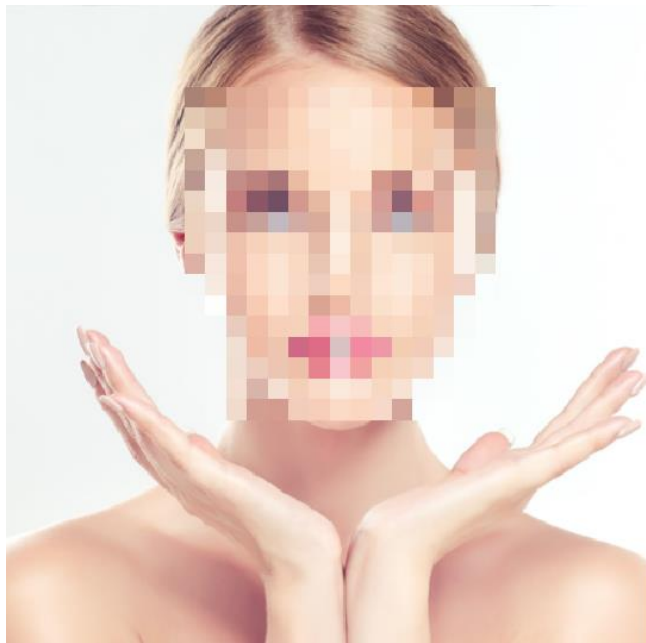


HOE ETHISCH IS ESTHETISCH?

Een zorgethische reflectie op de ervaring van morele verantwoordelijkheid van
huidtherapeuten in de cosmetische zorg



© Global Care Clinic. Geraadpleegd op 3 juni 2021, van <https://www.globalcareclinic.com>

Universiteit voor Humanistiek – Zorgethiek en Beleid

Masterthesis ZEB-70

Begeleider: Dr. Ir. Marja Ernst-Houben

Tweede lezer: Prof. Dr. Inge van Nistelrooij

Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget

Inleverdatum: 15 juni 2021, Utrecht

Naam: Mariska van Dinteren

Studentnummer: 1028189

Email: m.vandinteren@student.uvh.nl

VOORWOORD

Na een periode van twee jaar aan de Universiteit voor Humanistiek sluit ik hierbij officieel de masterstudie Zorgethiek en Beleid af. Na het pad te hebben bewandeld van MBO-en HBO naar de universiteit presenteer ik hierbij met trots het eindproduct van mijn afstudeeronderzoek. Met deze masterthesis doe ik recht aan mijzelf en aan de personen die het vertrouwen in mij hadden dat ik deze universitaire masterstudie zou volbrengen. Vanwege de ambitie van het starten van een eigen onderneming heb ik mijzelf voorafgaand een aantal prangende existentiële vragen gesteld. Zoals: “In hoeverre ben ik trouw aan mijzelf als ik een cosmetische kliniek start waarbij ik zorg lever aan andere (jonge) mensen?” Ik ben opzoek naar antwoorden om in de toekomst de beste zorg te kunnen bieden voor de cliënt. In verband met de ‘directe toegankelijkheid’ van de huidtherapeut, de sterke groei en de voortgaande professionalisering van het beroep huidtherapie zie ik een noodzaak om de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut te onderzoeken bij het uitvoeren van cosmetische behandelingen.

Zonder deze belangrijke personen had ik deze reis niet kunnen volbrengen.

Ten eerste, natuurlijk de huidtherapeuten! Ik wil jullie bedanken voor het vertrouwen in mij en het delen van jullie verhalen. Dr. Ir. Marja Ernst-Houben en Dr. Inge van Nistelrooij wil ik graag bedanken voor jullie toegewijde betrokkenheid, begeleiding en deskundigheid. Ik waardeer jullie om de altijd snelle respons en aangename samenwerking met als resultaat dit onderzoek. Leonie, zonder jou was er geen begin. Uit de grond van mijn hart bedankt. Zonder jouw geloof in mij, met ‘dat ik het wel kan’ was ik überhaupt nooit aan een universitaire opleiding begonnen. Wilfred, bedankt voor alle keren dat het eten klaar stond na lange studiedagen, het beschikbaar stellen van het kantoor en je onvoorwaardelijke liefde.

Dank allen. Zonder jullie was deze masterthesis er niet geweest!

Veel leesplezier!

SAMENVATTING

Aanleiding

Dagelijks komen jonge cliënten in de huidtherapeutische praktijk met de wens om hun uiterlijk te veranderen. Hoewel de huidtherapeut als zorgverlener een belangrijke functie heeft in het screenen en bewaken van grenzen, blijft de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten bij cosmetische behandelingen onderbelicht in de literatuur.

Hoofdvraag

In deze zorgethische masterthesis is getracht deze lacune te vullen middels het beantwoorden van de volgende hoofdvraag: “Hoe ervaren huidtherapeuten die werkzaam zijn in een cosmetisch instituut hun morele verantwoordelijkheid ten aanzien van cosmetische behandelingen en wat kunnen we van deze ervaringen leren met de inzichten van Joan Tronto en Annelies van Heijst over goede zorg voor de cliënten die een cosmetische hulpvraag hebben?”

Theoretische bevindingen

Volgens Tronto (1993) is het van belang morele houdingen aan te nemen zoals aandacht, verantwoordelijkheid en deskundigheid. Daarnaast is erkenning in de zorg voor zowel huidtherapeut als cliënt van belang volgens Van Heijst (2008). De paradigma's over verantwoordelijkheid (Van Nistelrooij & Visse, 2018) zijn een aanvulling in dit onderzoek en zorgen voor een kader in de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten.

Benadering en methode

Er hebben zeven open interviews plaatsgevonden met huidtherapeuten die in de praktijk werkzaam zijn of zijn geweest. Er is een narratieve onderzoeksbenadering gehanteerd en er heeft er een analyse plaatsgevonden aan de hand van verschillende zorgethische *critical insights*.

Bevindingen

In het empirisch onderzoek zijn overkoepelende thema's naar voren gekomen zoals: verschuiving van verantwoordelijkheid, verslavingsgevoeligheid, ouder-kind relatie, betrokkenheid, schoonheidsnorm, *social media*, betrokkenheid en relationaliteit. Door een dialectische verbinding is het empirisch onderzoek verrijkt door de theoretische reflectie. Wat naar voren kwam in het empirisch onderzoek waren de thema's betrokkenheid en relationaliteit. Wat minder naar voren kwam in het empirisch onderzoek was verantwoordelijkheid als belofte en verantwoordelijkheid door sociale routines en verwachtingen. Wat niet expliciet is genoemd in de theorie maar wel naar voren kwam in de

praktijk was de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

Conclusie

De geleefde morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen is een combinatie van verschillende morele houdingen en verantwoordelijkheden. Dit betreft de morele houdingen en elementen van Tronto (1993) zoals aandacht, verantwoordelijkheid en deskundigheid, menslievende verantwoordelijkheid van Van Heijst (2005), verantwoordelijkheid als reactie op de kwetsbaarheid van een ander en verantwoordelijkheid als gegeven van Van Nistelrooij en Visse (2018). Morele verantwoordelijkheid komt tot stand door verbondenheid. De verantwoordelijkheid van de huidtherapeut en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt komen samen in de huidtherapeutische praktijk.

INHOUD

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
1. PROBLEEMSTELLING EN RELEVANTIE	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Maatschappelijk probleemstelling.....	7
1.3 Wetenschappelijk probleemstelling.....	9
1.4 Vraagstelling.....	10
1.5 Doelstelling.....	11
2. THEORETISCHE BEVINDINGEN	12
2.1 Sociaal-politiek.....	12
2.1.1 Wat is zorgethiek?.....	12
2.1.2 Politiek en maatschappelijke inbedding.....	13
2.1.3 Efficiëntie.....	14
2.1.4 De praktijk.....	16
2.2 Verantwoordelijkheid theoretisch ingebed.....	17
2.2.1 Verantwoordelijkheid volgens verschillende zorgethische auteurs.....	17
2.2.2 Fases van zorgen en ethische elementen.....	19
2.2.3 Erkenning en menslievende verantwoordelijkheid.....	24
2.2.4 Paradigma's over verantwoordelijkheid.....	26
2.2.5 De verantwoordelijkheden van de huidtherapeut.....	28
2.3 Conclusie.....	29
3. BENADERINGEN EN METHODE	32
3.1 Onderzoeksbenadering.....	32
3.2 Onderzoeksmethode.....	32
3.3 Dataverzameling.....	33
3.4 Data-analyse.....	34
3.4.1 Sensitizing concepts.....	34
3.4.2 Narratieve data-analyse.....	35
3.5 Ethische overwegingen.....	36
4. INZICHTEN UIT EMPIRISCH ONDERZOEK	37
4.1 Wat is goede zorg?.....	37
4.2 Verschuiving van verantwoordelijkheid?.....	38
4.3 Oog hebben voor - Ervoor zorgen dat - Zorgen.....	40
4.4 Een grijs gebied.....	44
4.5 Verantwoordelijkheid voor kwetsbaren.....	47

4.6 Relationaliteit	49
4.7 Kaders van schoonheid.....	50
4.8 De verantwoordelijkheid van <i>social media</i>	52
4.9 Goede zorg <i>versus</i> winst.....	54
4.10 De gedeelde verantwoordelijkheid.....	57
4.11 Conclusie.....	58
5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	60
5.1 Zorgethische discussie.....	60
5.2 Discussie van resultaten	65
5.3 Conclusie, beperkingen en aanbevelingen	66
5.3.1 Eindconclusie	66
5.3.2 Mogelijke beperkingen en aanbevelingen	67
6. KWALITEITSCRITERIA	70
7. LITERATUUR	71
Bijlage 1: Interview opzet	75
Bijlage 2: Overzicht respondenten	76
Bijlage 3: Fragment uit het codeboek.....	77

1. PROBLEEMSTELLING EN RELEVANTIE

1.1 Aanleiding

Als huidtherapeut ben ik een paramedicus in een cosmetische kliniek en bied ik preventieve en curatieve zorg voor zowel de gezonde als zieke huid. Sinds 1 januari 2011 is een huidtherapeut ‘direct toegankelijk’. Dat betekent dat cliënten zonder verwijzing van een arts zich tot de huidtherapeut kunnen wenden (Uitslag, 2017). In mijn functie als huidtherapeut ben ik mij de afgelopen jaren in de spreekkamer gaan afvragen wat mijn morele verantwoordelijkheid is voor het leveren van goede zorg. Ik zie dagelijks jonge vrouwen met de wens hun uiterlijk te veranderen. Door middel van bijvoorbeeld laserapparatuur maak ik met gemak aanpassingen in de huid, zoals het verfijnen van lijntjes of het verwijderen van pigmentaties. Met de toename van het aantal jaren werkervaring merk ik soms dat ik het perfectioneren van de huid door middel van cosmetische behandelingen normaliseer. Technisch gezien zijn er veel mogelijkheden. Vanuit een intrinsieke motivatie is voor mij een zoektocht ontstaan naar wat mijn morele verantwoordelijkheid is naar de cliënt toe. Door middel van mijn behandelingen wil ik niet andere jonge vrouwen een bepaald schoonheidsideaal opdringen. De cosmetische chirurgie lijkt wel meer geaccepteerd dan ooit (Stapel, 2014). Volgens het feminisme wordt wat in een cultuur als ‘normaal’ wordt beschouwd opgerekt door middel van cosmetische chirurgie. Hieruit voortvloeiend vraag ik mij in de rol van huidtherapeut af of ik mijn werkzaamheden met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen moreel kan verantwoorden. In de spreekkamer heb ik mijzelf de afgelopen jaren vaak de volgende vragen gesteld: “Hoe ethisch is esthetisch eigenlijk? Gaan zorgethiek, cosmetiek en feminisme hand in hand, of juist niet? En wat is de morele verantwoordelijkheid van het (zorg)ethisch handelen van de huidtherapeut hierin?”

