van opleidingen en beroepsorganisaties

Ontstaan van opleidingen Tot het eind van de jaren zestig waren slechts enkele acupuncturisten in Nederland werkzaam, allen geschoold in het buitenland.

De eerste Nederlandse acupunctuuropleidingen startten begin jaren zeventig, waarna in korte tijd vele opleidingen volgden. Iedere opleiding scheen wel een gat in de markt te kunnen vinden, wat tot een grote diversiteit geleid heeft. Er werden zeer uiteenlopende accenten gelegd en vaak ontbrak een duidelijke lijn.

Stelt de ene opleiding ‘interesse voor acupunctuur’ als voorwaarde voor toelating, andere instituten eisen minimaal een HBO-opleiding (zoals fysiotherapie) dan wel een universitaire graad in de geneeskunde om tot de acupunctuuropleiding toegelaten te worden. Verschillen liggen ook op het gebied van de te doceren kennis, de vaardigheidstraining en de praktijkleerperiode.

Nogal eens ligt het accent van de opleidingen op elektro-acupunctuur volgens Voll, auriculotherapie of andere, meer op westers medische diagnostiek gebaseerde methodieken.

Ook het land van herkomst van de gastdocenten was van belang, daar elk land zijn eigen school leek te hebben. Zo waren er de Oostenrijkse (o.a. Dr. Joh. Bischko), de Duitse (o.a. Dr. Porkert), de Franse (Kespi, Van Nghi, Chamfrault) en de Engelse School (Van Buuren, Jack Worsley, Paul Gill, Royston Low, Keith Lamont en Bill Fletcher, allen leerlingen van J. Lavier).

Ontstaan van beroepsorganisaties Vanwege de uiteenlopende eisen met betrekking tot de vooropleiding en de kwaliteit van de acupunctuuropleidingen kon in Nederland ook een grote diversiteit in de wijze van beroepsuitoefening opbloeien. Daardoor ontstonden tevens verschillende beroepsorganisaties⁴⁵.

Medio jaren negentig waren er ongeveer drieduizend acupuncturisten werkzaam in Nederland, waarvan vrijwel de helft zich had georganiseerd in een beroepsvereniging. Met haar meer dan 700 leden was de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) de grootste beroepsvereniging in Nederland en vertegenwoordigde daarmee bijna de helft van de georganiseerde beroepsbeoefenaren⁴⁶. De NVA fuseerde in 2004 met het NGvA; haar ledenaantal beweegt zich sindsdien rond de 1000.

De signaleerde diversiteit in de opleidingen leidde tot grote kwaliteitsverschillen en de meest uiteenlopende standpunten met betrekking tot het gewenste niveau van medische vooropleiding en het kwalificeren van geassocieerde disciplines. Om deze diversiteit binnen de verschillende acupunctuuropleidingen te reduceren werd eind jaren tachtig de Vereniging Integratie Nederlandse Acupunctuur Opleidingen (VINAO) opgericht. De heterogeniteit van de opleidingen bleek echter zo groot dat het bereiken van uniformiteit absoluut onhaalbaar was. Om deze reden heeft, zoals in de inleiding reeds vermeld, de NVA besloten een voortrekkersrol te vervullen.

⁴⁵ Dijk, Paul van, *Geneeswijzen in Nederland: compendium voor alternatieve geneeswijzen*, Ankh Hermes, Deventer, 1993

⁴⁶ De grootste beroepsverenigingen voor acupunctuur waren anno 1995:
 - Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), ca. 700 leden,
 - Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), ca. 350 leden,
 - Nederlands Genootschap voor Acupunctuur (NGvA), ca. 300 leden.

Anno 2011 is de situatie:

- NVA ca. 1000 leden
- NAAV ca. 300 leden
- NVTG Zhong ca. 500 leden

Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur

5.1 Ontstaan vanuit opleidingen

In 1972 nam de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns (NWP) te Hilversum het initiatief de British Acupuncture Association (BAA) te vragen een acupunctuuropleiding in Nederland te starten.

Dit resulteerde op 28 oktober van dat jaar in de oprichting van het *Anglo-Dutch College of Acupuncture* te Haarlem en de opening van de eerste polikliniek voor acupunctuur in 1973.

Door de inzet van een aantal (oud)leerlingen van het Anglo-Dutch College of Acupuncture en van de opleiding PaKua (in de jaren 1972/73 vanuit Engeland geïnitieerd) kwam het tot de oprichting van een acupunctuurvereniging, de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), in 1977 ingeschreven bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.

De kwaliteit van de opleiding is van meet af aan het centrale beleidsthema van de vereniging geweest.

Het kwaliteitsstreven kreeg vooral gestalte toen in 1978/1979 Ted Kaptchuk op basis van de *syndromenleer* een klassieke, meer gestructureerde vorm van acupunctuur in Nederland introduceerde⁴⁷.

In diezelfde tijd begon de acupunctuur zich ook in Frankrijk sterk te ontwikkelen. Veel Franse artsen hadden ervaring opgedaan in Vietnam en ook hun meer op de *elementenleer* gebaseerde inbreng droeg bij aan de ontwikkeling van het beroep. De acupunctuur volgens de Franse School werd in Nederland bevorderd door dr. Walter Boormeester. Verweving met de acupunctuur volgens de Engelse opleiding vond plaats, toen China zijn grenzen verder openstelde en men voor het eerst gestructureerde TCG-opleidingen in China kon volgen. Op dat moment werd namelijk pas echt de samenhang tussen de Engelse en de Franse benadering duidelijk.

In 1982 gingen enkele leden van de NVA naar China om te bezien welke eisen daar golden voor (universitaire) opleidingen voor acupunctuur. Met deze kennis konden richtlijnen en eisen geformuleerd worden, waaraan acupuncturisten zouden moeten voldoen om het beroep van acupuncturist op doelmatige wijze te kunnen uitoefenen. Zo ontstonden opleidingseisen die gestoeld zijn op de TCG (zie § B5.4.1). Vanaf 1985 kwamen de eerste Chinese leraren lesgeven in Nederland.

De toegenomen belangstelling voor en acceptatie van acupunctuur (zowel van hulpverleners als van hulpvragers), ruimere toegankelijkheid tot studiemateriaal, studiemogelijkheden in het buitenland en verbeterde opleidingsmogelijkheden in Nederland zelf, deden bij veel NVA-leden de behoefte ontstaan aan een volwaardige beroepsvereniging.

In 1989 werden de doelstellingen en de statuten van de vereniging dan ook ingrijpend gewijzigd. Daardoor kon de organisatie worden verbeterd en de op gang zijnde professionalisering worden ondersteund.

5.2 Organisatie van de NVA

5.2.1 Doelstellingen van de vereniging

Statutair stelt de vereniging zich onder andere ten doel:

- de bevordering van de acupunctuur en verwante oosterse geneeswijzen (geassocieerde disciplines);
- de bevordering van het tot stand komen van een erkenning van acupunctuur als geneeswijze;
- de vorming van een stand van bekwame en deskundige beoefenaars van de acupunctuur;
- het doen verschaffen van een (wettelijke) status aan de beoefenaars van de acupunctuur, om het beroep van acupuncturist op adequate wijze te kunnen uitoefenen.

⁴⁷ Vanuit de TCG worden de volgende begrippen verduidelijkt: energetica van de punten – naaldtechniek – 8 principes – fysiologie van de Zang-Fu – differentiatie van Zang-Fu-syndromen – differentiatie van de Jing-Luo en 6 divisies – veranderingen in de tong- en polsdiagnostiek.

5.2.2 Organisatiestructuur van de vereniging

Algemeen

De Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur heeft een 'horizontale' organisatiestructuur, in tegenstelling tot de meeste verenigingen, die 'piramidaal' georganiseerd zijn. Dit vereist enige toelichting, omdat een horizontale structuur over het algemeen minder doorzichtig is dan een piramidale en eens te meer, omdat de structuur van de NVA ontleend is aan een uit de Chinese elementenleer bekende organisatievorm.

Bestuursinrichting en activiteitscyclus

Het bestuur van de NVA bestaat uit vijf afdelingen: KernBestuur (KB), Public Relations (PR), Gedrag & Welzijn (G&W), Onderwijs & Wetenschap (O&W) en Publicatie (Redactie). Kern van de vereniging is het secretariaat, het centrum voor de interne en externe communicatie. Het KB ontleent dan ook de naam KernBestuur aan het door haar gevoerde beheer over dit secretariaat.

KB en afdelingen hebben elk vijf leden, in functie benoemd door de ledenvergadering en daaraan verantwoording verschuldigd. Deskundige niet-leden kunnen tot adviseur van een afdeling of commissie worden benoemd, zoals bijv. een jurist ten behoeve van de afdeling Gedrag en Welzijn. De aandachtsvelden van de diverse afdelingen zijn omschreven in het reglement Taken en Bevoegdheden en zijn min of meer af te leiden uit hun naam.

De vereniging kent een aantal vaste commissies. De kascommissie wordt jaarlijks benoemd door de ledenvergadering. Door de afdelingen of door de ledenvergadering kunnen bijzondere commissies worden ingesteld met een al dan niet tijdelijke opdracht. De commissies vallen onder verantwoordelijkheid van de ledenvergadering of van de afdeling waardoor ze zijn benoemd.

De Commissie van Toezicht en de Raad van Beroep behandelen tuchtzaken binnen de NVA en worden voorgezeten door een jurist. De Nascholingscommissie en Commissie Wetenschappelijk Onderzoek zijn vaste commissies van afd. O&W. Andere aandachtsgebieden voor commissies zijn o.a.: Zorgverzekeringen, BTW, Kruiden, Aanpassing Beroepsprofiel.

Ter voorbereiding en evaluatie van het beleid kent de NVA een 'hoofd'bestuur van negen personen: het voltallige KB en één afgevaardigde van elke afdeling.

Alle afdelingen hebben hun *eigen, autonome*, reglementair vastgestelde en door de ledenvergadering goedgekeurde taken en bevoegdheden. De leden van de afdelingsbesturen worden door de ledenvergadering in hun functie benoemd. Hierdoor kunnen de vijf afdelingen min of meer autonoom functioneren, hetgeen inhoudt dat *alle afdelingen op hiërarchisch gelijkwaardig niveau* functioneren: de afdelingen zijn stuk voor stuk door de ledenvergadering gemachtigd en leggen, elk voor zichzelf, ook alleen ten opzichte van de ledenvergadering verantwoording af.