1.2 Maatschappelijk probleemstelling

Het uiterlijk neemt in de media, film, theater, beeldende kunst en literatuur een bijna opdringerige ruimte in. Mooi en volmaakt zijn is in. Daarbij heeft ‘lelijk zijn’ een mindere plaats in de samenleving (Spauwen, 2010). Een trend die heerst is dat we er in het echte leven net zo perfect uit willen zien als op sociale media. De grens tussen realiteit en fantasie vervaagt met als gevolg dat er een onrealistische beeldvorming ontstaat. Vrouwen worden op een misleidende manier weergegeven in de media door middel van geavanceerde technieken zoals filters en andere fotobewerking (Rayalana et al., 2018). Het is belangrijk voor clinici om de implicaties (of interpretaties) van *social media* op het lichaamsbeeld en zelfrespect te begrijpen om hun cliënten beter te behandelen en te adviseren (Rayalana et al., 2018). De

samenleving wordt steeds meer geleid door bepaalde eenzijdige schoonheidsidealen. Deze kwestie gaat niet alleen de beroepsgroep aan maar de hele samenleving (Bolt, 2014). Door middel van marketingstrategieën van de esthetische klinieken wordt een criterium van het uiterlijk gehanteerd waarmee reclame wordt gemaakt om de graadmeter van schoonheid onder de aandacht te brengen. Zoals Wolf (2002) schrijft is een persoon van seniore leeftijd ‘lelijk’ en wordt lelijkheid geïnterpreteerd als een ziekte. De esthetische chirurgie heeft hier dan weer een oplossing voor door een cosmetische behandeling uit te voeren. Dit is de primaire marketingstrategie van de cosmetische chirurgie. Een trend is ontstaan van het perfectioneren van de huid passend bij het tegenwoordige schoonheidsideaal. De marketingstrategieën van esthetische klinieken spelen hierop in en bepalen hiermee de norm van schoonheid (Wolf, 2002).

Tegenwoordig geldt dat wat niet in het dominante schoonheidsideaal past, zoals tekenen van ouder worden en aangeboren afwijkende uiterlijke eigenschappen, minder geaccepteerd wordt. Dit leidt tot een toename van de vraag in de cosmetische zorg (Uitslag, 2017). Het uitoefenen van een zorgend beroep brengt het dragen van soms zeer zware verantwoordelijkheden met zich mee (Van Heijst, 2005). In het beroepsprofiel van de huid- en oedeemtherapeut staat beschreven dat met de invoering van de directe toegankelijkheid in 2011 in essentie niets verandert aan de verantwoordelijkheden van de huidtherapeut.¹ Als na een huidtherapeutische screening wordt geconcludeerd dat verder huidtherapeutisch onderzoek benodigd is, kan de cliënt, door middel van de rechtstreekse toegang, zelf een huidtherapeut kiezen die het beste past bij zijn of haar indicatie en zorgnoden. De verantwoordelijkheid voor de huidtherapeut is in dit geval hetzelfde als wanneer een cliënt naar de praktijk komt met een verwijzing. Na een nauwkeurige diagnose besluit de huidtherapeut of er een indicatie tot behandeling is. Bij aarzeling kan contact op worden genomen met de arts voor het inwinnen van advies of voor het verklaren van een aandoening. In het beroepsprofiel van de huidtherapeut wordt niet ingegaan op de zorgverantwoordelijkheid, enkel dat er bij twijfel advies kan worden ingewonnen bij een arts. Er staat hier niks beschreven met betrekking tot morele vragen. Wat een punt van aandacht is bij directe toegankelijkheid, is dat de huidtherapeut kan rechtvaardigen welke keuze uiteindelijk wordt gemaakt met als gevolg bekwaam te handelen in de huidtherapeutische praktijk.

¹ <https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/SiteAssets/Lists/Infoltem/AllItems/NVH%20beroepsprofiel.pdf>

1.3 Wetenschappelijk probleemstelling

De cosmetische branche profiteert van de ideologie van een samenleving die ijdelheid, jeugdigheid en persoonlijk succes dient en die de echte waarden uit het oog verliest (Mousavi, 2010). De waarde van een persoon kan niet worden gereduceerd tot zijn of haar uiterlijk. De geneeskunde als een kunst zou de verplichting moeten voelen om deze moderne ideologieën te weerstaan en zou moeten proberen mensen te helpen een meer authentieke houding over zichzelf te krijgen (Mousavi, 2010).

De Amerikaanse feministische schrijfster Naomi Wolf beweert in haar eerste boek *'The Beauty Myth'* dat de tweede feministische golf niet erg succesvol is geweest (Schoemaker, 2010). Zij attendeert op de dreiging van het nieuwe gelijkheidsdiscours waarin zowel mannen als vrouwen als gedupeerde van de schoonheidsmythe worden beschouwd. In een dergelijk discours is geen ruimte voor de verschillen in belichaamde ervaringen die wel bestaan.

Psychologe Kathy Davis, schreef diverse publicaties op het gebied van gezondheidswetenschappen en feministische theorie. In haar boek *'De Tweede Schepping'* (1996), over de zin en onzin van cosmetische chirurgie keert zij zich juist tegen de heersende feministische mening dat cosmetische behandelingen fout en verwerpelijk zijn. Haar benadering accepteert het onbehagen dat cosmetische chirurgie vaak oproept, maar neemt de beweegredenen van vrouwen die hun lichaam chirurgisch laten veranderen serieus.

In de literatuur is veel geschreven over medische ethiek, zoals chirurgen die zich bij een gebrek aan een ethisch kader soms laten meezuigen in de wens van de cliënt en een ingreep verrichten waar ze niet achter staan (Bolt, 2014). Ook bij plastische chirurgie worden vragen gesteld over het respect voor waardig ouder worden, het accepteren van een doorleefd lichaam en het respect voor gehandicapt zijn (Spauwen, 2010). Hierbij is de scheidslijn tussen het medische en het cosmetische soms flinterdun. Het verschil tussen huidtherapie en de esthetische chirurgie is de intensiteit van de ingreep zelf. Bij de huidtherapeut wordt nauwelijks een scalpel gebruikt en de betreffende ingreep is hierdoor wellicht minder sensationeel, risicovol en spannend. Eerder is geschreven over medische ethiek en de verantwoordelijkheid van de chirurg. Het beroepsprofiel van de huidtherapeut beschrijft ruimt de gewenste houding van de therapeut tegenover de cliënt. Desondanks schenkt het beroepsprofiel weinig aandacht aan de ervaring van huidtherapeuten met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen. De behandeling bij de huidtherapeut is minder ingrijpend maar er moet wel degelijk aandacht zijn voor hoe de huidtherapeut met verantwoordelijkheid omgaat.

Van Heijst (2005) pleit in haar boek ‘*Menslievende zorg*’ ervoor om professionele zorgverantwoordelijkheid niet alleen procedureel en juridisch in te vullen, maar ook in termen van menslievendheid. De visie van Van Heijst wordt in dit onderzoek gebruikt voor wat zij omschrijft als economisch nut, efficiëntie en winst maken *versus* goede cliëntenzorg. Tronto (1993) schrijft in haar boek ‘*Moral Boundaries: A political argument for an ethics of care*’ dat zorgnoden een vertrekpunt zijn voor het ontvouwen van zorgethiek en niet die van behoefte. Volgens haar bestaat goede zorgethiek uit vijf fasen van zorg waaruit vier ethische elementen van zorg voortkomen.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek bestaat uit het feit dat dit onderzoek een lacune in de literatuur tracht op te vullen betreffende morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten bij het uitvoeren van cosmetische behandelingen. Hierbij wordt gekeken naar de verschillende aspecten die daarbij van invloed zijn. De Nederlandse Vereniging voor Huidtherapie (NVH) heeft als doel om een aandeel te leveren aan het optimaliseren van de kwaliteit van leven. Dit heeft betrekking op cliënten met een (chronische) huid- en/of oedeemproblematiek.

1.4 Vraagstelling

De maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstelling zijn aanleiding voor de volgende hoofdvraag:

Hoe ervaren huidtherapeuten die werkzaam zijn in een cosmetisch instituut hun morele verantwoordelijkheid ten aanzien van cosmetische behandelingen en wat kunnen we van deze ervaringen leren met de inzichten van Joan Tronto en Annelies van Heijst over goede zorg voor de cliënten die een cosmetische hulpvraag hebben?

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende drie deelvragen opgesteld:

I. Theoretische vraag: Welke zorgethische inzichten biedt het perspectief van Joan Tronto en Annelies van Heijst op morele verantwoordelijkheid in de zorg?

II. Narratieve vraag: Hoe ervaren huidtherapeuten hun morele verantwoordelijkheid ten aanzien van cosmetische behandelingen in de praktijk?

III. Zorgethische vraag: Wat betekent de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten voor goede zorg bij cliënten die komen met een cosmetische hulpvraag?

1.5 Doelstelling

De maatschappelijke bijdrage van dit onderzoek is inzicht *krijgen* in de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten ten aanzien van cosmetische behandelingen. Dit wordt gedaan door te reflecteren op hun ervaring van morele verantwoordelijkheid bij het uitvoeren van cosmetische behandelingen in de praktijk. Hiermee tracht ik een bijdrage te leveren aan wat de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut is en wat dit betekent voor het leveren van goede zorg, gebruik makende van *sensitizing concepts*.

De wetenschappelijke bijdrage van dit onderzoek is inzicht *leveren* in de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten ten aanzien van cosmetische behandelingen om zo de lacune in de bestaande literatuur deels op te vullen. Dit wordt gedaan door de inzichten over zorgverantwoordelijkheid volgens Joan Tronto en Annelies van Heijst te onderzoeken en hoe het zorgethische concept verantwoordelijkheid zich hiertoe verhoudt.

2. THEORETISCHE BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de theoretische deelvraag: Welke zorgethische inzichten biedt het perspectief van Joan Tronto en Annelies van Heijst op morele verantwoordelijkheid in de zorg?

Om hierop een antwoord te formuleren wordt eerst de politieke en maatschappelijke inbedding van zorg(ethiek) toegelicht. Vervolgens wordt verantwoordelijkheid theoretisch ingebed aan de hand van verschillende zorgethische auteurs met de thema's relationaliteit en afhankelijkheid. Vervolgens zal dieper worden ingegaan op morele verantwoordelijkheid met de inzichten van politicologe Joan Tronto en zorgethica Annelies van Heijst met wat zij verstaan onder morele verantwoordelijkheid in de cosmetische praktijk. Tronto beschrijft vijf fasen van zorg met de daarbij behorende ethische kwaliteiten. Van Heijst beschrijft de 'menslievende verantwoordelijkheid'. Als toevoeging in dit onderzoek beschrijven Van Nistelrooij en Visse de vier paradigma's over verantwoordelijkheid. Met deze drie theorieën vorm ik een normatief theoretisch kader voor morele verantwoordelijkheid.

2.1 Sociaal-politiek

2.1.1 Wat is zorgethiek?

Zorgethiek is een interdisciplinair veld van onderzoek dat wordt gedreven door maatschappelijke zorgen. Het biedt een lens om de normatieve lading van (zorg)situaties te belichten en te onderzoeken. De sleutelvraag binnen de zorgethiek luidt: "Wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?" (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). Zorgethiek is een positief begrippenkader waarin zorgverleners in aansluiting op hun beleving adequaat kunnen spreken over wat ze doen en wat ze als kern van hun werk ervaren. Hierbij voorziet zorgethiek in een lacune door aandacht te vragen voor het contextuele karakter van de zorg als relationeel proces dat interactief wordt vormgegeven door zorgverlener en zorgontvanger (Van Dartel & Molewijk, 2014). Relationaliteit plaatst zorgethiek in het centrum van ethiek. Deze relatie zou te allen tijde centraal moeten staan in de praktijk, omdat 'de ander zien staan' een zorgethische relatie sticht (Grypdonck et al., 2019). In de huidige maatschappij wordt de mens echter niet zozeer gezien als relationeel, afhankelijk en een kwetsbaar wezen. Autonomie, individualiteit en onafhankelijkheid worden daarentegen gezien als een absolute waarde (Tronto, 1993; Van Heijst, 2005).

Voor het definiëren van zorg wordt door de meeste zorgethici een brede omschrijving gehanteerd. Waarbij zorg niet wordt beperkt tot enkel de interactie tussen twee mensen.

Tronto (1993) omschrijft zorgen primair als een *practice*. Tronto en Fisher (1993) definiëren zorg als:

Een soort gebonden activiteit die alles insluit wat we doen om onze ‘wereld’ te handhaven, voort te zetten en te herstellen, op zo’n manier dat we er zo goed mogelijk in kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, onze zelden en onze omgeving, die we alle met elkaar proberen te verbinden in een complex, duurzaam web. Zorg omvat het milieu voor onze omgeving in het algemeen (Vorstenbosch, 2005, p. 41).

In dit onderzoek wordt verder ingegaan op zorg en de daarbij behorende morele verantwoordelijkheid met betrekking tot de cosmetische zorg in de huidtherapeutische praktijk.