De NVA kent een activiteitscyclus van twee fasen, te weten:

- een *voorbereidingsfase* waarin de afdelingen hun jaarplannen op elkaar afstemmen en de begrotingen daarvoor opmaken. Op de *najaars-ledenvergadering* dienen de jaarplannen van de afdelingen goedgekeurd en gebudgetteerd te worden.
- een *uitvoeringsfase* waarin de jaarplannen worden uitgevoerd; verslag en financiële verantwoording daarover heeft plaats op de *voorjaars-ledenvergadering*.

Organisatie analoog aan inzichten uit de moderne fysica

Uit de westerse natuurkunde is bekend dat een bepaalde hoeveelheid energie zich òf gedraagt als een deeltje, òf als een golfbeweging. Dit verschijnsel staat bekend als het 'golf-deeltje-dualisme' en wordt beschouwd als de organisatorische basis van al het bestaande in de natuur.

Dit dualisme is bij de NVA terug te vinden in de werkwijze van de afdelingen gedurende de activiteitscyclus: in de voorbereidingsfase gedragen de vijf afdelingen zich als één bestuur, als één geheel zoals een *deeltje* in de fysica; in de uitvoeringsfase bepalen de afdelingen hun eigen beleid zoals de verschillende *fasen van een golfbeweging* hun eigen richting hebben. Tussentijds, onzichtbaar voor de ledenvergaderingen, zal dit dualisme voortdurend bestaan.

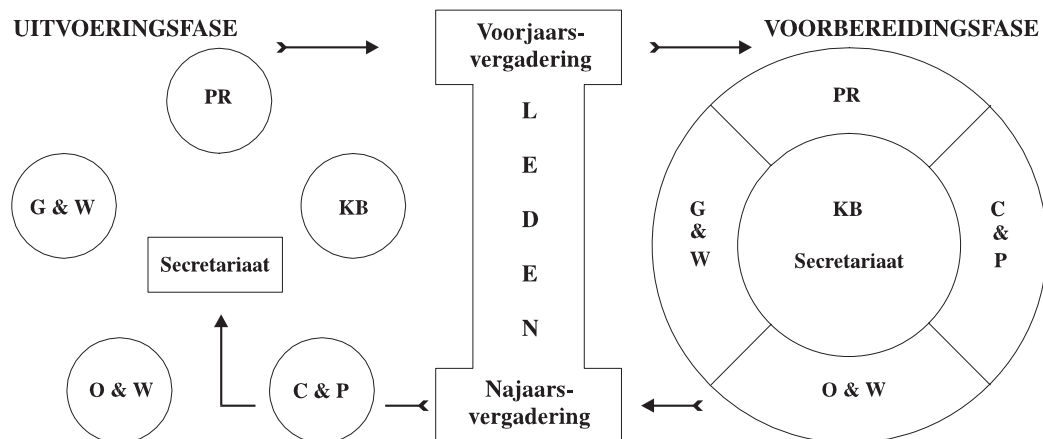
In dit dualisme speelt het KB een bijzondere rol. In de voorbereidingsfase staat het KB samen met het secretariaat centraal en vormt één geheel met de overige afdelingsbesturen. In de uitvoeringsfase onderhoudt het KB de contacten met de diverse overheden, zusterorganisaties enzovoort. Het functioneert dan als één van de vijf fasen in de golfbeweging en laat het secretariaat als het ware aan zichzelf over. Het secretariaat werkt dan zelfstandig door als de *amplitudo van de golfbeweging* en houdt als zodanig de interne communicatie in stand.

Organisatie volgens de Shen- & Ko-cyclus.

Het golf-deeltje-dualisme is te vergelijken met de wisselwerking tussen de materiële en immateriële manifestaties in de natuur, zoals die in de Shen- & Ko-cyclus besloten ligt (zie deel B, hoofdstuk 1, De Methode). In termen van de Shen- & Ko-cyclus gedragen de vijf afdelingen zich dus als de elementen, en gedraagt het secretariaat zich als de Jue Yin-component van het Keizerlijk Vuur. De Shao-Yang-component van het Keizerlijk Vuur, in zeer oude Chinese teksten het 'scharnier' genoemd⁴⁸, krijgt nu een inhoud door deze component toe te schrijven aan de scharnierfunctie van de ledenvergaderingen (zie afbeelding 9).

Organigram (afbeelding 8)

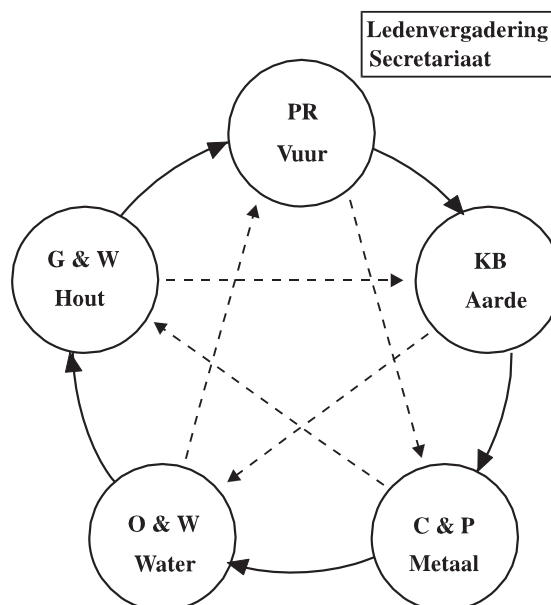
In het organigram van de NVA is de genoemde wisselwerking tussen golf (links) en deeltje (rechts) c.q. de drie plus twee en de vier plus één elementen terug te vinden. De rol van de ledenvergadering staat daarin samen met die van het secretariaat centraal.



Afbeelding 8 Organigram van de NVA

Functioneren volgens de Shen- & Ko-cyclus

Door de bovengenoemde kenmerken voldoen de afdelingen aan de door de Shen- & Ko-cyclus vereiste hiërarchische gelijkwaardigheid en zullen alle afdelingen 'automatisch' goed functioneren volgens het cybernetisch principe. Dank zij het gemeenschappelijke verenigingsbelang zullen de afdelingen elkaar immers zoveel mogelijk stimuleren, waardoor productie min of meer is gegarandeerd. Hoewel het voor zal komen dat één van de afdelingen (tijdelijk) wat zwakker functioneert, hoeft dat op zichzelf geen enkel probleem te zijn. De grote bedreiging voor een goed functioneren van het hele systeem is een te sterke en/of te langdurige dominantie van een afdeling over een andere waarbij de gedomineerde afdeling (te veel) taken kwijt raakt aan de dominerende afdeling. Zwakke afdelingen kunnen zich daardoor niet herstellen omdat elke prikkel tot herstel is weggenomen, terwijl de dominerende afdeling na verloop van tijd zal bezwijken onder een te grote werkdruk en/of geen leden meer kan krijgen uit angst voor een te grote belasting. Ter voorkoming van dit risico zal de ledenvergadering op dit soort 'ontsporingen' zorgvuldig moeten toezien! Voorbeelden van 'bestuurs-verziekende' dominantie zijn: een PR die een nieuwsbrief gaat uitgeven



Afbeelding 9 De NVA in de Shen- & Ko-cyclus

⁴⁸ In de TCG wordt de scharnierfunctie toegeschreven aan de galblaas, eveneens Shao Yang.

omdat Redactie niet goed functioneert, of een KB dat taken van O&W naar zich toe trekt. Het KB is op zijn beurt weer gevoelig voor een dominantie van G&W (regelgeving), terwijl Redactie zich op basis van ‘vrije meningsuiting’ volkomen kan onttrekken aan de regelgeving van G&W.

Zo kan op basis van enkele reële risico's, aan de hand van de Ko-cyclus worden bepaald welke afdeling kan worden geassocieerd met een bepaald element in de cyclus. In een aldus verkregen Shen- & Ko-cyclus van de NVA zijn de kwaliteitsbevorderende afdelingen meer Yin (onder) en de praktijkbevorderende afdelingen meer Yang (boven). Uit deze cyclus vallen conclusies te trekken over te verwachten bedreigingen voor optimaal functioneren, zoals reeds in een paar voorbeelden hierboven aangegeven. Uit de Shen-component van de cyclus kan vervolgens worden opgemaakt naar welke afdeling de afdelingen hun informatie en vorderingen bij voorkeur moeten doorspelen om de productiviteit van het geheel te verhogen.

5.2.3 Voordelen van deze organisatiestructuur voor de vereniging

Deze horizontale organisatiestructuur heeft de volgende voordelen voor de vereniging:

- de eigen verantwoordelijkheid van de afdelingen werkt stimulerend;
- de afdelingen kunnen zich vergaand specialiseren, zich daardoor beter profileren en zo ook de juiste afdelingsleden aantrekken;
- de afdelingen blijven elkaar over en weer stimuleren doordat elke afdeling voor een optimaal functioneren afhankelijk is van een of meerdere andere afdelingen;
- een overbelast of onvoldoende specifiek deskundig ‘hoofdbestuur’ kan zodoende de besluitvorming niet vertragen.
- de vereniging kan onbeperkt groeien zonder tussentijdse structuurveranderingen
- relatief veel leden zijn actief betrokken bij het voorbereiden en uitvoeren van het verenigingsbeleid.

5.3 Functies van de vereniging

De statutaire doelstellingen van de NVA zijn op te splitsen in de volgende functies:

- 5.3.1) dienstverlening naar leden en niet-leden;
- 5.3.2) consensus en reglementering;
- 5.3.3) profileren van het beroep;
- 5.3.4) optimaliseren van de maatschappelijke acceptatie;
- 5.3.5) optimaliseren van een (wettelijke) status van het beroep.

5.3.1 Dienstverlening naar leden en niet-leden

In de linker kolom wordt telkens de dienstverlening naar de leden beschreven, in de rechter kolom die naar niet-leden.

Dienstverlening van het secretariaat

Het secretariaat staat centraal in de dienstverlening en is optimaal geïnformeerd: alle officiële communicatie verloopt via het secretariaat.

Voor bestuursleden is het veertig en voor leden twintig uur per week bereikbaar.

Omdat het secretariaat optimaal geïnformeerd is over de werkzaamheden van de verschillende afdelingen, kan het vragen van leden beantwoorden en zo nodig de leden voor meer specifieke dienstverlening doorverwijzen naar de betreffende afdeling.

Voor niet-leden is het secretariaat gedurende twintig uur per week bereikbaar.

Het secretariaat is het aanspreekpunt van de vereniging. Vragen van patiënten, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen over bijvoorbeeld tarieven, adressen van acupuncturisten in een bepaalde regio, worden veelal direct beantwoord. Vragen met een meer specifiek karakter, zoals behandelmogelijkheden bij een bepaalde aandoening of klachten over behandelingen worden doorgegeven aan de betreffende afdeling.

Iedere afdeling van de vereniging heeft een specifieke taak met betrekking tot de dienstverlening. Hieronder volgt een resumé.

Dienstverlening van het Kernbestuur

Het Kernbestuur coördineert de activiteiten binnen de vereniging en maakt het beleidsplan in samenwerking met afgevaardigden van de andere afdelingen. Zij vertegenwoordigt de vereniging officieel naar buiten. Zo introduceert deze afdeling door middel van haar Commissie Zorgverzekeringen de NVA bij de zorgverzekeraars.

Het Kernbestuur heeft voor niet-leden als belangrijkste taak het onderhouden en verbeteren van de contacten met externe partijen, waaronder de overheid, andere beroepsorganisaties, internationale contacten en de zorgverzekeraars met als doel het bewerkstelligen van een acceptabel vergoedingssysteem.

Dienstverlening van de afdeling Public Relations

De dienstverlening van deze afdeling voor de leden is vooral indirect. Deze afdeling houdt zich vooral bezig met het bekend maken van de NVA via de media en de patiëntenverenigingen. Zij verzorgt onder andere informatiebrochures, promotie- en beeldmateriaal, die de leden kunnen gebruiken in de praktijk en bij lezingen.

Ook houdt zij zich bezig met het werven van nieuwe leden en aspirant leden voor de vereniging.

Deze afdeling behandelt vragen van patiënten en informeert zo breed mogelijk over acupunctuur en het beroep van acupuncturist door middel van brochures, informatiepakketten en beeldmateriaal. Zij vertegenwoordigt de vereniging met stands op beurzen en manifestaties. Deze afdeling onderhoudt de contacten met de verschillende patiëntenverenigingen en heeft in 1991 de eerste patiëntenvereniging 'Pro Acupunctuur (NVPA)' geïnitieerd, die inmiddels opgeheven is. In 2008 is de huidige Nederlandse Patiëntenvereniging Acupunctuur (NPVA) opgericht door externe partijen.

Dienstverlening van de afdeling Onderwijs en Wetenschap

Deze afdeling houdt zich vooral bezig met de kwaliteit van de opleiding van de leden. Daartoe worden de door de NVA erkende acupunctuuropleidingen aan de hand van opleidings-eisen gecontroleerd. Ook aan de medische vooropleiding worden eisen gesteld die een adequate uitvoering van het beroep mogelijk maken. Om de kwaliteit van de beroeps-uitoefening op termijn te handhaven en te verhogen is er een verplichte nascholing ingesteld. Leden kunnen bij deze afdeling terecht met vragen van beroepsinhoudelijke aard, zoals bijvoorbeeld onderzoeksgegevens.

De dienstverlening van deze afdeling is voor de niet-leden over het algemeen indirect. Daar deze afdeling de zorg draagt voor de controle op de kwaliteit van de acupunctuuropleidingen en de nascholing, staat deze afdeling borg voor het kennis- en vaardigheidsniveau van de acupuncturist.

Met het voorbereiden en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek (door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek) wordt de effectiviteit van acupunctuur getoetst.

Dienstverlening van de afdeling Gedrag en Welzijn

Deze afdeling is belast met de regelgeving binnen de vereniging. Zij waakt over de naleving van vigerende reglementen waaronder Statuten, Huishoudelijk Reglement, reglement Nascholing, reglement Ethiek en Tuchtrechtspraak, Arbitragereglement, reglement Hygiëne, Steriliteit en Veiligheid, Reglement Privacy. Zij geeft onder andere adviezen over de praktijkvoering en verzekeringen. Zij wordt bijgestaan door een juridisch adviseur zodat de andere afdelingen hier ook terecht kunnen voor juridisch advies.

Zij bemiddelt bij conflicten binnen de vereniging.

De belangrijkste taak van deze afdeling in de dienstverlening aan niet-leden was tot november 1996 de klachtenbehandeling. Die taak is sinds 1-11-1996 overgenomen door de Klachtencommissie Alternatieve Behandelingswijzen (zie § B5.5.4).

Verder houdt de afdeling Gedrag en Welzijn zich bezig met adviezen met betrekking tot de praktijkvoering, zoals hygiëne en steriliteit, en de privacy van de patiënt. Vanwege de vaak ingewikkelde problematiek wordt deze afdeling bijgestaan door een juridisch adviseur.

Dienstverlening van de afdeling Publicatie (Redactie)

Deze afdeling verzorgt de uitgave van het verenigingsblad 'Huang Ti', met verenigingsnieuws, relevante maatschappelijke zaken en beroepsinhoudelijke artikelen.

Het verenigingsblad 'Huang Ti' is ook voor niet-leden verkrijgbaar door donateur van de vereniging te worden. Het blad wordt tevens verspreid onder relaties.

5.3.2

Consensus en reglementering

Ten behoeve van de profilering van het beroep, het bevorderen van maatschappelijke acceptatie en het bereiken van de gewenste status is binnen de NVA consensus over daarvoor relevante aspecten noodzakelijk. Deze consensus vindt zijn beslag in de beroepscode: door de ledenvergadering goedgekeurde en schriftelijk vastgelegde gedragsregels, vervat in *reglementen* voor ethiek, privacy en tucht-recht. Daarnaast zijn er *reglementen* voor hygiëne, steriliteit en veiligheid en praktijkvoering. Hierin wordt o.a. aangegeven hoe met materialen omgegaan moet worden en hoe een adequate praktijkvoering dient te zijn met betrekking tot continuïteit van de zorg, administratie, inrichting van de praktijk en samenwerkingsvormen. Analogie met in de reguliere zorg gangbare normen is hierbij nagestreefd. De aandacht richt zich op de volgende gebieden:

Beroep

Over het wezenlijke van het beroep, de kern, bestaat overeenstemming binnen de beroepsgroep. Aan verbijzonderingen of specialisaties kan vooralsnog geen aparte status worden ontleend of verleend. De omvang van de acupuncturistische zorgverlening kan per hulpverlener wisselen. Ook kunnen via nascholingen andere vaardigheden worden beheerst, doch de TCG-methode staat garant voor een volwaardige acupunctuurbehandeling. Geassocieerde disciplines maken geen onderdeel uit van het begrip acupunctuurbehandeling, maar vormen waardevolle toevoegingen.

Gemeenschappelijke normen en waarden

Deze zijn vastgelegd in de door de ledenvergadering van de NVA goedgekeurde reglementen voor ethiek en tucht.

Behandelbare grootheden

Vooropgesteld zij dat een acupunctuurbehandeling volgens de TCG een individuele aangelegenheid is. Indicatielijsten zijn in het algemeen te statisch en kunnen daarom nooit het volledige toepassings-gebied representeren. De NVA adviseert haar leden om in het eerste consult met de patiënt af te spre-

ken na hoeveel behandelingen ofwel een gunstige reactie verwacht mag worden ofwel evaluatie zal plaatsvinden.

Toch wordt hier een opsomming gegeven van met acupunctuur te behandelen klachten/aandoeningen om aan te geven dat met acupunctuur veel meer mogelijk is dan enkel pijnbestrijding.

Hoofd- en aangezichtsklachten	bijv. facialisparesse, hoofdpijn, migraine
Slijmvliesproblemen	bijv. chronische verkoudheid, sinusitis
Neusklachten	bijv. rhinitis, tubaircatarre
Oorklachten	bijv. otitis, suizen, vormen van doofheid
Oogklachten	bijv. branderigheid, droogte, ontstekingen
Mondklachten	bijv. aften, tandvleesproblemen
Keelklachten	bijv. heesheid, brok in de keel
Luchtwegproblemen	bijv. t.g.v. CARA, astma, bronchitis
Maag/darmklachten	bijv. zuurbranden, constipatie, diarree
Gynaecologische problemen	bijv. menstruatieklachten, overgangsklachten, infertiliteit
Urogenitale klachten	bijv. chronische blaasontsteking
Gewrichtsklachten	bijv. t.g.v. arthrosis, bursitis
Spierklachten	bijv. epicondylitis, fibromyalgie
Zenuwpijnen	bijv. ischias, trigeminusneuralgie, postherpetische neuralgie
Huidklachten	bijv. eczeem, acne, herpes zoster
Mentale/psychische klachten	bijv. hyperventilatie, insomnia, nervositeit, angst, depressiviteit
Allergieën	bijv. hooikoorts
Verslavingen	bijv. roken, eten, drugs

Toelaatbaarheid van commerciële activiteiten

Het ligt in de lijn der verwachtingen dat naast het bestaande kernobject van handelen nieuwe activiteiten tot het pakket van de acupuncturist zullen gaan behoren, mits deze tenminste gerelateerd zijn aan de TCG. Uitbreiding van het kernobject van handelen zal pas plaats vinden indien de nieuwe activiteit volledig door de beroepsgroep is erkend en aanvaard.

Het is zeer waarschijnlijk dat te zijner tijd als eerste de kruidentherapie deel zal gaan uitmaken van het kernobject van handelen.

Alhoewel in het algemeen het voorschrijven en het verstrekken van bepaalde producten niet 'in één hand' dient te zijn (belangenverstrengeling), kan het toch omwille van het patiëntenbelang (geen apotheek in de buurt) gewenst zijn voor deze combinatie te kiezen.

Vrije verkoop van kruiden door een acupuncturist wordt door de NVA niet voorgestaan.

5.3.3

Profileren van het beroep

Binnen de NVA bestaat consensus over opleidingsniveau en beroepsuitoefening. Dit is van groot belang voor de profilering van de bij de NVA aangesloten acupuncturisten naar verzekeringsmaatschappijen, patiënten(organisaties) en politiek, zeker met het oog op de Wet BIG.

Regelmatig worden leden van de NVA of de afdeling PR van de vereniging uitgenodigd aan groepen belangstellenden voorlichting te geven over acupunctuur. Hierbij wordt duidelijk gemaakt waarom het van belang is te kiezen voor een goed opgeleide acupuncturist met een degelijke organisatie achter zich. Dat de NVA als zodanig beschouwd wordt, blijkt uit het gegeven dat nagenoeg alle zorgverzekeraars de behandelingen door NVA-leden vergoeden.

De NVA-leden zijn verspreid over heel Nederland te vinden via de vermelding op de website van de vereniging. In de nabije toekomst zullen de 'witte vlekken' weggewerkt worden.