2.1.2 Politiek en maatschappelijke inbedding

Zorgethiek heeft een politiek aspect omdat zorg een praktijk is die tot stand komt in de context van de samenleving (Leget et al., 2017). Een individu of groep moet zorg op zich nemen, anders zou er niet gezorgd worden. Onze samenleving zou niet kunnen bestaan zonder zorg. Er is echter een gebrek aan politieke aandacht voor deze alledaagse praktijk (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Volgens Tronto (2013) behoort zorg sinds het begin der tijden tot het middelpunt van een democratische samenleving. In het boek ‘*Moral Boundaries: A political argument for an ethics of care*’ beschrijft Tronto (1993) dat zorgen het reageren is op de behoefte van de mens. Tronto (1993) geeft aan dat het neoliberal economisch beleid één van de factoren is die goede zorg hindert. Zij legt er de nadruk op om altijd te starten met denken vanuit het perspectief van de ander. Hiervoor moeten de behoeften worden erkend, herkend en moet er verantwoordelijkheid worden genomen om daadwerkelijk in actie te komen om in zorg te voorzien. Tronto pleit ervoor dit proces te zien in een contextueel politiek-economisch kader. Ze ontwikkelde een politiek-relevante zorgethiek, die zowel beide geslachten, als alle klassen en etnische groeperingen aangaat. Om dat te bereiken moeten volgens haar heersende morele grenzen (*moral boundaries*) worden doorbroken. Zorg wordt volgens Tronto (1993) uit de politieke discussie gehouden vanwege drie scheidingen. De eerste scheiding is die tussen ethiek en politiek. De tweede scheiding is tussen moraliteit als een rationele zaak en partijdig. Waarbij emotionaliteit wordt gezien als niet moreel. De derde en laatste scheiding is tussen de publieke samenleving en het privéleven (Tronto, 1993). Zij pleit ervoor dat we moeten erkennen dat niet alle mensen gelijk zijn. Ongelijkheid leidt tot ongelijke gezagsverhoudingen, tot overheersing en ondergeschiktheid. Zorg zou centraal

moeten worden gesteld in het democratisch-politieke leven en niet het economisch belang. Daarnaast heeft Margaret Urban Walker een grote bijdrage geleverd in de zorgethiek. Net zoals Tronto (1993; 2013) maakt zij duidelijk hoe in sociale en politieke praktijken de verantwoordelijkheden ongelijk verdeeld zijn. Zij plaatst morele kennis in de zorgpraktijk in plaats van het idee dat moraliteit enkel vanuit een algemeen en abstract oogpunt te begrijpen is.

Naast het politieke aspect van de samenleving met betrekking tot zorg te hebben belicht is er ook een maatschappelijke kant die invloed heeft op de verantwoordelijkheid van de huidtherapeut. *Social media* is een relatief nieuw in vergelijking met andere communicatiemedia. Door de opkomst van *social media* is er een grote invloed op de maatschappij. Dit komt doordat de hoeveelheid informatie die kan worden gedeeld, de snelheid waarmee het zich verspreidt en de hoeveelheid mensen die ermee kunnen worden geconfronteerd explosief zijn toegenomen (Visser & Sikkenga, 2017). Dit wordt in het empirisch hoofdstuk verder onder de aandacht gebracht omdat *social media* naar verwachting een nieuwe manier van verantwoordelijkheid met zich meebrengt. *Social media* is een fenomeen dat van waarde is voor organisaties en speelt een grote rol binnen *corporate* communicatie. *Social media* is van invloed op de gebruiker omdat *social media* vaak volmaakte lijven en perfecte gezichten toont, veelal bewerkt met filters of andere fotobewerking².

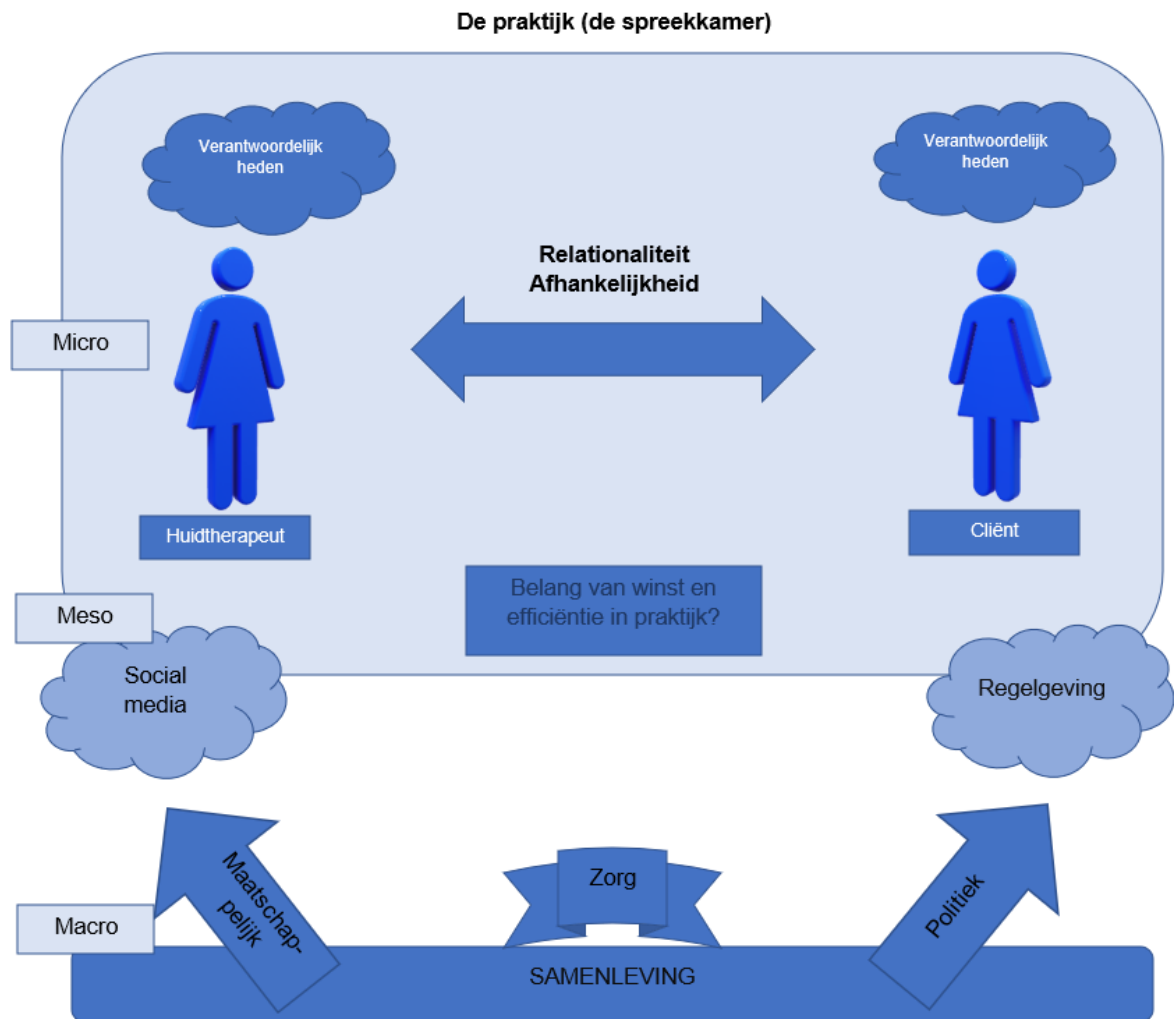
2.1.3 Efficiëntie

De samenleving heeft een politiek aspect met regelgeving waaruit hedendaagse zorg verandert door economische en instrumentele functionaliteit. Alles in de zorg moet resultaat opleveren en er mag geen tijd verloren gaan (Van Heijst, 2005). Er is een spanningsveld tussen goede zorg, de toenemende marktwerking en bureaucratie in de zorg waarbij efficiëntie en winst leidend zijn (Tonkens et al., 2013; Van Heijst, 2005). De zorgpraktijk wordt steeds vaker bedrijfsmatig ingericht. Al eerder genoemd is de regelgeving met betrekking tot de directe toegankelijkheid van de huidtherapeut die sinds 2011 is veranderd. Een efficiëntere handeling is hiermee tot stand gekomen, waarbij de cliënt enkel voor verzekerde zorg nog een bezoek moet brengen aan de huisarts. Van fundamenteel belang is de garantie voor het leveren van kwaliteit aan de cliënt. De huidtherapeut is hiervoor verantwoordelijk. In de samenleving is efficiëntie een technische term die in het kwaliteitsdenken een belangrijke plaats inneemt. Een

² <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/206722/206722pub.pdf>

verwijzing naar efficiënter werken dient soms als dekmantel voor bezuinigingen die niet een betere dienstverlening op het oog hebben (Grypdonck et al., 2019). Zorgverantwoordelijkheid wordt volgens Van Heijst (2005) steeds meer beschouwd als een juridische aangelegenheid en een protocollaire zaak. Voortbordurend op Tronto pleit zij tevens voor een andere kijk op zorg en professionaliteit. Ook van Heijst legt de nadruk op het leveren van kwalitatief goede cliëntenzorg in plaats van het maken van winst. Bij de marktwerking draait het niet om morele waarden, maar om het zo spoedig mogelijk handelen. Opgejaagd door zorgverzekeraars, heeft de zorgsector een steeds kortere adem. De zorgsector heeft volgens van Heijst (2005) steeds meer weg van een bedrijfsmatig en marktgericht model van instrumenteel-technische rationaliteit. Hierin worden handelingen en zorgberoepen van waarde wanneer zij op effectieve en efficiënte wijze doelen behalen. Zorg verlenen is principieel een morele onderneming en is niet te vatten in een economisch model (Van Heijst, 2005). Volgens Tronto (1993) draait het westers waardepatroon niet alleen om individualiteit, maar ook om onafhankelijkheid, productiviteit, zelfstandigheid, zelfontplooiing, geluk, groei, welzijn en welvaart. Een welvarende economie is de essentiële voorwaarde voor veel van deze waarden. Dit betekent dat de afhankelijke relatie, het ideaal van de zorgethiek, wordt bemoeilijkt door deze westerse waarden. Dit maakt het uitdagend om een afhankelijke opstelling te creëren van huidtherapeut naar zorgontvanger. Zoals van Heijst (2005) beschrijft moet alles in de zorg aantoonbaar resultaat opleveren. Er mag geen minuut verloren gaan en het moet rendement opleveren, wat weer terug refereert aan het westers waardepatroon van productiviteit (Tronto, 1993). Tijd en efficiëntie vooropstellen kan ten koste gaan van de relatieopbouw met de cliënt. De hedendaagse zorgverlening is door economische en instrumentele functionaliteit diepgaand getekend. Een politieke orde die alleen onafhankelijkheid en autonomie veronderstelt als de aard van het menselijk leven mist daardoor een grote menselijke ervaring.

2.1.4 De praktijk



Figuur 1. De beïnvloeding van morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut op macro, meso en microniveau.

Het bovenstaande figuur is gecreëerd ter verheldering van hoofdstuk 2.1. Het figuur is 'de praktijk', ofwel de spreekkamer van de huidtherapeut. Zorg ontstaat in de relatie tot de ander (Van Nistelrooij, 2008) daarom is in dit figuur de huidtherapeut en cliënt afgebeeld. De huidtherapeut en de cliënt zijn naar elkaar toe gedraaid omdat 'de ander zien staan' een zorgethische relatie sticht (Grypdonck et al., 2019). De pijlen wijzen tussen de huidtherapeut en cliënt naar beiden omdat zij relationeel verbonden en afhankelijk van elkaar zijn. De huidtherapeut en de cliënt hebben verantwoordelijkheden binnen deze ruimte. In deze thesis wordt onderzoek gedaan naar de geleefde verantwoordelijkheid van de huidtherapeut voor de cliënt. In figuur 1 is de samenleving als basis van verantwoordelijkheid genomen waarbij zowel maatschappelijke als politieke invloeden een rol spelen. De regelgeving van de politiek zorgt voor veranderingen in de zorg. Zoals de verandering van de directe toegankelijkheid van

de huidtherapeut in 2011. Ook het beeld van de autonome mens heeft invloed in de praktijk met betrekking tot de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut. Maatschappelijk gezien heeft *social media* een invloed op de samenleving omdat informatie snel kan worden gedeeld en de hoeveelheid mensen die ermee kan worden bereikt is toegenomen (Visser & Sikkenga, 2017). Bovenin het figuur is een micro-omgeving, dit gaat over de kracht van het individu met betrekking tot verantwoordelijk van het zelf tot de ander. In het midden een meso-omgeving met hoe verantwoordelijkheid wordt georganiseerd in de context of praktijk. Daar komt bij kijken hoe een instituut is georganiseerd zoals het belang van efficiëntie en economisch nut in een organisatie. In het onderste gedeelte is er een macro-omgeving waarbij brede maatschappelijke en politieke krachten morele verantwoordelijkheid beïnvloeden. In de wolkjes boven het hoofd van de huidtherapeut en cliënt wordt ‘nagedacht’ over hun verantwoordelijkheden. Deze verantwoordelijkheden komen samen in het theoretisch kader dat is ontwikkeld in paragraaf 2.2.5. In figuur 2 wordt hier dieper op ingezoomd.