Hiervoor is wel van belang dat acupunctuurpraktijken een bestaansmogelijkheid hebben. Niet alleen is de maatschappelijke aanvaarding en vraag hierbij van belang, maar ook het vergoedingensysteem.

Met name in tijden van bezuinigingen dreigen verworven vergoedingen te worden aangetast. Stijgende premies voor de aanvullende verzekeringen, waaruit acupunctuurbehandelingen vergoed worden, doen verzekerden besluiten daar niet meer voor te kiezen. De behandelingen zelf betalen kan, vooral voor chronisch zieken, financieel een te zware last zijn.

De NVA maakt zich daarom sterk voor uitbreiding van de erkenning door verzekeringsmaatschappijen en politiek. Daarbij zijn kosteneffectiviteit en kwaliteitsborging door de beroepsvereniging belangrijke argumenten.

5.3.4 Optimaliseren van de maatschappelijke acceptatie

De NVA voert een actief beleid met betrekking tot erkenning door verzekeraars, overheid en patiëntenorganisaties. De Commissie Zorgverzekeringen is vanaf 1992 actief met het stelselmatig bezoeken van de verzekeraars teneinde vergoeding te bewerkstelligen voor acupunctuurbehandelingen, uitgevoerd door NVA-leden. Nagenoeg alle zorgverzekeraars zijn hiertoe overgegaan. Het blijft echter belangrijk een actief beleid hierin te voeren. Ook met de overheid wordt onderhandeld over het regelen van het beroep. Met de patiëntenorganisaties, verenigd in de NP/CF, bestaan goede contacten. De indertijd door het LOPAG en de NP/CF geformuleerde kwaliteitscriteria zijn binnen de NVA grotendeels verwezenlijkt.

5.3.5 Optimaliseren van een (wettelijke) status van het beroep

Het beroep van acupuncturist is in Nederland momenteel niet wettelijk geregeld.

Omdat de wetgever de toepassing van acupunctuur niet als een voorbehouden handeling beschouwt, kan aan de regeling omtrent het zelfstandig verrichten van deze handelingen geen motief ontleend worden om het beroep acupuncturist bij of krachtens Wet BIG te regelen (zie verder § B6.4.2).

Vooraf naar aanleiding van de strijd om BTW-vrijstelling op complementaire behandelingen zijn de beroepen in het veld van Complementaire and Alternative Medicine (CAM) vanaf 2007 weer meer onder de aandacht van de politiek gekomen. De NVA speelt daarbij een actieve rol, zowel richting overheid als in relatie tot andere beroepsorganisaties.

5.4 Kwaliteitsbeleid als centraal thema

In de loop van haar bestaan is binnen de NVA de aandacht voor goede opleiding uitgegroeid tot een veelomvattend kwaliteitsbeleid, dat zich concentreert op twee hoofdthema's: kennis, vaardigheid en attitude enerzijds en een goede praktijkvoering anderzijds.

5.4.1 Kennis, vaardigheid en attitude

Kwaliteit van kennis, vaardigheid en attitude is gewaarborgd door de eisen die de NVA haar leden oplegt met betrekking tot medische vooropleiding, gevolgde acupunctuuropleiding en te volgen nascholingen.

Toelating tot het lidmaatschap van de NVA is mogelijk na het voltooien van een erkende acupunctuuropleiding, mits tevens aan de vooropleidingseisen voldaan wordt en een ballotage onder auspiciën van de NVA-afdeling Onderwijs en Wetenschap gepasseerd wordt.

Erkenning van opleidingen

Aan door de NVA te erkennen acupunctuuropleidingen worden eisen gesteld met betrekking tot inhoud en kwaliteit van theoretisch en praktisch deel van die opleidingen:

Theoretisch deel

Het theoretisch gedeelte omvat, naast een introductie in de Traditionele Chinese Geneeskunst, kennis van:

1. de meridianen met de bijbehorende punten
2. de specifieke werking van de acupunctuurpunten
3. de energiehuishouding van het lichaam
4. de specifieke inzichten over het ontstaan en de ontwikkeling van pathologie volgens de TCG
5. de theorie van het onderzoek van patiënten, gericht op behandelbare grootheden
6. het opstellen van een behandelplan (casus)
7. steriliteit en hygiëne.

Praktisch deel

Het praktisch gedeelte bestaat uit het aanleren van vaardigheden, aanvankelijk bij collega-studenten, vervolgens in een praktijkleerperiode bij patiënten.

Tijdens de praktijkleerperiode dienen verschillende pathologische beelden aan de orde te komen. Het volgen van een aantal casus is verplicht, waarbij de behandelresultaten beschreven moeten worden. De behandelingen dienen geëvalueerd en eventueel bijgesteld te worden.

De studie moet worden afgesloten met een scriptie.

Om de kwaliteit van de door de NVA erkende opleidingen te waarborgen, worden de opleidingen minimaal één keer per jaar vanuit de afdeling Onderwijs en Wetenschap geïnitieerd.

Vanuit deze afdeling wordt ook overleg over ontwikkelingen rond de opleidingen geïnitieerd.

Bij het gestructureerd overleg tussen erkende opleidingen en NVA komen de volgende zaken aan de orde:

- het uniformeren van de eisen voor een regulier medische vooropleiding;
- de bewaking van de uniformiteit en de kwaliteit van het theoretische deel van de opleiding;
- het bevorderen van een optimale praktijkleerperiode;
- het hanteren van een uniforme toetsing op basis van gemeenschappelijke eindtermen;
- het aangaan van samenwerkingsverbanden tussen de acupunctuuropleidingen;
- het adequaat reageren op veranderingen binnen de gezondheidszorg in ruime zin en de acupunctuur in het bijzonder.

Omdat zij voldoen aan de bovengenoemde kwaliteitseisen, zijn anno 2011 de volgende acupunctuur-opleidingen door de NVA erkend:

- TCM Academie Nederland (TCMA), Amsterdam
- Academie Qing Bai, Nijmegen
- Shenzhou Open University of TCM, Amsterdam
- Hwa To International University of TCM, Koog aan de Zaan
- Opleiding Complementary and Alternative Medicine (OCAM), Utrecht
- OTCG, Antwerpen

Dagopleiding gewenst

Voor de scholing tot acupuncturist zijn in Nederland vooralsnog alleen deeltijdopleidingen beschikbaar. Wil de acupunctuur in Nederland een grotere plaats binnen de gezondheidszorg verwerven, dan zal een volledige dagopleiding noodzakelijk zijn.

Om het beroep in volle omvang te kunnen uitoefenen en de vele mogelijkheden van de TCG uitputtend te kunnen benutten, is een autonome, eigensoortige opleiding nodig die haar eindtermen afstemt op het beroepsprofiel.

Zolang een initiële dagopleiding niet haalbaar is, moeten de acupunctuuropleidingen zich beperken tot het geven van vaktechnisch onderwijs (*vakkennis* en *technische vaardigheden*). In dat verband heeft de reorganisatie van de NVA in 1989 tevens geleid tot het opstellen van bijzondere besluiten met betrekking tot een medische vooropleiding (vastgelegd in het reglement Vooropleidingseisen).

(Para)medische vooropleiding (vooralsnog) vereist

De NVA eist van haar leden een regulier westers-(para)medische vooropleiding, minimaal op HBO-niveau. Met dit vooropleidingsniveau kan het recht worden verkregen om een (nieuw) therapeutisch beroep zelfstandig uit te oefenen.

Genoemde vooropleiding dient ter ondersteuning van het acupuncturistisch handelen (*specifieke medische kennis*). De *algemene medische kennis* wordt voldoende geacht voor communicatiedoelinden (zie § B6.3.4). Dankzij de vooropleiding op HBO-niveau kan van acupuncturisten tevens worden verwacht dat zij voldoende sociale vaardigheden en een juiste attitude bezitten ten opzichte van patiënten.

*Nascholing verplicht*⁴⁹

Elk praktiserend NVA-lid is gehouden tot deelname aan een minimum aantal, door de NVA te fiatteren nascholingen per jaar. De dynamische ontwikkelingen binnen de acupunctuur rechtvaardigen dit verplicht stellen van nascholing (zie § B6.2). Doel ervan is acupuncturistische hulp in al zijn facetten op verantwoorde wijze en op kwalitatief hoog niveau te garanderen.

De organisatie van nascholing ligt bij opleidingsinstituten, waarmee de NVA een nascholingscontract heeft afgesloten. De Nascholingscommissie waakt over niveau en inhoud.

Indien leden in gebreke blijven aangaande bovengenoemde verplichting, kan de Nascholingscommissie sancties opleggen. Beroep hiertegen staat open bij de afdeling Gedrag en Welzijn.

5.4.2 **Praktijkvoering**

Zoals eerder uiteengezet staat de NVA garant voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening van haar leden. Binnen de NVA worden gedragsregels gehanteerd en regels betreffende ethiek. De vereniging voert een actief beleid met betrekking tot tuchtrechtspraak en stelt eisen aan haar leden met betrekking tot hygiëne en steriliteit tijdens de behandeling.

Een bij de NVA aangesloten acupuncturist is in staat op verantwoorde wijze het kernobject van handelen (zie § B1.1), als autonome, eigensoortige therapie toe te passen.

Regelgeving ten aanzien van een verantwoorde praktijkvoering is door de NVA vastgelegd in het *Reglement Praktijkvoering*. Ook in andere reglementen komen elementen met betrekking tot praktijkvoering voor.

Privacyreglement NVA

De informatieverstrekking naar de patiënt wordt getypeerd door volledige openheid van zaken conform de huidige opvatting in de gezondheidszorg. Daarnaast wordt de geheimhoudingsregeling in overeenstemming met de vigerende wetgeving toegepast.

⁴⁹ *Nascholing:*

- De scholing die de op de acupunctuuropleiding opgedane kennis, kunde en attitude aanvult en verdiept.
- De algemene kennis die het juiste handelen van de acupuncturist bevordert.

Werken in intramuraal verband vereist de inachtneming van het professioneel statuut door iedere werker in de betreffende instelling. Het werken van een acupuncturist in teamverband, zoals bijvoorbeeld in een pijnteam, is volkomen geaccepteerd.

Tarieven

De acupuncturist is vrij het tarief voor zijn acupunctuurbehandelingen vast te stellen. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) verbiedt het maken van prijsafspraken. Het is een beroepsvereniging niet toegestaan een adviestarief of een gemiddeld behandel tarief te noemen. De acupuncturist dient voorafgaand aan de behandeling de (potentiële) cliënt te informeren over de tarieven, betalingscondities en vergoedingsmogelijkheden.