2.2 Verantwoordelijkheid theoretisch ingebed

2.2.1 Verantwoordelijkheid volgens verschillende zorgethische auteurs

Zorg is als een verzameling van sociale praktijken geconcentreerd rond zorgrelaties (Kittay, 1999; Ruddick, 1989; Tronto, 1993, 2017; Van Heijst, 2008). Een zorgpraktijk bevat meer dan alleen een morele code van regels en voorschriften (Vorstenbosch, 2005). In meerdere ethische theorieën wordt morele verantwoordelijkheid van verschillend kanten benaderd. Zo wordt morele verantwoordelijkheid gezien als formele plicht (deontologie)³ of een deugd (deugdenethiek) die ontstaat vanuit de persoon zelf in traditionele ethische theorieën⁴.

Zorgethiek accentueert verantwoordelijkheid als een belangrijk element voor zorgpraktijken (Van Nistelrooij & Visse, 2018; Tronto, 1993; Walker, 2007; Van Heijst, 2011; Visse et al, 2015). Het garanderen van kwaliteit voor de cliënt is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener en van fundamenteel belang. Zorg ontstaat in relatie tot de ander (Van Nistelrooij, 2008). Zorgethiek ziet verantwoordelijkheid ontstaan in de zorgpraktijk zelf, situationeel en contextueel bepaald (Van Nistelrooij, 2008; Walker, 2007).

Verantwoordelijkheid wordt gezien door van Nistelrooij & Visse (2018) als iets wat men wel of niet heeft en daarover kan beslissen. Deze gedachtegang is tevens passend bij het idee dat vrijheid nodig is voor moraliteit. Als een persoon bijvoorbeeld gedwongen wordt en geen

³ Geraadpleegd op 10 oktober 2020: <https://plato.stanford.edu/entries/ethics-deontological/>

⁴ Geraadpleegd op 10 oktober 2020: <https://plato.stanford.edu/entries/ethics-virtue/>

vrijheid meer heeft kan men niet verantwoordelijk worden gehouden. (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

Relationaliteit

De relatie van mens tot mens is in zeer belangrijke mate bepalend voor wat als goede zorg ervaren wordt (Grypdonck, Vanleare & Timmerman, 2019). Volgens Walker (2007) kan een zorgpraktijk worden beschouwd als een verantwoordelijkheidspraktijk waarin mensen voortdurend antwoord geven op morele vragen in kwetsbare situaties. Zij ziet zorg als een rationeel proces dat ingebed is in bredere verknopingen van verantwoordelijkheid. Volgens haar is verantwoordelijkheid iets wat in kaart gebracht kan worden door de mate van nabijheid of afstand tot de zorgvrager na te gaan (Walker, 2007). Dit zou betekenen hoe meer nabijheid de huidtherapeut ervaart, hoe meer verantwoordelijkheid er ontstaat. Om de mate van ervaren verantwoordelijkheid inzichtelijk te maken creëerde zij een ‘geografie van verantwoordelijkheden’. Deze geografie is haar startpunt in de context, want volgens Walker ontstaat moraliteit in de praktijk en in dialoog. Deze praktijken moeten volgens haar soms wel kritisch worden bekeken, gezien het feit dat verantwoordelijkheid niet altijd rechtvaardig wordt verdeeld. In de huidtherapeutische kliniek worden tijdens een spreekuur vele cliënten gezien door de huidtherapeut. Walker (2007) geeft aan dat diegenen die fysiek het meest centraal staan in de zorgpraktijk ook als eerste verantwoordelijk worden gehouden en dat de zorgverlener ook zelf deze verantwoordelijkheid voelt.

Afhankelijkheid

Om verantwoordelijkheid te dragen en hier inhoud aan te geven, moet volgens Walker een afhankelijkheidsrelatie bestaan tussen zorgverlener en cliënt (Walker, 2007). Het is van belang dat de afhankelijkheidsrelatie ontstaat in de interactie tussen de huidtherapeut en cliënt. Een afhankelijkheidsrelatie begint met het gedachtegoed dat mensen afhankelijk van elkaar zijn in de zorg van anderen (Kittay, 1999; Tronto, 2013; Van Heijst, 2005). Volgens Van Heijst (2008) gaat het tevens over afhankelijkheid van elkaar in de zorg. Het doet ertoe of en hoe de huidtherapeut en cliënt elkaar zien en of zij elkaar echt ‘zien staan’. De hedendaagse individualistische mensvisie wil van Heijst (2008) verplaatsen naar menselijke relaties. Hierdoor wordt tevredenheid, voldoening en kwaliteit in de zorg bevorderd. Hierbij verwijst ze naar vier punten: Oog voor de context en het verloop van het proces, Afhankelijkheid die altijd asymmetrie met zich meebrengt, Kwetsbaarheid en Gevoeligheid die een rol speelt in een zorgverlener-patiënt relatie. Afhankelijkheid wordt echter vaak gezien als iets wat thuishoort in de privésfeer bij vrouwen (Tronto, 2013). Als huidtherapeut

en cliënt zich afhankelijk van elkaar opstellen, zal ook de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat met elkaar worden gedeeld. In het geval dat dit niet zo is kan de huidtherapeut huiverig zijn om mee te werken aan de behandelwens van de cliënt, omdat bij een ongewenst eindresultaat de huidtherapeut hier alleen verantwoordelijk voor wordt gesteld. Gedeelde verantwoordelijkheid is van belang om misverstanden en complicaties te voorkomen om een zo goed mogelijk eindresultaat te behalen.

In het boek 'In a different voice' schrijft Gilligan (1982) dat zij naast zorg voor anderen er ook zelfzorg is. Hierover wordt hedendaags nog steeds gediscussieerd over de relatie hiervan met altruïsme en zelfopoffering. Verantwoordelijkheid dragen betekent dat men zorgdraagt voor het betreffende belang van de ander. Deze verbinding tussen zorg en verantwoordelijkheid treft men aan bij Gilligan (1982). Verantwoordelijkheid is niet het doel van de relatie, maar vormt de basis voor zekere belangen. Verantwoordelijkheid is een gevolg van de zorgrelatie (Gilligan, 1982). Verantwoordelijkheid krijgt in de praktijk herhaaldelijk opnieuw een morele invulling vanuit verschillende perspectieven en de daaraan gekoppelde beelden. Van Dartel & Molewijk (2014) beschrijven drie dimensies van professionele verantwoordelijkheid namelijk: functionele, beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheid. Dit betreft het persoonlijk appél dat de beroepsoefenaar ervaart in de relatie met de zorgvrager die aan zijn zorg is toevertrouwd (Van Dartel & Molewijk, 2014). Hoe de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut wordt vormgegeven is zeer specifiek afhankelijk van de persoon zelf. Het gaat om de waarden en normen die iemand als individu naleeft en die een persoonlijke kleur geven aan de interpretatie van zijn verantwoordelijkheden. Er is een verband tussen beide. Het uitgangspunt voor de persoonlijke verantwoordelijkheid tegenover de zorgvrager is namelijk de persoonlijke ontvankelijkheid die iemand heeft voor het morele appél van de zorgvrager (Van Dartel & Molewijk, 2014).

2.2.2 Fases van zorgen en ethische elementen

De geïnterviewde huidtherapeuten uit het empirisch onderzoek zijn ieder in een verschillende fase met betrekking tot het leveren van zorg. In het zorgethisch model van Tronto (1993) worden deze verschillende fases besproken. In dit model wordt verantwoordelijkheid heel anders ingevuld dan in de meest hedendaagse theorieën (Van Nistelrooij, 2008). Daar komen verantwoordelijkheden voort uit verplichtingen die zijn aangegaan zoals contracten, regels en beloften. Hierbij is verantwoordelijkheid een formele zaak (Van Nistelrooij, 2008). Van Heijst (2005) vindt dat het model van Tronto weinig houvast biedt om te bepalen of er goede zorg is geleverd. Doordat het model in een chronologische volgorde is gemaakt wordt niet

duidelijk dat of betrokkenen in eenzelfde situatie totaal verschillende ervaringen kunnen hebben. Van Heijst (2005) vraagt zich af of één zorgwerkelijkheid bestaat. Gelet op de verschillende posities en standpunten van mensen. Bij het beschrijven van casussen is voornamelijk de zorgprofessional aan het woord terwijl de kant van de zorgontvanger en hun naasten vaak onderbelicht blijft. In dit onderzoek wordt wel gebruik van Tronto's fasenmodel omdat bij de fasen ook een morele houding hoort die van toepassing is op de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten. Tronto staat bekend om het verkennen van de kruispunten van zorgethiek, feministische theorie en politieke wetenschappen. Zij neemt zorgethiek als vertrekpunt van behoeftigheid van de mens. Mensen zijn kwetsbaar in hun afhankelijkheid van andere mensen. Tronto ziet zorgethiek als een essentiële politieke theorie die volgens haar gaat over rechtvaardigheid.

Met rechtvaardigheid bedoelt zij het verdelen van verantwoordelijkheden. Haar model beschrijft vijf fasen van het proces van zorgen (1993; 2013):

- I. Oog hebben voor (*caring about*),
- II. Ervoor zorgen dat (*taking care of*)
- III. Zorgen (*care giving*)
- IV. Zorg ontvangen (*care receiving*)
- V. Zorgen met (*caring with*)

Voor de bovengenoemde vijf fasen is een specifiek morele houding nodig bestaande uit vier ethische elementen, dit zijn:

- I. Aandacht (*attentiveness*)
- II. Verantwoordelijkheid (*responsibility*)
- III. Deskundigheid (*competence*)
- IV. Ontvankelijkheid (*responsiveness*)

Caring about – attentiveness

De vier genoemde morele kwaliteiten van Tronto over verantwoorde zorg kunnen worden gezien als één geheel. Zorgethiek biedt geen collectie van vast omschreven regels of principes. Het kan het best worden omschreven als een praktijk met bepaalde morele kwaliteiten. Van Heijst (2005) vindt het opmerkelijk dat er onderscheid is gemaakt tussen de eerste en derde fase, *caring about* en *care giving*. Er is overwaardering voor initiators die aan de wieg van zorginstellingen staan en zaken beleidsmatig regelen. Van Heijst (2005) geeft aan dat directe zorgverleners op de werkvloer, zelfs primair, stichters zijn. Zonder hun inzet vanaf het begin zou er helemaal geen zorgpraktijk tot stand zijn gekomen en blijven bestaan.

Mensen die het initiatief nemen in de zorg, krijgen vaak eer en inkomen voor hun werk en zijn voor het slagen in hun werk aangewezen op directe zorgverleners. Zodoende zou in de derde fase van de daadwerkelijke zorg nog meer belang worden toegekend dan Tronto momenteel in haar model doet. Volgens Tronto begint in de eerste fase van zorg (1993) deze met een situatie waarin iemand om iets of iemand geeft ofwel het oog hebben voor. Zoals bijvoorbeeld door een goed luisterend vermogen van de huidtherapeut proberen achter de precieze hulpvraag van de cliënt komen. Oog hebben voor kan ook zijn dat de huidtherapeut opmerkt dat het voor de cliënt niet de juiste tijd is om de behandeling te ondergaan bijvoorbeeld bij zijn of haar drukke bestaan. In deze fase wordt ingezien dat zorg noodzakelijk is. Als zorgbehoeften worden genegeerd, ziet Tronto (1993) dit als moreel falen. Het kan zijn dat de huidtherapeut wél graag in wil gaan op de zorgbehoefte van de cliënt en ‘oog heeft voor’ de hulpvraag van de cliënt. Echter, hoeft goede zorg niet altijd te berusten op het ingaan van de zorgbehoefte. Het willen voldoen aan de verwachtingen van de cliënt met de juiste intentie kan soms leiden tot het uiteindelijk niet ingaan op de gewilde zorgbehoefte. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met leeftijd, of een onrealistische of onhaalbare wens. Dit zou volgens Tronto (1993) kunnen vallen onder moreel falen. Daarentegen maakt zij hierbij wel een onderscheid tussen ‘onwetendheid’ (*ignorance*) en ‘onachtzaamheid’ (*inattentiveness*). Wat het verschil maakt is dat de huidtherapeut het ‘niet weet’ of het ‘niet wil weten’. Met het element ‘aandacht’ kan worden bekeken of er een noodzaak is om de cosmetische hulpvraag te beantwoorden en of deze op zijn plek is in de gevormde context van de cliënt. Aandacht is het eerste morele aspect van zorg aangezien zorg de erkenning van een behoefte vereist en dat deze moet worden behandeld. Als er niet wordt gelet op de behoeften van anderen, dan is het onmogelijk om iemand te voorzien in zijn of haar behoefte. Volgens deze norm zou in de zorghethiek het negeren van de ander ook worden gezien als moreel kwaad. Toch lijken de verleidingen om anderen te negeren, buiten te sluiten en onze zorgen uitsluitend op onszelf te richten bijna onweerstaanbaar (Tronto, 1993). Daarbij is het van belang dat er wordt gefocust op enkel de zorg voor de ander. De huidtherapeut mag zich niet laten verleiden door financieel gewin. Het element aandacht is belangrijk in de huidtherapeutische praktijk. Zoals Tronto (1993) schrijft moet men in zekere zin zijn eigen doelen, ambities, levensplannen en zorgen opschorten om aandacht te hebben voor anderen. Virtueel kunnen alle menselijke behoeften worden voorzien door middel van de ‘markt’, als we maar genoeg geld hebben is er geen reden om afhankelijk te zijn van anderen. Om de behoeften van anderen te kunnen herkennen, moet men eerst aandacht hebben voor de eigen

zorgbehoefte. Een oplossing om de aandacht ofwel oplettendheid te verhogen, is dat de zorg meer op de voorgrond moe treden in het sociale leven (Tronto, 1993).

Taking care of – responsibility

In de tweede fase *taking care of* wordt bepaald of in de zorgbehoefte tegemoetgekomen kan worden aan de cliënt. Zoals het volledig ingaan op de zorgnoden of gedeeltelijk. Ter illustratie, aan de wens van de cliënt kan niet volledig worden voldaan bijvoorbeeld bij het laseren van het gelaat met een Co2 laser. Dit is een intensieve behandeling waarbij in combinatie met zonlicht snel complicaties kunnen optreden. Wat bijvoorbeeld wel zou kunnen worden voorgesteld is een milde peeling om de huid te optimaliseren. Hierbij is er minder kans op een complicatie. Het is van belang dat de huidtherapeut zich aangesproken voelt om in te gaan op het beroep van de ander. Welke betekenis verantwoordelijkheid voor iemand heeft in een bepaalde situatie is echter afhankelijk van iemands geslacht, klasse, familiestatus en cultuur (Tronto, 1993, p. 133). Bij deze fase heeft Tronto (1993, p. 121) tevens aandacht voor *privileged irresponsibility*. Dit betekent dat het ook kan zijn dat bij deze fase derden in het spel zijn die zorgwerk delegeren. Dan zijn het niet de directe zorgverleners die bepalen of de verantwoordelijkheid voor de zorgbehoefte tot zich wordt genomen, maar bijvoorbeeld beleidsmakers en managers. Door hun positie zijn zij in staat de verantwoordelijkheid over de uitvoering van zorg aan anderen over te laten.

Bij het tweede element ‘verantwoordelijkheid’ suggereert Tronto een flexibel begrip van verantwoordelijkheid om op te concentreren. De huidtherapeut neemt de verantwoordelijkheid op zich om zelfstandig na te denken over wat een juiste morele handeling is en maakt daarbij een beslissing, zoals het wel of niet ingaan op een cosmetische hulpvraag. Zorgen maakt verantwoordelijkheid tot een centrale morele categorie. In de zorgethiek wordt verantwoordelijkheid gezien als een van de weinige concepten die constante evaluatie vereist (Tronto, 1993). In dit opzicht verschilt de zorgbenadering nogal van veel hedendaagse politieke theorieën, die de verantwoordelijkheid niet zo benadrukken. Vaak worden verantwoordelijkheden formeel opgevat als de noodzaak om aan een verplichting te voldoen. Deze verantwoordelijkheid is daarentegen geen verplichting, maar een term die is ingebed in een reeks impliciete culturele praktijken, in plaats van een reeks formele regels of beloften. Het element ‘verantwoordelijkheid’ kan de cliënt behoeden voor een onnodige of niet passende ingreep. Tronto (1993) legt verantwoordelijkheid uit als een erkenning door de zorgverlener, zoals de verantwoordelijkheid op zich nemen om iets aan de situatie te doen. Van Dartel en Molewijk (2014) schrijven dat aan die verantwoordelijkheid vervolgens alleen

maar goed vorm kan worden gegeven wanneer iemand over de competenties beschikt om daadwerkelijk iets te doen wat toereikend is. Huidtherapeuten zijn gediplomeerd in het hoger beroepsonderwijs (HBO), zij zijn moreel verantwoordelijk als handelend persoon en dragen bij aan de verantwoordelijkheid voor de cliënt.

Care giving – competence

In de derde fase staat het proces van een handeling of het feitelijk geven van zorg aan iemand centraal. Dit is het niveau van zorg zelf. Het gaat hier om zorg als activiteit en de houding die daaraan is verbonden. Op dit level is direct contact met de zorgbehoevende. De ethische kwaliteit die daarmee samenhangt is deskundigheid. Het gaat hierbij niet enkel om professionele deskundigheid maar ook om morele deskundigheid. In deze fase is de huidtherapeut tot het punt gekomen dat de cosmetische zorg daadwerkelijk wordt verleend. Bij element drie ‘deskundigheid’ gaat het over de inhoudelijke uitvoering van zorgwerk en de deskundigheid die daarbij komt kijken. Bij de huidtherapeutische zorg kan het voorkomen dat wel wordt ingegaan op de intentie om zorg te verlenen maar dat uiteindelijk toch niet aan de zorgbehoefte van de cliënt kan worden voldaan. Deskundigheid houdt in dat de zorgverlener bewust en bekwaam is in zijn of haar competenties. Hierbij kunnen ethische kwesties voorbijkomen. Deskundigheid betekent ook het herkennen van patronen en deze leren te doorbreken. Zoals bijvoorbeeld bij het Body Dismorphic Disorder (BDD) waarbij de cliënt een stoornis in de lichaamsbeleving ervaart (De Waard et al., 2015). Met de deskundigheid van de huidtherapeut kan BDD worden herkend en kan worden voorkomen dat de cliënt een cosmetische behandeling ondergaat.

In de fase *care receiving* wordt de zorg ook daadwerkelijk ontvangen en staat de reactie van de cliënt centraal. Of er goede zorg is verleend kan enkel de cliënt beantwoorden met zijn of haar perspectief. In de empirische bevindingen van dit onderzoek wordt niet per se stil gestaan bij deze fase. Gezien het feit dat onderzoek wordt gedaan naar de ervaring van de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten en niet naar de ervaring van de cliënt. Echter, is het wel zo dat de huidtherapeut diegene is die de ‘goede zorg’ moet verlenen. Door de morele verantwoordelijkheid in kaart te brengen wordt naar verwachting de zorg ook geoptimaliseerd. Ondanks, dat deze fase van groot belang is (Tronto, 1993) wordt niet dieper ingegaan op dit stadium van zorg. In dit onderzoek wordt het perspectief van de huidtherapeut belicht en niet dat van de zorgontvanger. Na het voltooien van de opleiding wordt geacht dat de huidtherapeut bevoegd en bekwaam is.

Het fasenmodel wordt afgesloten met *caring with* waarbij zorgnoden en de manier waarop ze vervuld worden consistent zijn in democratie. In de zorgpraktijk is het van belang dat iedereen in staat gesteld wordt om op een democratische manier deel te nemen. Deze laatste fase is in 2013 als laatste toegevoegd. Zorgzaamheid vindt plaats wanneer een groep mensen (bijvoorbeeld een gezin of cliënten) kan vertrouwen op een voortdurende zorgcyclus om in hun zorgbehoeften te blijven voorzien. Als dergelijke zorgpatronen zich blijven herhalen worden deze betrouwbaar en produceren ze de deugden van vertrouwen en solidariteit. Zoals het constant aanbieden van behandelingen of het beschikbaar zijn als huidtherapeut voor de cliënt Gezien wordt het belang van herhalen van zorgpatronen wat vertrouwen en solidariteit met zich meebrengt.

2.2.3 Erkenning en menslievende verantwoordelijkheid

In de zorgethiek is het bijzondere van de situatie en de context belangrijk. Met een grote interesse voor de gevoelens die daarbij komen kijken. In de zorgethiek gelden individualiteit, vrijheid, autonomie en recht niet als ordenende principes zoals in de neoliberale en kantiaanse ethiek dat wel het geval is. Het eerste zorgethische kernthema is het nadenken over wat de volwaardigheid van de zorgbehoefte is (Van Heijst, 2005). In de contextuele benadering van de zorgethiek wordt verantwoordelijkheid ingebed in het geheel van culturele gebruiken, eerder dan in regels. De context speelt een rol (Van Nistelrooij, 2008). Van Heijst (2005) geeft aan dat professionaliteit op basis van menslievendheid zou moeten zijn en dat professionele zorgverantwoordelijkheid niet alleen als procedureel en juridisch in te vullen. Van Heijst (2005) merkt op dat zorgverleners het lastig vinden om hun verantwoordelijkheid op zich te nemen zodra er zich een probleem voordoet in de zorgpraktijk. Ook schrijft Van Heijst (2005) dat zorgverleners het moeilijk vinden om verantwoordelijkheid op zich te nemen aangezien een probleemsituatie vaak wordt geherformuleerd als een vaktechnisch vraagstuk. Tenslotte, is er door de zorgverleners een houvast aan protocollen en wettelijke regels. Het in elkaars ogen bestaan is de dynamiek van erkenning. Verschillende processen in de gezondheidszorg maken dat erkenning naar de zorgverlener op de beproeving wordt genomen. De cliënt is ingeprent dat hij autonoom is en rechten heeft, waardoor hij duidelijke eisen kan stellen in hun zorgtraject. (Van Heijst, 2008) Dit kan het verantwoordelijkheidsgevoel van de huidtherapeut vergroten. Het gaat er in de praktijk fundamenteel om of je iemand ziet staan. Dat wordt aan twee kanten gevoeld (Van Heijst, 2008). De cliënt wil dat men haar of hem ziet staan. Volgens Van Heijst (2008) zou er een focus moeten zijn in de zorg op het bijzondere van elk persoon en de situatie die daarbij hoort.

Een verandering waarbij niet enkel de focus wordt gelegd op het ziekte-onderdeel dat behandeld moet worden maar een grotere aandacht voor zorg waarin het handelen zelf als doel wordt beschouwd (praxis), in plaats van een handeling waarin het doel het eindproduct is. De verantwoordelijkheid voor de zorgverlener begint bij het creëren van een ruimte waarbij zowel de zorgverlener als de cliënt zich beiden kwetsbaar durven opstellen. Dit is op initiatief van de zorgverlener om er 'te zijn' voor de zorgontvanger. Het is van belang om in de ogen van de ander ertoe te doen en om zelf iemand te zijn die bepaalt of de ander ertoe doet. Mensen hechten belang aan hoe ze worden gezien door de ander. Door naar jezelf te kijken kan je iets te weten komen over de ander. Je afstemmen op de andere persoon krijgt vorm door te herkennen dat hij of zij ook behoeften heeft, zoals eten, schone kleding, een prettige beleving of pijnbestrijding. De relatie tussen de persoon die zorg geeft en degene die zorgt ontvangt, is bepalend voor de ervaring van zorg (Grypdonck et al., 2019). De veronderstelling is dat erkenning een belangrijkere rol speelt bij cliëntentevredenheid dan we tot nu toe weten (Van Heijst, 2008). Vooralnog bestaan er geen kwaliteitsstandaarden waarin erkenning in de zorg werkelijk is opgenomen. De relatie van mens tot mens is in zeer belangrijke mate bepalend voor wat als goede zorg ervaren wordt (Grypdonck et al., 2019).