5.5 Kwaliteitshandhaving

Ter ondersteuning van kwaliteitshandhaving binnen de acupunctuur dienen de volgende middelen: hanteren van een modelovereenkomst, instellen van een keurmerk, registratie van hulpverleners, sluitende vergoedingsregelingen, controle door externe instanties, externe en interne evaluatie, tripartite overleg zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en hulpverleners alsmede waarnemingsregelingen.

5.5.1 Registratie

Het NVA-secretariaat registreert (para)medische vooropleiding, acupunctuuropleiding en nascholing van de leden. Daardoor zijn de deskundigheden van NVA-leden traceerbaar. Binnen de vereniging bestaat zodoende reeds lang een ‘constitutief’ register. Nascholing is een voorwaarde voor herregistratie. Alleen de praktiserende leden worden opgenomen op de website van de NVA en op de lijsten ten behoeve van de zorgverzekeraars.

5.5.2 Tripartite overleg

Deelname van de NVA in het zogenaamde tripartite-overleg met enerzijds de overkoepelende patiëntenverenigingen en anderzijds de zorgverzekeraars levert ruime mogelijkheden voor toetsing van de door de NVA gehanteerde kwaliteitscriteria. Waar mogelijk streeft de NVA naar samenwerking met andere beroepsorganisaties om het kwaliteitsniveau van beroepsbeoefenaren in de complementaire gezondheidszorg naar een hoger plan te brengen en erkenning door zorgverzekeraars te bevorderen. In 2010 is proactief gereageerd op de eis van een collectief van zorgverzekeraars dat iedere beroepsvereniging zich diende aan te sluiten bij een koepelorganisatie. De NVA heeft de reeds bestaande organisatie Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen (zie § B5.5.4), in overleg met de overige deelnemende organisaties, naar voren geschoven om als koepelorganisatie te fungeren. Daarmee werd voorkomen dat hoogkwalitatieve organisaties als de NVA onder een koepel, met mindere kwaliteitseisen zouden vallen.

5.5.3 Kwaliteitseisen van overkoepelende patiëntenorganisaties

Bij de ontwikkeling van regels binnen de beroepsvereniging is tevens rekening gehouden met de kwaliteitseisen die door het LOPAG en de NP/CF zijn geformuleerd (zie § B4.4.2).

5.5.4 Behandeling van klachten

Klachten werden in het verleden behandeld door de afdeling Gedrag & Welzijn van de NVA conform het reglement Ethiek en Tuchtrechtspraak. Na het inwerkingtreden per 1-8-1995 van de Wet Klacht-recht Cliënten Zorgsector heeft de NVA met de NP/CF en twee andere beroepsorganisaties een gezamenlijke klachtencommissie opgericht, die sinds 1-11-1996 in werking is. Voorzitter en plaatsvervangend voorzitter van deze klachtencommissie zijn beide onafhankelijke juristen; elke aangesloten organisatie benoemt een lid en een plaatsvervangend lid. Bij behandeling van een klacht over een therapeut neemt van diens beroepsorganisatie een extra afgevaardigde zitting in de commissie. In 2011 zijn zeven beroepsorganisaties aangesloten bij de Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen (KAB).

Informatie is te krijgen bij het secretariaat van de KAB, www.kab-klachten.nl.

6 Wijze van beroepsuitoefening

6.1 Algemene trends en ontwikkelingen binnen de reguliere gezondheidszorg

6.1.1 Schets van de reguliere Nederlandse gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg is een maatschappelijk hecht verankerd systeem. Velen worden er als (potentieel) patiënt mee geconfronteerd, tal van mensen vindt er werk en er gaat veel geld in om. Sinds 1865 (Wet op de Uitoefening der Geneeskunst van Thorbecke) heeft zich binnen de gezondheidszorg een structuur ontwikkeld, waarin de verschillende medische taken steeds verfijnder zijn uitgegroeid en beroepsdomein van een groot aantal verschillende deskundigen zijn geworden.

Bij de profilering van deze gezondheidszorg is de nadruk komen te liggen op de curatieve en specialistische voorzieningen. De universitair opgeleide arts kreeg de wettelijk gesanctioneerde bevoegdheid tot het stellen van een medische diagnose. Ziekte wordt in deze westers medische optiek beschouwd als een stoornis in een orgaan of orgaansysteem; daarvoor bestaat een medische diagnose en een bepaalde therapie.

Op dit stramien is de reguliere geneeskunde en daarmee de gezondheidszorg opgebouwd. Er zijn gescheiden organisatievormen voor curatieve en preventieve zorg, voor algemene (huisarts) en specialistische zorg (ziekenhuis, polikliniek), voor lichamelijke en geestelijke zorg, aparte opleidingen en afdelingen voor bepaalde disciplines en orgaansystemen en zelfs gescheiden financieringssystemen.

De Nederlandse gezondheidszorg kan dan ook nog steeds *reguliere* zorg genoemd worden aangezien verstrekkingen en vergoedingen nog steeds (vrijwel) uitsluitend op basis van een *medische* diagnose plaatsvinden.

6.1.2 Algemene trends binnen de reguliere zorg

Met betrekking tot de gezondheidszorg is de laatste jaren sprake van een herwaardering van het overheidsbeleid. Niet de beginselen van de verzorgingsstaat staan ter discussie, noch de solidariteit, maar de rol van de burger inzake zijn welzijn.

Laatstgenoemde zal vaker gewezen worden op eigen verantwoordelijkheid en individuele ontplooiing.

Dit leidt onder meer tot heroverweging van overheidstaken, en op grond hiervan bijvoorbeeld tot privatisering, deregulering en decentralisatie, onder meer ten dienste van de afstemming van vraag en aanbod tussen gesubsidieerde (gepremieerde) sector, marktsector en informele sector. In dit kader moet ook worden gedacht aan het tegengaan van overprofessionalisering en bureaucratisering, en aan een bijdrage in de kosten door de gebruikers zelf.

Om het gebruik van voorzieningen te beheersen en met minder (financiële) middelen op een verantwoorde wijze in de vraag te voorzien, heeft de regering voor het gehele welzijnsterrein een aantal met elkaar samenhangende en elkaar versterkende beleidslijnen ontwikkeld. Genoemd kunnen worden:

- het afremmen van de vraag naar voorzieningen;
- het reguleren van de hulpvraag via indicatiestelling en toetsing;
- het waar mogelijk terugdringen van categoriale ten gunste van algemene voorzieningen;
- het streven naar een verschuiving van intramurale naar semimurale en extramurale voorzieningen;
- het versterken van de eerstelijnszorg en tegelijkertijd realiseren van capaciteitsreducties in de intramurale sfeer;
- het bevorderen van een evenwichtig gespreid en samenhangend aanbod van voorzieningen via decentralisatie en regionalisatie;
- het vergroten van de financiële beheersbaarheid via bijvoorbeeld budgettering;
- het toepassen van het profijtbeginsel en het herstellen van marktmechanismen;
- het privatiseren van voorzieningen.

6.1.3 Ontwikkelingen binnen de reguliere zorg

Nota 2000 In 1986 verscheen de ‘Nota 2000: over de ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens’. Deze nota geeft een uitvoerige schets van de mogelijke ontwikkelingen met betrekking tot de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in het jaar 2000 en de daarop van invloed zijnde factoren. Daarnaast wordt ingegaan op de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid op lange termijn.

Er wordt een heroriëntatie van het huidige beleid voorgesteld waarbij het accent meer zou moeten worden gelegd op gezondheidsverstorende oorzaken (gezondheidsbeleid) en minder op de zorgvoorzieningen (zorgbeleid). Deze gezondheidsverstorende oorzaken (‘determinanten van gezondheid’) worden in vier groepen onderscheiden: biologische factoren (waaronder erfelijke), fysieke omgeving, maatschappelijke omgeving en leefwijzen.

Achtergrond van de omslag van het overheidsbeleid is de in de Nota 2000 geponeerde *centrale stelling* dat de gezondheidszorg als voornamelijk curatieve voorziening geen overheersende invloed meer heeft op de gezondheidstoestand van de bevolking. Er is sprake van een afnemende meeropbrengst in de curatieve zorg.

Daarom wordt sterk gepleit voor versterking van de preventie en wordt het facetbeleid geïntroduceerd. Dit laatste richt zich op de gezondheidszorgcomponent in het beleid van andere ministeries dan VWS.

Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid 1990 - 1995 De Nota 2000 introduceerde een veranderingsproces waarbij het zwaartepunt van beleid verlegd werd van het realiseren van curatieve voorzieningen naar behoud en verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking van Nederland. Het Ontwerp Kerndocument werkt dit veranderingsproces verder uit.

Voor het *zorgbeleid* worden twee speerpunten aangemerkt: kwantitatieve en kwalitatieve versterking van zowel de thuiszorg als van de medische technologie.

Nieuwe medische technologieën kunnen de zorg aanmerkelijk verbeteren, maar dat geldt niet zonder meer voor iedere nieuwe technologie. Prioriteit dient gegeven te worden aan technologieën die bestemd zijn voor gebieden die in het Ontwerp Kerndocument bijzondere aandacht krijgen, zoals de thuiszorg.

Voor het *gezondheidsbeleid* werd in de Nota 2000 aangedrongen op *versterking van de preventie* als één van de primaire doelstellingen van dat beleid.

In het Ontwerp Kerndocument komt dit voor deelgebieden tot uiting.

De gezondheidszorg als maatschappelijk systeem is sterk in beweging. Dit betreft onder meer structuur, inhoud, kosten, nieuwe thema’s, beroepsuitoefening en financiering.

Voor diverse beroepen en functies binnen de gezondheidszorg zullen, naar gelang van hun plaats en aard, de bovengenoemde veranderingen een specifieke uitwerking hebben.

Het reeds gehanteerde stimuleringsbeleid met betrekking tot de ontwikkeling van beroepsprofielen van de daarvoor in aanmerking komende beroepen zal worden voortgezet.

Advies van de Commissie Dekker Uitvloeisel van het regeerakkoord van het kabinet Lubbers-II was onder meer het instellen van een ‘Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg’ (commissie Dekker).

Deze commissie heeft in 1987 advies uitgebracht over onder andere:

- het verzekeringsstelsel in de zorg
- de veranderingen in de aanbodzijde van de zorg
- de kwaliteit van de zorg
- de wet- en regelgeving

De voorstellen zijn in de daarop volgende jaren grotendeels door het kabinet overgenomen.

In haar rapport ‘Gezondheidszorg: bereidheid tot verandering’ meent de commissie dat wettelijke regeling geboden is met betrekking tot de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening en de kwaliteit van zorg verleend vanuit instellingen. De op handen zijnde ‘Wet op de Kwaliteit van de Zorg’ kan hierin voorzien.

De commissie Dekker is van mening dat een kwaliteitswet slechts de voorwaarden dient te regelen waaraan de zorg moet voldoen. Dit sluit aan bij de functionele benadering die de commissie gekozen heeft. Slechts als het uit kwaliteitsoogpunt onvermijdelijk is om voor te schrijven welke soorten zorg in één bepaalde, wenselijke combinatie aangeboden moeten worden, dient hiertoe te worden overgegaan.

Verdergaande regelgeving doet de commissie voor verstarring vrezen. Vernieuwingen krijgen dan niet of nauwelijks meer een kans.

In het verleden waren diverse zorgvormen, met name minder geprofessionaliseerde, niet volledig door wettelijke kwaliteitsregels omgeven. Daarin behoeft naar het oordeel van de commissie Dekker ook geen verandering te worden gebracht. Dit impliceert echter niet dat voor deze zorgvormen het stellen van algemene regels inzake toezicht op kwaliteit en goede gang van zaken niet mogelijk zou kunnen zijn.

Voor zover verzekeraars daarin niet via contracten voorzien, kan, zowel voor groepen beroepsbeoefenaars, als ook voor individuele hulpverleners, wettelijke regeling worden overwogen. Een en ander zou in een later stadium geregeld kunnen worden in de 'Wet op de Kwaliteit van de Zorg'.

Bijzondere aandacht verdienen in dit kader de voorwaarden voor bij- en nascholing, waaraan bovendien een toelatingsbeleid kan worden verbonden. De Wet BIG maakt inmiddels regelgeving hiervoor mogelijk.

De Wet BIG De afkondiging van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) op elf november 1993 heeft ingrijpende gevolgen voor deze beroepsuitoefening. In de Memorie van Toelichting bij het ontwerp van de Wet BIG kunnen we lezen dat het onderhavige wetsontwerp één, zoveel mogelijk uniforme, regeling beoogt te geven voor alle daarvoor in aanmerking komende beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. In het kader van een door de overheid nagestreefd terughoudend wetgevingsbeleid dient het aantal te regelen beroepen echter zoveel mogelijk te worden beperkt.

De wet treedt in de plaats van de bestaande regelgeving ter zake, die op een aantal punten ernstig is verouderd, leemten vertoont en aan een gebrek aan systematiek laboreert.

Verouderd was, naast het tuchtrecht, met name het algemeen verbod tot uitoefening van de geneeskunst door anderen dan degenen aan wie de bevoegdheid daartoe uitdrukkelijk is toegekend.

Dit verbod kon niet meer in overeenstemming worden geacht met de heersende opvattingen hierover bij het publiek en werd daarom opgeheven. Iedereen kan zich thans begeven op het terrein van de geneeskunst, doch hij is strafbaar als daardoor schade of nadeel aan de hulpvragende wordt berokkend. De wet wijst wel een aantal handelingen aan die, als zij worden verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's zouden opleveren voor de gezondheid of het leven van degenen die hulp inroepen; dit zijn de zogenaamde *voorbehouden handelingen*.

Het verrichten van deze handelingen blijft voorbehouden aan de daartoe bij wet aangewezen groepen van deskundige beroepsbeoefenaren. Deze zijn ook gerechtigd tot het voeren van een wettelijk beschermde titel.

De wet regelt tevens onder welke voorwaarden personen die daartoe formeel niet bevoegd zijn toch kunnen worden ingeschakeld bij het verrichten van voorbehouden handelingen.

In een aantal **leemten** in de tot dan toe vigerende wetgeving werd voorzien door het regelen van een aantal nieuwe beroepen en het scheppen van de mogelijkheid kwaliteitseisen aan de beroepsuitoefening te stellen.

De Wet BIG maakt het mogelijk regels te stellen voor zaken als technische uitrusting van praktijkruimten, inrichting, beheer en bewaren van patiëntendossiers, verplichte deelneming aan waarneulingsregelingen, intercollegiale toetsing en bijscholing.

Uit het oogpunt van **systematiek** was de oude regelgeving niet helder meer. Voor verschillende beroepen golden uiteenlopende systemen voor de registratie van beroepsbeoefenaren en er was een veelheid aan adviescolleges ontstaan.

De Wet BIG kent één uniforme registratieregeling, gekoppeld aan een stelsel van titelbescherming. Het recht op het voeren van de titel ontstaat door inschrijving in het desbetreffende register. Men spreekt daarom van constitutieve registratie. De veelheid van adviescolleges wordt vervangen door één instantie, de Raad BIG. Vanaf 01-01-2009 werd een herregistratiesysteem ingevoerd, waarbij aantal werkuren en/of nader omschreven nascholingen vereist zijn om de BIG-registratie te behouden.

6.2 Trends en ontwikkelingen binnen het beroep van acupuncturist

6.2.1 Inleiding

Trends en ontwikkelingen in een beroep ontstaan doorgaans geleidelijk, zowel in de tijd als in een maatschappelijke context gezien. Een praktisch beroep als dat van acupuncturist kan niet star zijn in zijn taakopvatting. Het dient een dynamisch beroep te zijn, alert op relevante veranderingen en ontwikkelingen die zich voordoen op diverse terreinen in de maatschappij. Ontwikkelingen op sociaal-cultureel, economisch, ideologisch, politiek en technologisch gebied kunnen de aan de beroepsbeoefenaars gestelde eisen zodanig veranderen dat een uitbreiding, herziening van of verschuivingen in het bestaande takenpakket noodzakelijk wordt.

In de afgelopen jaren is het werkt terrein van de acupuncturist door een aantal hieronder geschetste ontwikkelingen dan ook steeds breder geworden.

6.2.2 Naar aanleiding van Nota 2000 en Ontwerp Kerndocument

Zoals eerder gezegd, kunnen veel van de hiervoor in § B6.1 besproken trends en ontwikkelingen in de gezondheidszorg niet los worden gezien van bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen.

Zo is in de Nota 2000 en het Ontwerp Kerndokument de accentverlegging van curatie naar preventie enerzijds gebaseerd op het gegeven dat de mogelijkheden tot *genezen* van stoornissen beperkt zijn⁵⁰; anderzijds berust deze accentverlegging op het maatschappelijke gegeven dat de huidige, voornamelijk curatieve zorg vrijwel onbetaalbaar is geworden.

Hoewel de effecten van preventieve zorg eerst op middellange of lange termijn zichtbaar worden, lijkt hier een belangrijke weg tot kostenbesparing aanwezig. Het ligt immers voor de hand dat interventie in een vroeg stadium van ziekte de ontwikkeling van ernstige aandoeningen kan voorkomen, waardoor ook de totale duur van de behandeling en het aantal benodigde behandelingen afnemen. De kwaliteit van de zorg wordt hiermee vergroot terwijl het kosten bespaart.

In verband met het bovenstaande kan acupunctuur van essentiële betekenis zijn door haar wezenlijk andere benaderingswijze van klachten van een patiënt.

Uit de methodiek (§ B1.3.4) valt immers op te maken dat een acupuncturist, evenals de reguliere arts, de patiënt uitgebreid moet ondervragen en onderzoeken om tot een adequaat behandelplan te komen. In tegenstelling tot het op symptoomisolierende diagnostiek gebaseerde behandelplan van de reguliere arts berust dat van de acupuncturist op een TCG-diagnose waarbij juist de *veelheid* van klachten van een patiënt in een coherent ziektebeeld moet worden ondergebracht. Hierdoor kan een patiënt vaak zeer gericht worden behandeld in een stadium waarin de reguliere geneeskunde nog geen manifeste afwijkingen heeft aangetoond.

Een in 1993 gestart experiment met acupunctuur in de bedrijfsgezondheidszorg⁵¹ beoogt dan ook interventie in een vroeg stadium van ziekte, waardoor terugdringing van het ziekteverzuim en hoge kostenbesparingen zijn te verwachten.

Samenvattend is acupunctuurbehandeling van oudsher bij uitstek geschikt voor preventieve gezondheidszorg. De acupuncturist kan vakkundig inhaken op de verschuiving van tweedelijns- naar goedkopere eerstelijnsgezondheidszorg. Dit biedt tevens mogelijkheden om de door vergrijzing van de bevolking toenemende vraag naar eerstelijnszorg het hoofd te bieden.

Vanuit de politiek dient daartoe wel een goede structuur ontwikkeld te worden, zodat de acupuncturist in de toekomst steeds meer voor die eerstelijnszorg kan worden ingeschakeld.

6.2.3 Naar aanleiding van de Wet BIG

Binnen het (para)medisch werkt terrein heeft vooral de Wet BIG een bezinning opgeleverd op beroepsethiek en kwaliteit. Ook bij acupuncturisten is de ethiek van de beroepsuitoefening geplaatst in een maatschappelijk kader. Daartoe is binnen de NVA een beroepscode ontwikkeld en zijn gedragsregels opgesteld (zie § B5.3.2). Voor een goede kwaliteitsbeheersing en kwaliteitstoetsing krijgen de volgende aspecten bijzondere aandacht (zie § B5.4):

- scholing van de beroepsbeoefenaar;
- registratie van de werkzaamheden;
- ontwikkeling van registratie- en behandelmodellen;

⁵⁰ Skrabanek en McCormick, *Follies and Fallacies in Medicine*, Nijmegen, SUN, 1993. De twee befaamde Britse epidemiologen stellen dat slechts één op de tien regulier medische consulten tot een effectieve behandeling c.q. genezing leidt.

⁵¹ *De bedrijfsacupuncturiste*, Elsevier Magazine, 18-12-1993.

- definiëring van het begrip ‘acupuncturistisch handelen’;
- toetsing van (effectiviteit van) acupuncturistisch handelen;
- vastleggen van normen en protocollen.

6.2.4 Naar aanleiding van de Wet Stelselwijziging Ziektekostenverzekering

Deze wet moet in samenhang worden gezien met de Nota 2000, het advies van de Commissie Dekker en de Wet BIG.