Het vertrekpunt van de morele dimensie van zorgverantwoordelijkheid wordt door Van Heijst (2005) toegelicht vanuit vier observaties. Ten eerste is de verdeling van zorgverantwoordelijkheden in de samenleving verschillend verdeeld met betrekking tot sekse, etniciteit of allochtoon-zijn. Ten tweede, mensen die zorgverantwoordelijkheid nemen, krijgen ten onrechte ook veel gemakkelijker kritiek dan de mensen die dit niet op zich nemen. Zoals bijvoorbeeld een huidtherapeut die akkoord gaat met een bepaald behandeltraject tegenover een huidtherapeut die het behandeltraject niet aandurft. Ten derde, gaat het over het beoordelen of degene zijn of haar zorgverantwoordelijkheid naar behoren neemt (Van Heijst, 2005). Hierbij rijst de vraag wie de maatstaf van morele verantwoordelijkheid bepaalt. Dit zou kunnen bestaan vanuit de zorgverlener zelf, cliënt, huisarts of dermatoloog. Als laatste, gevoelens van verantwoordelijkheid worden politiek bespeeld waardoor het moeilijk is een morele vraag aan de orde te krijgen (Van Heijst, 2005). Een zorgend beroep kan zware verantwoordelijkheden met zich meebrengen. Onder bepaalde omstandigheden kunnen huidtherapeuten voor situaties komen te staan die zij zelf niet hebben gecreëerd of gekozen. Desondanks, onttrekken zij zich hier niet aan omdat het hun werk is. Er is geen dwang om zulk verantwoordelijk werk te doen, er wordt hier juist voldoening uitgehaald. Er ontstaat een gevoel van voldoening als er een verschil kan worden gemaakt voor een ziek of een

zorgafhankelijk persoon. Beroepsmatige verantwoordelijkheid kan worden bestempeld als een praktijk van moreel relevante medemenselijkheid. Van Heijst (2005) noemt dit menslievende verantwoordelijkheid.

2.2.4 Paradigma's over verantwoordelijkheid

Tot slot, een aanvulling in dit onderzoek zijn de vier paradigma's van Van Nistelrooij en Visse (2018). Deze paradigma's over verantwoordelijkheid zijn door hen gecreëerd nadat zij verschillende conceptualisaties en betekenissen hebben onderzocht die aan verantwoordelijkheid zijn gegeven. Na het fasenmodel van Tronto en de visie van Van Heijst over menslievende verantwoordelijkheid te hebben besproken geven de vier paradigma's van Van Nistelrooij en Visse (2018) een duidelijk kader over verantwoordelijkheid. Bij Tronto (1993) gaat het voornamelijk over de ethische competenties die behoren bij verantwoordelijkheid. Van Heijst (2008) schrijft over het belang van erkenning in de zorg. Verantwoordelijkheid onderverdeeld in verschillende vormen komt aan bod in de paradigma's van Van Nistelrooij en Visse (2018). Deze bestaan uit: verantwoordelijkheid als belofte, verantwoordelijkheid als reactie op de kwetsbaarheid van een ander, verantwoordelijkheid door sociale routines en verwachtingen en verantwoordelijkheid als gegeven.

Paradigma 1: Verantwoordelijkheid als belofte (*voluntaristic moral obligation*)

Het eerste paradigma is gebaseerd op de het gedachtegoed van Kittay (1999) en op Walker (2007). In dit paradigma wordt verantwoordelijkheid gezien als een verplichting waarbij de gegeven belofte moet worden nagekomen. Die belofte is een vrije keuze maar moet vervolgens wel worden nagekomen. Verantwoordelijkheid in dit paradigma kan worden bepaald vanuit een moreel standpunt buiten de praktijk (Tronto, 1993; Van Nistelrooij et al. 2014) en past binnen een theoretisch-juridische kijk van Walker (2007) op moraliteit. Het accent bij dit paradigma ligt op de morele actor als een vrij, niet-verbonden en onthecht individu (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

Paradigma 2: Verantwoordelijkheid als reactie op de kwetsbaarheid van een ander (*vulnerability-responsive model*)

Het tweede paradigma is tevens gebaseerd op de analyse en argumentatie van Kittay (1999) en Walker (2007). Verantwoordelijkheid wordt hierin gezien als een verplichting die voortkomt uit de relatie tussen iemand in nood en iemand die de behoefte kan vervullen. In dit paradigma is verbinding van belang. Zo zegt Kittay (1999) iedereen is gelijk, want iedereen is ontstaan of geworden door iemand anders zijn zorgen. Volgens haar is ieder hetzelfde vanwege deze verbondenheid. In dit paradigma worden afhankelijkheidsrelaties en

kwetsbaarheid erkend als eigenschap van de mens en wordt er rekening gehouden dat macht een bepalend element kan zijn in sociale omstandigheden.

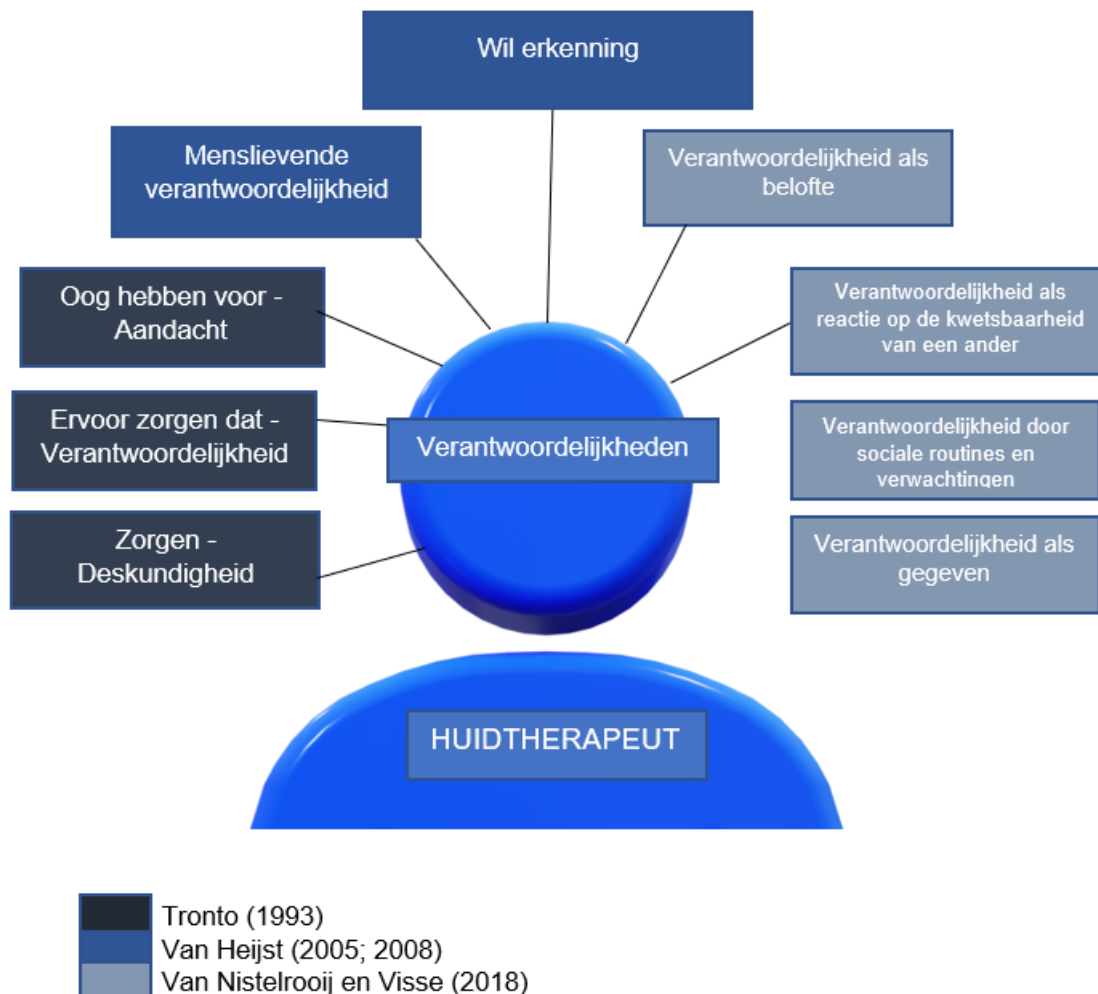
Paradigma 3: Verantwoordelijkheid door sociale routines en verwachtingen (*expressive-collaborative model*)

Het derde paradigma is gebaseerd op het paradigma van Walker (2007) maar plaatst het in een sociaal-politieke context die moreel leren inhoudt. Verantwoordelijkheid komt voort uit een sociaal onderhandelingsproces tussen mensen in praktijken die dezelfde situaties ondergaan. Morele inzichten worden verkregen door een samenspel van sociale praktijken en gekenmerkt door identiteit, relaties en de sociaal gedeelde waarden. In dit paradigma wordt verantwoordelijkheid gezien als een verwachting van de sociale omgeving. Het gaat hierbij vaak om specifieke groepen met minder macht en zeggenschap waarvan wordt verwacht dat zij deze verantwoordelijkheid tot zich nemen.

Paradigma 4: Verantwoordelijkheid als gegeven (*givenness*)

In de hiervoor drie genoemde modellen verschijnen de morele actors als subjecten die hun toegewezen verantwoordelijkheden kunnen afwijzen. Tevens als zij worden onderworpen aan sociale, culturele en politiek druk. In voorgaande paradigma's is er weinig belangstelling voor de pre-reflexieve ervaringsgebieden. Een andere manier over het denken van verantwoordelijkheid waarbij wel aandacht wordt geschonken aan het pre-reflexieve is de kijk van Franse fenomenoloog Jean-Luc Marion over gegevenheid. In het vierde paradigma is verantwoordelijkheid geen verplichting maar is dit een reactie op een oproep. Hierbij staat niet het subject maar de *'invisible call'* van de ander centraal (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Het teken, een signaal, een inzicht, een roep, beeld of geluid dat de schakel is die aanzet tot handelen. Dat wat zich voordoet, het verschijnsel wat relationaliteit benadrukt tot het punt waarop men niet langer 'één' is. Dit paradigma over verantwoordelijkheid biedt zicht op de passieve, receptieve dimensie van het menselijke bestaan en verbreedt de horizon van verantwoordelijkheid in zorgpraktijken (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

2.2.5 De verantwoordelijkheden van de huidtherapeut



Figuur 2. Theoretisch kader

In het bovenstaande figuur komen de morele houdingen en verantwoordelijkheden samen die in de theoretische bevindingen naar voren zijn gekomen. Figuur 2 kan worden gelezen van links naar rechts met in het donkerblauw de fases en elementen van goede zorg volgens Tronto (1993). De laatste twee fases van Tronto *care receiving* en *caring with* komt niet voor in figuur 2 omdat het eerste gaat om de cliënt en het tweede omdat dit gaat over de zorgpraktijk als voortdurende zorgcyclus. De eerste drie fases met de daarbij behorende elementen zijn wel van toepassing op de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.

Vervolgens boven het hoofd van de huidtherapeut zijn menslievende verantwoordelijkheid en wil erkenning van Van Heijst beschreven als aspecten van de verantwoordelijkheden van de huidtherapeut. Menslievende verantwoordelijkheid is beroepsmatige verantwoordelijkheid die

kan worden gezien als moreel relevante medemenselijkheid. Er is geen plicht om verantwoordelijk werk te doen. Er ontstaat voldoening als er een schil kan worden gemaakt voor de ander. Van Heijst schrijft (2008) dat verantwoordelijkheid begint bij het creëren van een ruimte waarbij beiden echt worden gezien. Zodoende zijn menslievende verantwoordelijkheid en wil erkenning toegevoegd in figuur 2.

Deze paradigma's zijn aan de rechterkant van het figuur zijn toegevoegd om een helder kader te creëren over hoe verantwoordelijkheid kan worden getriggerd. Dit kan zijn dat verantwoordelijkheid voortkomt uit een belofte, als reactie op kwetsbaarheid, door sociale routines en verwachtingen of als gegeven.

2.3 Conclusie

Uit het theoretisch onderzoek blijkt dat zorg een politiek en maatschappelijk aspect heeft. Politiek gezien heeft de regelgeving een invloed op de huidtherapeutische praktijk zoals het ingaan van de directe toegankelijkheid. Op maatschappelijk niveau heeft *social media* een invloed op de relatie tussen huidtherapeut en cliënt. Figuur 1 is een overzicht van externe invloeden op macro, meso en microniveau. In figuur 2 zijn de verantwoordelijkheden van de huidtherapeut verder uitgewerkt.