De wet beoogt een grotere vrijheid voor zowel verzekeraar als verzekerde zodat een verzekeringspakket naar eigen keuze kan worden samengesteld (zorg op maat). Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen het (obligate) basispakket en het aanvullend deel, dat een eigen keuze is. Sinds de invoering van deze wet is de acupunctuur definitief in de aanvullende verzekering opgenomen, meestal in een vergoeding voor alle alternatieve zorg tezamen. Vooruitlopend op deze ontwikkeling was een groot deel van de zorgverzekeraars reeds tot vergoeding van acupunctuurbehandelingen overgegaan.

6.3 Acupunctuur versus reguliere geneeskunde

6.3.1 Hoe zijn acupunctuur en reguliere geneeskunde te verenigen?

Gezien het in de Nederlandse gezondheidszorg vigerende primaat van de reguliere geneeskunde en de reguliere medische diagnose enerzijds en de maatschappelijke vraag naar en acceptatie van acupunctuur anderzijds, zal de discussie over de aan de acupunctuur toe te kennen plaats binnen het gebouw van de Nederlandse gezondheidszorg zich naar verwachting toespitsen op de mate van autonomie die aan het beroep toegekend zal worden.

Ofwel: wordt het een zolderkamertje bij een hospita die sinds de wet van Thorbecke haar huisregels dwingend oplegt, of wordt het een ‘bomvrije’ kamer en suite?

In minder studentikoos jargon: gaat de acupunctuur op in de reguliere geneeskunde en wordt daaraan ondergeschikt, of gaan beide disciplines een synergie aan waarbij ‘the best of both worlds’ ten goede kan komen aan volksgezondheid, individuele gezondheidszorg en financiële beheersbaarheid van het stelsel?

6.3.2 Integratie van acupunctuur in de reguliere geneeskunde

Vanuit de bestaande verhoudingen zou de meest voor de hand liggende oplossing zijn dat de acupunctuur integreert in de reguliere geneeskunde. Onder integratie wordt dan verstaan: het volledig opgaan van de acupunctuur in de reguliere geneeskunde hetgeen in grote lijnen zou impliceren dat ook het paradigma van de acupunctuur, en daarmee TCG-diagnostiek en methodiek ondergeschikt zouden worden aan die van de reguliere geneeskunde.

Integratie blijkt vooral een praktische oplossing te zijn, omdat vrijwel het gehele verstrekkingspakket binnen de gezondheidszorg op dit moment een afgeleide is van *regulier medische* kennis en deskundigheid. Vrijwel alle op dit moment in de zorg be- en erkende beroepen hebben zich òf vroeger of later als verbijzondering afgesplitst van, òf zijn opgebloeid in de schaduw van de reguliere geneeskunde met de universitaire artsopleiding als kernpunt.

Veel praktiserend acupuncturisten hebben dan ook naast hun acupunctuuropleiding een regulier (para)medische opleiding op universitair of HBO-niveau genoten, en het beroep van acupuncturist wordt vaak naast het ‘reguliere’ beroep uitgeoefend. De schijn wordt hierdoor gewekt dat het beroep integreert in de bestaande reguliere geneeskunde, wat mogelijk tot onduidelijke en onwerkbare situaties kan leiden.

Hoewel kennis van de acupunctuur vaak een positief effect blijkt te hebben op de uitvoering van het ‘reguliere’ beroep, is van een vermenging of integratie van acupunctuur met reguliere geneeskunde geen sprake. Acupunctuur is een autonome en eigensoortige geneeswijze met een paradigma, methodiek en diagnostiek die niet aan de reguliere geneeskunde ondergeschikt (te maken) zijn.

Integratie van de acupunctuur in de reguliere geneeskunde met behoud van eigen identiteit (met name haar autonome TCG-diagnostiek en daardoor haar specifieke, vroegtijdige toepasbaarheid) is dan ook niet mogelijk zonder de positie van de arts aan te tasten.

Onder het primaat van de medische diagnose wordt het volstrekt eigen- en andersoortige karakter van de acupunctuur miskend en het moment van ingrijpen nodeloos uitgesteld totdat ook naar westers medische begrippen duidelijk van een isoleerbaar (en dan pas behandelbaar) probleem sprake is. Daarmee is voor de acupunctuur de kans op preventie c.q. genezing vaak al sterk verminderd.

Het zij hier nogmaals gesteld: met acupunctuur kunnen klachten vaak al gericht worden behandeld in een stadium dat nog geen reguliere diagnose kan worden gesteld.

(Nb. Met preventie wordt hier dus bedoeld het voorkomen dat klachten erger worden en regulier aantoonbare afwijkingen ontstaan!)

Alleen al om dit preventie-aspect te kunnen behouden moet integratie van acupunctuur in de reguliere geneeskunde worden afgewezen.

Het alternatief is daarom binnen de Nederlandse zorgverlening een synergie te laten ontstaan tussen de acupunctuur en de reguliere geneeskunde.

6.3.3 Synergie van acupunctuur en reguliere geneeskunde

Onder synergie wordt hier verstaan een samengaan van acupunctuur en reguliere geneeskunde, elk met behoud van eigen identiteit.

Synergie met de reguliere geneeskunde is in zijn algemeenheid te verdedigen omdat:

- De acupunctuurbehandeling in principe geen overlapping met andere disciplines kent. Acupunctuur neemt een geheel eigen en niet vervangbare plaats in binnen de zorgverlening.
- Binnen de beroepsgroep consensus bestaat inzake beroepscode, normen en waarden.
- De acupunctuur een essentieel deel uitmaakt van het moderne denken inzake de relatie tussen klachten/hulpvraag en energiebalans.
- De maatschappelijke vraag en acceptatie groot is.
- De vroegtijdige toepasbaarheid van acupunctuur tot verminderd ziekteverzuim en kostenbesparingen kan leiden.
- Het karakter van de acupunctuurbehandeling integraal is; dat wil zeggen dat de patiënt voor anamnese, onderzoek, TCG-diagnose, therapie, begeleiding, evaluatie en informatie telkens en uitsluitend met een en dezelfde beroepsbeoefenaar, de acupuncturist, van doen heeft. Dit zal, ten faveure van de patiënt, vooral de harmonische samenhang tussen alle facetten van de behandeling bevorderen.

De NVA kiest op basis van het bovenstaande voor een synergiemodel, met name omdat acupunctuur vroegtijdig toepasbaar is bij klachten die voor de reguliere geneeskunde nog niet tot diagnose kunnen leiden.

Acupunctuurbehandeling voor deze psychosomatisch genoemde klachten kan voorkomen dat een en ander uitgroeit tot een regulier te diagnosticeren ziektebeeld. In zoverre kan acupunctuur een preventieve methode genoemd worden.

6.3.4 Synergie-aspecten

Voor een synergie van de acupunctuur met de reguliere westerse geneeskunde zijn de volgende aspecten van groot belang:

- het functieniveau van de acupuncturist
- de communicatiemogelijkheden
- het vaststellen van verantwoordelijkheden

Het functieniveau van de acupuncturist

Een optimale synergie vereist dat een acupuncturist autonoom kan werken en dat hij zonder medewerking van en/of verwijzing door een arts, dus rechtstreeks, door een patiënt kan worden geconsulteerd.

Voor een directe toegankelijkheid (d.w.z. een toegankelijkheid zonder verwijzing) is de in de Wet BIG geïnstitutionaliseerde therapeutische keuzevrijheid van de patiënt van groot belang.

Praktisch gezien geldt op dit moment nog steeds dat vooral *de tot huisarts opgeleide hulpverlener*:

- het terrein van gezondheid en ziekte in hoofdlijnen kan overzien;
- in staat is om de geneeskunde zowel in medisch-diagnostische als in therapeutische zin *zelfstandig* uit te oefenen en te evalueren.

Gezien de structuur en de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is het niet noodzakelijk – en zelfs niet wenselijk – dat de acupuncturist regulier medisch-diagnostische taken op zich neemt. Van essentieel belang is echter wel dat de acupuncturist zich terdege bewust is van zijn grenzen in medisch-diagnostisch en therapeutisch opzicht, deze aan de patiënt goed duidelijk kan maken en over de noodzakelijke bekwaamheden beschikt voor een goede communicatie met de huisarts. Verder dient de acupuncturist een medisch signalerende functie (naar de huisarts) te kunnen vervullen.

Uit de methodiek van de acupunctuur (zie § B1.3) kan worden geconcludeerd dat een acupuncturist, in tegenstelling tot een reguliere paramedicus, geen regulier-medische diagnose nodig heeft om een werkplan te kunnen opstellen. Een *TCG-diagnose* kan niet worden geïnterpreteerd als een ‘nadere diagnose’ op één of ander deelgebied, maar is een volstrekt autonome, eigensoortige en aan de medische diagnose **neven**geschikte visie op ziekte en gezondheid van het individu.

Een acupuncturist is daarom bekwaam en bevoegd zelfstandig een behandelingsplan op te stellen en uit te voeren. Voor een autonome beroepsuitoefening kan een acupuncturist derhalve volstaan met een medische vooropleiding op HBO-niveau.

Desondanks is de NVA voorstander van een integrale, hoogwaardige dagopleiding op universitair niveau. Immers, voor een optimale synergie zou de communicatie tussen acupuncturisten en artsen zich op een zoveel mogelijk gelijkwaardig opleidingsniveau moeten kunnen voltrekken.

De communicatiemogelijkheden

Voor een optimale synergie met de reguliere geneeskunde wordt een *algemene* medische kennis en beroepsgerichte vorming op HBO-niveau voldoende geacht. Verantwoorde communicatie met de overige werkers in de gezondheidszorg en participatie in wetenschappelijk onderzoek is zodoende gewaarborgd.

Het vaststellen van verantwoordelijkheden

Medische kennis voor een acupuncturist kan worden omschreven als voldoende *specifieke* medische kennis ter ondersteuning van het acupuncturistisch handelen en voldoende *algemene* medische kennis ter bevordering van de communicatie binnen de gezondheidszorg.

De acupuncturist dient buiten de draagkracht van zijn in medische opleiding verworven *en in de praktijk onderhouden* bekwaamheden geen verdere solitaire verantwoordelijkheden op medisch-diagnostisch gebied aan te gaan. Synergie met de reguliere geneeskunde vereist wel dat een acupuncturist de confrontatie aangaat met de in de gezondheidszorg bestaande complexe materie van bevoegdheden, deskundigheden en verantwoordelijkheden. Dit was één van de redenen om een beroepsprofiel op te stellen en te valideren.