Efficiëntie in de zorgpraktijk neemt een steeds belangrijkere plaats in (Van Heijst, 2005). Daarnaast zijn er westerse waarden die draaien om individualiteit, onafhankelijkheid en productiviteit. Door deze waarden wordt de afhankelijkheidsrelatie bemoeilijkt (Tronto, 1993). In het theoretisch kader is te zien dat niet enkel de cliënt afhankelijk is van de huidtherapeut maar de huidtherapeut ook afhankelijk is van de cliënt. Het belang van een afhankelijkheidsrelatie begint met het idee dat mensen afhankelijk van elkaar zijn in de zorg van anderen (Walker, 2007; Kittay, 1999; Tronto, 2013; Van Heijst, 2005). Deze interactie zorgt voor een verantwoordelijkheid voor elkaar. Concluderend, kan verantwoordelijkheid niet worden neergelegd bij de een of de ander. Dit is een samenspel van verbondenheid, afhankelijkheid en is geen plicht maar een reactie op de roep van de ander. De relatie tussen de huidtherapeut en cliënt is bepalend voor de mate van verantwoordelijkheid. Hoe beter de relatie, hoe meer verantwoordelijkheid wordt ervaren (Walker, 2007). Verantwoordelijkheid is niet het doel van de relatie vormt een basis voor zekere belangen (Gilligan, 1982). Behalve dat de huidtherapeut een verantwoordelijkheid draagt in de praktijk, blijkt uit de theorie dat de cliënt ook een eigen rol heeft in de verantwoordelijkheid. Zoals zorg ontvangen en hier ook ontvankelijk voor zijn.

Tronto (1993) schrijft dat het verdelen van verantwoordelijkheden het zorgproces rechtvaardigt. Hieruit kan worden opgemaakt dat het verdelen van de verantwoordelijkheden tussen huidtherapeut en cliënt rechtvaardig is. Voor Tronto is een zorgpraktijk een verzameling van sociale zorgrelaties. Mensen zijn volgens haar kwetsbaar in hun afhankelijkheid van andere mensen. Het zorgethisch model van Tronto beschrijft vijf fases voor het proces van zorgen (1993; 2013). De eerste drie fases zijn het meest van belang voor de huidtherapeut aangezien deze om de zorgverlener gaan en niet om de praktijk of zorgontvanger. Dit is de fase van oog hebben voor (*caring about*), ervoor zorgen dat (*taking care of*), zorgen (*care giving*). Bij de verschillende fases hoort ook een ethische houding waarbij aandacht (*attentiveness*), verantwoordelijkheid (*responsibility*) en deskundigheid (*competence*) het meest relevant zijn voor morele verantwoordelijkheid. De competentie ontvankelijkheid (*responsiveness*) wordt niet meegenomen gezien dit gaat over dat de cliënt en diegene die klaar is om de zorg daadwerkelijk te ontvangen.

Volgens Van Heijst is het van belang professionele verantwoordelijkheid niet alleen procedureel en juridisch in te vullen. Ook de aandacht hebben voor context voor het handelen van de mens en de gevoelens die daarbij komen kijken zijn van belang (Van Heijst, 2005). Naast Tronto legt ook van Heijst (2005) de nadruk op het leveren van kwalitatief goede zorg in plaats van het maken van winst. De huidtherapeut en cliënt zijn afhankelijk van elkaar in een zorgrelatie. Verantwoordelijkheid begint bij het creëren van een ruimte waarbij beiden echt worden gezien (Van Heijst, 2008). De relatie tussen beiden is zeer bepalend voor de ervaring van zorg (Grypdonck et al., 2019). Tronto (1993) schrijft over de fases en elementen die horen bij zorg en van Heijst schrijft over menslievende verantwoordelijkheid en erkenning. Ontbrekend hierin zijn de verschillende soorten van verantwoordelijkheid. Van Nistelrooij en Visse (2018) beschrijven deze door middel van vier paradigma's. De paradigma's bestaan uit: verantwoordelijkheid als belofte, verantwoordelijkheid als reactie op de kwetsbaarheid van een ander, verantwoordelijkheid door sociale routines en verwachtingen en verantwoordelijkheid als gegeven.

Er kan worden geconcludeerd dat het bij de verantwoordelijkheden van de huidtherapeut om verschillende lagen gaat zoals fases, houdingen en verantwoordelijkheden. Volgens de theoretische bevindingen is het van belang morele houdingen aan te nemen volgens Tronto (1993) zoals aandacht, verantwoordelijkheid en deskundigheid. Daarnaast is erkenning in de zorg voor zowel huidtherapeut als cliënt van belang volgens Van Heijst (2008). De paradigma's over verantwoordelijkheid (Van Nistelrooij & Visse, 2018) zijn een aanvulling in

dit onderzoek en zorgen voor een steviger kader voor de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen.

3. BENADERINGEN EN METHODE

Naast de probleemstelling en relevantie in het vorige hoofdstuk, wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de benadering en de methode van dit onderzoek. Voorts wordt de dataverzameling als data-analyse gepresenteerd voor zowel het empirisch als theoretische gedeelte. Tot slot, worden de ethische overwegingen beschreven.

3.1 Onderzoeksbenadering

Zorgethiek als morele filosofie gaat uit van een relationele ontologie waarin contextualiteit essentieel is voor morele kennis (Hamington, 2012). Zorgethisch onderzoek bestaat uit empirisch onderzoek in (zorg)praktijken die zich bevinden in een socio-politieke context (Leget et al., 2017). In dit onderzoek wordt uitgegaan van een sociaal constructivistisch wereldbeeld, deze stroming wordt ook wel interpretivisme genoemd (Creswell & Poth, 2018). Hierbij is het ontologische standpunt en de overtuiging dat er meerdere waarheden zijn. In dit wereldbeeld geven mensen subjectieve betekenissen aan hun ervaringen vanuit relaties met anderen en door culturele en historische normen (Creswell & Poth, 2018). Het vertrekpunt in het sociaal constructivisme is het individu, maar invloeden van sociale, historische, culturele, maatschappelijke en politieke factoren op het leren en kennen van het individu worden erkend en meegewogen (Smaling, 2010, p. 24). Het zorgethisch en sociaal constructivistisch paradigma vullen elkaar aan en leent zich goed voor zorgethisch onderzoek. Deze stellen zowel de empirische ervaring als de theorie centraal. Zorgethiek is gevestigd op het idee van overtuigingen dat morele inzichten sociaal en cultureel zijn ingebed (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). In dit onderzoek wordt gekeken naar de betekenis van de *critical insights* relationaliteit, contextualiteit en machtsposities (Leget et al., 2017) en het concept verantwoordelijkheid kan een koppeling worden gemaakt naar wat deze kennis voor goede zorg betekent ten aanzien van het uitvoeren van cosmetische behandelingen voor de cliënt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de lemniscaat van de Utrechtse zorgethiek waarbij een dialectische relatie gelegd wordt tussen theorie en empirie.⁵

3.2 Onderzoeksmethode

Om inzicht te krijgen in de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten is de narratieve onderzoeksmethode gehanteerd. Door middel van verhalen kan inzicht worden verkregen in de complexe en onzichtbare wereld van de 'ander' (Mattingly & Lawlor, 2000). Door middel van het analyseren van verhalen wordt de geleefde ervaring in kaart gebracht (Leget et al.,

⁵ Powerpoint college ZEB-40, V. Baur, 03 september 2020

2017; Visse, 2014). In narratief onderzoek wordt er gefocust op het verhaal. De onderzoeker heeft een eigen opvatting over de relatie tussen zichzelf en de respondent. Daarnaast is de narratief onderzoeker voornamelijk geïnteresseerd in particuliere kennis: lokale, tijd- en context gebonden kennis. Met de veronderstelling dat het ‘grote’ zich in het kleine bevindt (Visse, 2014). De onderzoeker heeft samen met de respondenten niet verhalen in het verleden weerspiegelt, maar gereconstrueerd (Riessman, 2008). Het gaat zowel om geconstrueerde verhalen, als om de geleefde ervaring van mensen (Visse, 2014). Door in dialoog te gaan met de huidtherapeuten is er een verhaal tot leven gecreëerd. Wat waardevolle inzichten heeft geboden over wat zij verstaan over goede zorg en hun ervaring van morele verantwoordelijkheid. Door hun verhaal is inzicht verkregen in hoe zij morele verantwoordelijkheid interpreteren en hoe zij bepaalde afwegingen maken met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen. Hierdoor werd het mogelijk om te begrijpen wat er wordt verstaan onder ‘morele verantwoordelijkheid in een huidtherapeutische *setting*’. Deze zijn in kaart gebracht tijdens het narratief onderzoek.

3.3 Dataverzameling

Allereerst wordt dit onderzoek gestart met het noteren van de eigen interpretaties, voorkennis en ervaringen, in het kader van reflexiviteit. Voor het empirisch onderzoek zijn negen huidtherapeuten benaderd voor deelname aan het onderzoek. De werving vond plaats door te zoeken in het eigen netwerk van collega’s, oud-collega’s en oud medestudenten en kennissen. De respondenten die werden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek moesten aan de volgende criteria voldoen:

- Zij hebben de fulltime Hoger Beroeps Onderwijs (HBO) opleiding huidtherapie volbracht en zijn werkzaam of werkzaam geweest in een cosmetische kliniek.
- De huidtherapeut heeft meer dan drie jaar werkervaring. Gezien zij naar verwachting meerdere ethische casussen hebben ervaren die zijn afgespeeld in de praktijk.

In totaal zijn zeven interviews gevoerd waarvan vijf interviews online via Teams en twee interviews offline die hebben plaats gevonden in de kliniek. Er was een voorkeur om alle interviews op locatie uit te voeren. Echter, door de komst van COVID-19 was dit te allen tijde niet haalbaar. De interviews met de huidtherapeuten betrof een laagdrempelige, gemoedelijke vorm, die semigestructureerd is afgenomen (Johnson & Parry, 2015). Deze manier van interviews afnemen is passend bij de narratieve onderzoeksmethode waarbij het gesprek niet bestaat uit enkel vraag en antwoord (Riessman, 2008). Voor de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst met suggesties van vragen. Er is gekozen voor een topiclijst om niet

voorafgaand al een richting te geven aan de antwoorden. Om vooringenomenheid zoveel mogelijk te voorkomen zijn de vragen niet in een vaste volgorde gesteld om zo het informele gesprek te voeden en te kijken welke richting het gesprek heen buigt. De topiclijst is onderverdeeld in vier thema's bestaande uit: Tronto, verantwoordelijkheid, Van Heijst en schoonheid. In bijlage 1 is de opzet van het interview terug te lezen en in bijlage 2 een overzicht van de respondenten.

Voor het beantwoorden van de theoretische deelvraag werd gebruik gemaakt van de boeken 'Caring Democracy: Markets, equality, and justice (2013), *Moral Boundaries: A political argument for an ethics of care*' (1993) van Joan Tronto, 'Menslievende zorg' (2005) en 'Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning' (2008) van Annelies van Heijst. Deze literatuur werd aangevuld met artikelen die te vinden zijn met de zoekmachine *Google Scholar*. Hierbij werd gezocht met de zoektermen: *analyzing in qualitative research, care ethics, medical ethics, ethiek en plastische chirurgie, ethiek en huidtherapie, ethics and aesthetic surgery, moral responsibility, morele verantwoordelijkheid, morele verantwoordelijkheid plastische chirurgie en narratief analyseren*. Met deze zoektermen is literatuur verkregen door middel van de 'sneeuwbal' methode. Zowel boeken, als *online journals* zijn hiervoor gebruikt. Tot slot is er gebruik gemaakt van het beroepsprofiel van de huidtherapeut om de maatschappelijke probleemstelling aan te scherpen.

3.4 Data-analyse

Om inzicht te krijgen in wat de betekenis is van de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten is gekozen om gebruik te maken van een thematische narratieve analyse. Riessman (2008) geeft hierbij aan dat de focus voor deze benadering ligt op datgene wat er gezegd is, waarbij het verhaal intact wordt gelaten. Bij deze narratieve onderzoeksmethode hoeft het stappenplan niet concreet te worden gevolgd (Creswell & Poth, 2018; Johnson & Parry, 2015; Riessman, 2008). Deze analyse is langzaam en met aandacht voor nuances, context en beïnvloedende discoursen van het narratief (Riessman, 2008; Visse, 2014). De narratieve data-analyse is gebaseerd op de methode/stappenplan van Creswell & Poth (2004), Riessman (2008) en Visse (2014).