Hierbij speelt ook het feit een rol dat tegenwoordig de patiënt steeds mondiger wordt en in toenemende mate, al of niet bewust, verantwoordelijkheid naar zich toe trekt door zijn eigen behandelingskeus te willen maken. De overheid ondersteunt dit principe al vele jaren hetgeen in de Wet BIG tot uitdrukking is gebracht. Het gevolg van deze verzelfstandiging is dat ook de wettelijke positie van de patiënt versterkt moest worden. Hiertoe verscheen in 1992 de Nota Patiënten en Consumentenbeleid. In 1995 zijn in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) de informatieplicht van de hulpverleners, het toestemmingsvereiste van patiënten, het recht op inzage in het eigen medisch dossier en andere rechten en plichten van patiënt en hulpverlener vastgelegd.

6.3.5 Synergiemodel

Kernpunt van het synergiemodel: spilfunctie van de huisarts

Al met al zijn voldoende perspectieven aanwezig om een synergiemodel te realiseren. Kundigheden worden vastgelegd in beroepsprofielen. Goede afspraken kunnen worden gemaakt met betrekking tot de daarbij behorende verantwoordelijkheden.

Voor de NVA moet een dergelijk model vanzelfsprekend zijn gebaseerd op een optimale samenwerking tussen huisarts en acupuncturist. Daartoe kiest de NVA voor het uitgangspunt dat ook de zelfstandig werkende acupuncturist de **huisarts als spil binnen de gezondheidszorg** blijft beschouwen en als zodanig respecteert. Immers de huisarts:

- is rechtens bevoegd tot het stellen van een medische diagnose,
- wordt gezien als degene die de volledige ziektegeschiedenis van de patiënt kent en beheert en vanuit die kennis kan bijdragen aan het verzamelen van gegevens welke van belang zouden kunnen zijn voor het opstellen van een behandelplan door de acupuncturist.

*Afspraken met betrekking tot verantwoordelijkheden*⁵²

De grenzen van het beroep en de deskundigheden van de zelfstandig functionerende acupuncturist spelen hierbij een rol en moeten strikt worden vastgelegd. Eventuele contra-indicaties voor zijn handelen stelt hij vast op grond van zijn TCG-diagnose.

Het zelfstandig functioneren van de acupuncturist impliceert dat voor de patiënt twee toegangsmogelijkheden bestaan:

- a) de patiënt wordt verwezen door de huisarts, of
- b) de patiënt consulteert de acupuncturist rechtstreeks.

a) bij verwijzing door de huisarts

Hiervoor gelden de in de reguliere gezondheidszorg gebruikelijke procedures voor verwijzing en rapportage. De (huis)arts is verantwoordelijk voor opdrachtverstrekking⁵³ en eventuele medische en nadere diagnose(s).

De verwijzing geschiedt bij voorkeur schriftelijk met het oog op mogelijke consequenties als schade of nadeel voor de patiënt.

De acupuncturist heeft binnen een dergelijke verwijsprocedure een eigen verantwoordelijkheid:

Ten eerste voor het aanvaarden van de verwijzing (opdracht), hetgeen verband houdt met een al of niet juiste indicatiestelling door de huisarts.

Ten tweede voor de wijze van behandelen, de toe te passen middelen en de mogelijke consequenties van beide. De acupuncturist is nu ook wettelijk verplicht de patiënt over het laatste op eigen initiatief te informeren (WGBO).

b) bij rechtstreekse consultatie

Bij rechtstreekse consultatie heeft men in sterke mate te maken met de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De acupuncturist dient zeker in deze situatie de patiënt in kwestie met name te informeren over de beperkingen van zijn medisch-diagnostische vaardigheden en de grenzen van de therapie en de gevolgen die dat mogelijkwerwijs met zich mee kan brengen voor de gezondheid van de patiënt. Daarom moet de patiënt:

- of instemmen met schriftelijke informatie aan de huisarts over de klacht(en) waarvoor de patiënt de acupuncturist consulteert en het daarop gebaseerde behandelingsplan;
- of schriftelijk verklaren dat hij geïnformeerd is over het ontbreken van een medische diagnose (mocht zulks het geval zijn) en dat hij zichzelf verantwoordelijk houdt voor het eventuele risico daarvan.

Als de patiënt weigert zijn eigen verantwoordelijkheid in deze te accepteren, zal de acupuncturist deze patiënt niet in behandeling nemen.

Voor de acupuncturist geldt ook hier weer dezelfde eigen verantwoordelijkheid als bij de verwijsprocedure door de (huis)arts. Tevens zal de acupuncturist zich houden aan het *Reglement Praktijkvoering* van de NVA, waarin de leden onder meer wordt geadviseerd:

- bij het starten van een behandeling, die mogelijkwerwijs een langere tijd zal vergen, een redelijke termijn af te spreken met de patiënt, waarna een evaluatie van de behandeling plaatsvindt;
- bij voortzetting van de behandeling regelmatig een evaluatie dient plaats te vinden totdat het behandeldoel is bereikt, of duidelijk is dat verder behandelen niet zinvol is.

Een goede stelregel is niet vaker dan zes maal te behandelen als resultaat uitblijft, eens te meer indien de patiënt niet of onvoldoende medisch is gescreend;

6.4 Acupunctuur in de Nederlandse gezondheidszorg

⁵² Het spreekt vanzelf dat voor het werken in teamverband geheel andere afspraken moeten worden gemaakt dan bij de zelfstandige uitoefening van de acupunctuur. Bij combinatie van acupunctuur met andere vormen van beroepsuitoefening dient een zorgvuldige splitsing van werkzaamheden met alle daarbij behorende aspecten te worden doorgevoerd. Immers voor het ene beroep kunnen totaal andere voorwaarden c.q. verantwoordelijkheden gelden dan voor het andere.

In een eerstelijnsinstituut moet iemand worden aangewezen die verantwoordelijk is voor de dagelijkse leiding. Dit dient een algemeen inhoudelijk deskundige te zijn ingeval de acupunctuur in combinatie met reguliere behandelwijzen wordt toegepast. Bij het werken in andere sectoren dan de curatieve zorg, zoals basisgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting en opvoeding, drugsverslaving, sociale geneeskunde, pijnteam e.d. dient weer onderscheid te worden gemaakt tussen individuele zorg en zorg in groepsverband.

⁵³ Momenteel kan nog niet gesproken worden van een gebruikelijke c.q. geregelde opdrachtgeving.

6.4.1

Plaats en afbakening

Bijlage § B4.4.2 vermeldde reeds dat acupunctuur vooral binnen de gezondheidszorg toegepast wordt. De werkwijze van de acupuncturist kenmerkt zich door strikte voorschriften ten aanzien van scheiding van andere beroepen, waardoor vermenging van deskundigheden en verantwoordelijkheden (met bijvoorbeeld fysiotherapie) wordt vermeden.

Dit geldt evenzo ten aanzien van profilering, advertenties en administratie.

De individuele acupuncturist dient zich bewust te zijn van de grenzen van eigen kennen en kunnen, formeel vastgelegd in zijn beroepsprofiel.

Het beroep van acupuncturist zal in toenemende mate als basisberoep worden uitgeoefend.

Blijkens de Wet BIG en een eerste advies van de Raad BIG⁵⁴ is het in het belang van de volksgezondheid en van een goede individuele gezondheidszorg dat er duidelijkheid bestaat over opleiding, deskundigheid en bevoegdheid van beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. Dit geldt met name voor *basisberoepen* waarbij sprake is van *rechtstreeks contact* met patiënten/cliënten. Die duidelijkheid kan ofwel ontstaan uit zelfregulering door een bepaalde beroepsgroep, of door wettelijke regeling geschapen worden.

Een kostenbesparend effect van vroegtijdig (preventief) toepassen van acupunctuur valt enkel te verwachten bij een systematische inzet van acupunctuur als preventiemethode.

Een open deur is verder de stelling dat kwaliteit en deskundigheid van de beroepsuitoefening, en derhalve de belangen van volksgezondheid en individuele gezondheidszorg, bevorderd worden als uit de betreffende beroepsuitoefening voldoende bestaanszekerheid te putten valt.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de NVA stelt dat het beroep van acupuncturist beter in het (vergoedingen)stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg opgenomen dient te worden.

Dat betekent dat plaats en afbakening van de acupunctuur binnen de Nederlandse gezondheidszorg vastgesteld moeten worden (en ook *daadwerkelijk* plaats voor het beroep gemaakt moet worden) met betrekking tot een veelheid van onderwerpen als:

- kwaliteit van opleiding en beroepsuitoefening
- deskundigheid/bekwaamheid
- bevoegdheid
- beroepsorganisatie
- patiënten
- patiëntenorganisaties
- verwijzers
- verzekeraars
- overheid (lager/hoger)
- collegae-acupuncturisten
- opleiders
- beroepsuitoefening in combinatie met andere disciplines
- werkgebieden
- wetenschappelijk onderzoek

6.4.2

Acupunctuur en de Wet BIG

Tot op heden is de NVA zelf in staat gebleken de nodige kwaliteitsborgende maatregelen te treffen teneinde een goede beroepsbeoefening van haar praktiserende leden in de individuele gezondheidszorg te garanderen. Via eigen registratie kan de NVA naleving van deze maatregelen traceren en bewaken en daardoor waarborgen geven voor de kwaliteit van beroepsuitoefening van haar leden.

Gezien deze situatie bestaat er binnen de NVA geen duidelijke behoefte aan regeling van het beroep acupuncturist bij of krachtens Wet BIG.

Regeling bij of krachtens Wet BIG zou eventueel aangewezen zijn vanwege het feit dat:

- synergie van de acupunctuur en de reguliere geneeskunde staat of valt met een gedegen regeling van competenties en communicatie, zodat de patiënt niet de dupe wordt van problemen in deze. Gezien de huidige verhoudingen in de gezondheidszorg is zelfregulering op dit niveau onwaarschijnlijk;

⁵⁴ Artikel 34-beroepen, deel I. Advies over de thans wettelijk geregelde beroepen in de individuele gezondheidszorg, uitgebracht aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, juni 1994. (Nu ministerie van VWS)
Raad voor de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, Codenummer 5016-38; publicatie nummer B4/94

- een acupuncturist rechtstreeks benaderd kan worden en autonoom werkzaam is, zodat naar het publiek (en dan niet alleen naar patiënten maar ook naar verwijzers/verzekeraars) duidelijkheid geschapen wordt over deskundigheid en bevoegdheid;
- de acupunctuurbehandeling tuchtrechtelijke problemen met zich mee kan brengen;
- acupunctuur alsnog als voorbehouden handeling aangemerkt zou kunnen worden vanwege risico van besmetting, overdragen van ziektes en lichamelijke schade.



Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur
Dutch Acupuncture Association