3.4.1 Sensitizing concepts

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van *sensitizing concepts* om zo richting te geven aan zorgethische belangrijke aspecten. Deze voorlopige concepten werken als attenderende begrippen in de analyse van het onderzoek (Boeije, 2008; Given, 2008). Waarmee als eerste een kader kan worden gecreëerd voor het analyseren van de dataverzameling (Given, 2008).

Waar definitieve concepten voorschrijven wat te zien is, suggereren *sensitizing concepts* alleen maar richtingen waarlangs gekeken moet worden (Bowen, 2006). De volgende *sensitizing concepts* zijn opgesteld om in dit onderzoek te fungeren als gevoeligmakende concepten tijdens de data-analyse: aandacht, ervaring, verantwoordelijkheid, inter-relationale autonomie, contextualiteit, relationaliteit, lichamelijkheid, kwetsbaarheid, machtsverhoudingen, patiënt-zorgverlener relatie, afhankelijkheid, gender, behoeften/behoefte, nood en schoonheid. De bovengenoemde *sensitizing concepts* bieden een manier om ervaringen te zien, te organiseren en te begrijpen, ze zijn ingebed in disciplinaire accenten en perspectivische neigingen (Bowen, 2008).

3.4.2 Narratieve data-analyse

De data-analyse bij narratief onderzoek bestaat uit vijf fasen (Visse, 2014). Echter, is deze narratieve analyse flexibel en bestaat niet uit een vastomlijnd proces (Creswell & Poth, 2018; Johnson & Parry, 2015; Riessman, 2008). De volgende stappen in dit onderzoek zijn doorlopen:

I. Het actief luisteren naar de respondenten

Nadat er tijdens het interview getracht is zo goed mogelijk te luisteren naar de respondent is er na het transcriberen de audio opname opnieuw beluisterd met het transcript daarbij.

Ditmaal was er meer tijd om actief te luisteren naar bijvoorbeeld hoe iets wordt gezegd, zoals nadrukkelijk, met een andere toonhoogte en/of snelheid. Hierdoor kreeg ik een beter inzicht in welke informatie voor de respondent van belang was.

II. Het transcriberen van de verzamelde data

De interviews met de huidtherapeuten zijn met behulp van het programma Amberscript getranscribeerd. De contextualiteit van het verhaal maak de dataverzameling van het onderzoek meer volledig (Visse, 2014), zodoende is de tekst aanvullend getranscribeerd zoekende naar onopgemerkte details.

III. Coderen

Er is gestart met het coderen door middel van het maken van een codeboek per interview. In totaal zijn zeven codeboeken geschreven, bestaande uit vier hoofdthema's, open codes en axiale codes. De hoofdthema's bestonden uit dezelfde thema's als die gebruikt zijn voor de topiclijst. Vervolgens is gezocht naar overkoepelende codes, patronen en samenhang tussen de interviews. Een uitwerking hiervan leidt tot een descriptieve weergave van de ervaring van morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten ten aanzien van cosmetische behandelingen. In bijlage 3 is er een fragment uit een codeboek opgenomen.

IV. Hervertellen

In deze stap is gelet op de balans-in-inhoudt, waarbij wordt gekeken naar welke informatie verschijnt en wanneer (Visse, 2014). Na ieder interview heeft er een *membercheck* plaatsgevonden waarbij de huidtherapeut is gevraagd of de omschrijvingen, interpretaties en conclusies juist zijn begrepen door de onderzoeker.

VI. Het verhaal afstemmen met de respondenten en afsluiten

De huidtherapeuten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek gaven aan dat ze het belangrijk vinden om hun privacy goed te waarborgen. Met een hervertelling zouden details kunnen worden prijsgegeven. De rijke citaten die worden gebruikt in het onderzoek zijn verbonden aan de thema's.

Om de data-analyse naar een hoger niveau te tillen is er getracht om de theoretische en empirische bevindingen weer te geven in figuren. In het analyseproces ontstond er een gelaagdheid rond de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten. Uiteindelijk, fungeren de figuren als kader voor de zorgethische discussie.

3.5 Ethische overwegingen

Tijdens het onderzoek is nauwkeurig en integer omgegaan met de gevoelige informatie die de huidtherapeuten met de onderzoeker hebben gedeeld. Er is gevraagd aan de huidtherapeuten om een toestemmingsformulier te ondertekenen voorafgaand aan het interview. In het onderzoek worden de huidtherapeuten aangeduid met H1 t/m H7 en verdere persoonlijke verwijzingen worden geanonimiseerd. De verzamelde data zullen worden opgeslagen op een beveiligde netwerkschijf van de Universiteit voor Humanistiek. Het uiteindelijke onderzoeksverslag wordt gedeeld met de respondenten. Gedurende het hele onderzoek en ook daarna is de onderzoeker bereikbaar voor vragen of opmerkingen van de respondenten.

4. INZICHTEN UIT EMPIRISCH ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de narratieve deelvraag: Hoe ervaren huidtherapeuten hun morele verantwoordelijkheid ten aanzien van cosmetische behandelingen in de praktijk?

In het eerste deel van het hoofdstuk worden de visies van de huidtherapeuten belicht met betrekking tot wat zij verstaan onder goede zorg. In dit empirisch onderzoek zijn vijf van de zeven geïnterviewde huidtherapeuten in loondienst en hebben twee van hen een eigen kliniek zonder personeel. Allen van hen werken gedurende de dag zelfstandig en alleen in de spreekkamer. In dit hoofdstuk wordt het begrip verantwoordelijkheid toegelicht door het aanbod te brengen van verschillende thema's om zo'n beeld te schetsen van de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut. Er wordt getracht zo dicht mogelijk bij de letterlijke tekst te blijven. Gedurende het hoofdstuk worden verschillende gelijkenissen en verschillen gepresenteerd.

4.1 Wat is goede zorg?

Met de zorgethische vraag: "Wat is goede zorg?" werd ieder interview gestart. Door zes van de zeven huidtherapeuten werd deze vraag beantwoord met: het ingaan op de wens van de cliënt. Uit de narratieven blijkt dat het luisteren naar de cliënt een grote rol speelt voor het leveren van goede zorg, dit wordt dan ook meermaals benoemd door de respondenten. 'Om mensen echt goed te helpen, wordt goed doorgevraagd', zo betoogt een huidtherapeut. Extra vragen worden gesteld ook als deze niet nodig zijn zodat de cliënt zich echt gehoord voelt. Het volgende citaat is de enige van de zeven huidtherapeuten die niet als antwoord geeft de cliënt in de behoefte te voorzien.

Zorg bieden waar de cliënten beter van worden, zorg dat kritisch en onderbouwd is, dat je niet zomaar wat doet. Dat je handelt naar je kunnen, je professionaliteit. (H2)

Verder wordt goede zorg aangevuld met een realistisch beeld creëren en een breed spectrum aan behandelopties geven. Scholing, bekwaamheid en bevoegdheid spelen tevens een rol. Het is van belang de tijd te nemen voor de cliënt, hem of haar het woord te geven en op het gemak te stellen. In het citaat hieronder wordt nog verder aangevuld wat goede zorg is.

Ik denk dat ik goede zorg toch wel vind als ik cliënten bij mij in de praktijk krijg waarbij ik eigenlijk op alle vlakken kan verantwoorden waarom ik dat doe. Dus zo wel productverkoop als behandelingen en ook de passende adviezen daarbij. En vooral de cliënt eigenlijk daarin zelf aan het woord laten. Dus ik benoem niet per se wat ik zie of

wat ik denk dat anders moet, maar degene moet echt zelf met een hulpvraag bij mij komen. (H4)

Tenslotte wordt het samen creëren van een hulpvraag en de voor- en na delen bespreken benoemd. Wordt een cosmetische behandeling niet passend geacht voor de levensfase waarin de cliënt zich bevindt dan helpt de huidtherapeut met het anders formuleren van de juiste hulpvraag.

Dus daar ga ik wel een beetje sturen, denk ik, en kijken wat passend is of niet. En als iemand bijvoorbeeld zich niet wil houden aan het protocol wat daaraan vastzit, dan ben ik ook iemand die dat dan niet gaat doen. Dan gaat ze geen gewenst resultaat krijgen. En dan krijg jij dat dan weer terug als behandelaar. Ja, dat is dan niet optimaal leveren van goede zorg. (H7)

De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt lijkt ook een rol te spelen. Zoals de cliënt niet wil voldoen aan het protocol met de eventuele gevolgen van dien leidt dit tot geen behandeling. Maar volgens de huidtherapeut leidt dit uiteindelijk wel tot goede zorg.

4.2 Verschuiving van verantwoordelijkheid?

Vier van de respondenten gaven aan dat de directe toegankelijkheid geen invloed heeft op de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.

Ik denk het niet. Nee, want ik merk toch ook wel dat je alsnog ook wel veel binnenkrijgt op verwijzing. En natuurlijk je hebt ook mensen die je gewoon direct vinden. Maar ik merk dat dat vaak ook wel een iets minder complexe zorgvraag is. (H1)

Wel wordt aangegeven dat de drempel door de verandering van de directe toegankelijkheid lager is geworden voor de cliënt en er wellicht een ook verschuiving is geweest van de schoonheidsspecialist naar de huidtherapeut.

Ik denk dat het laagdrempeliger is geworden, dus ik denk dat mensen sneller naar een huidtherapeut gaan. Anders waren deze mensen misschien wel bij een schoonheidsspecialist terechtgekomen. Misschien is daar wel een verschuiving geweest, dat weet ik eigenlijk niet, maar dat zou best kunnen dat er is een verschuiving is geweest in de van de schoonheidsspecialist naar de huidtherapeut. (H7)

Tevens wordt aangegeven dat ondanks de directe toegankelijkheid de cliënt alsnog naar de huisarts moet voor een verwijzing om een vergoeding van de zorgverzekering te ontvangen.

Eén huidtherapeut geeft aan niet te weten of er sinds de directe toegankelijkheid van huidtherapie, behalve de rode vragenlijst, veel veranderd is voor huidtherapeuten. Met één huidtherapeut is dit niet besproken en één huidtherapeut vindt dat er wel een verandering heeft plaatsgevonden in de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut sinds de directe toegankelijkheid.

Ja, ik denk dat je wel beter moet screenen. Maar ook bijvoorbeeld in het psychologische stukje want dan neigt richting BDD. Dat men van alles ziet, maar dat je zelf zoiets hebt van dat zie ik eigenlijk niet. Ik denk met de directe toegankelijkheid dat mensen wel meer vrijheid hebben om daarin meer te zoeken naar iemand die van alles voor ze wil doen. Omdat ze wel een groot probleem hebben bij wijze van. En zonder die directe toegankelijkheid werd dat psychologische aspect al eerder getackeld door bijvoorbeeld een huisarts. En ik vind dat je daar als huidtherapeut wel meer verantwoordelijkheid in draagt en dat je daar niet in doorslaat. Zeker als je in de cosmetische zorg werkt. (H6)

Een andere huidtherapeut geeft aan dat voor haar gevoel cosmetische indicaties niet goed worden begrepen en snel worden weggewuifd in een regulier ziekenhuis.

Dus ik denk juist door die directe toegankelijkheid dat mensen het zeer prettig vinden dat ze eigenlijk alleen maar de stap naar jou hoeven te maken. Zonder verwijfsbrief, zonder heel hoge kosten. (H4)

Een andere verandering die heeft plaatsgevonden is het wereldbeeld van schoonheid. *Social media* lijkt te zorgen voor een veranderd wereldbeeld waar jonge mensen door worden beïnvloed. Een huidtherapeut geeft aan dat cosmetische behandelingen worden genormaliseerd omdat hier door ons allen aan mee wordt gewerkt. Zij geeft aan dat er in het begin van haar carrière een beduidend verschil te zien met het aantal jonge meiden dat naar de kliniek komt.

Bij mijn vorige werk deden ze ook wel lipfillers op zeventien- en achttienjarigen. En toen dacht ik nog niet eens van: ik wil volle lippen. En nu is dat allemaal heel gewoon bij zulke dingetjes dus het wordt ook allemaal gewoon genormaliseerd omdat iedereen daaraan meewerkt. (H5)

Een andere huidtherapeut geeft aan dat er ook een verandering plaats heeft gevonden in het wereldbeeld van jonge mensen. Het lijkt erop dat de huidtherapeut hierin een morele verantwoordelijkheid draagt.

Ik vind ook dat de jeugd best wel een ander wereldbeeld heeft dan toen ik 17 was. Dat verandert ook. Dus als je je lippen hebt laten opspuiten, botox zou hebben of je borsten hebt laten vergroten. Dan kan ik me ook voorstellen dat jouw beeld bij een fractionele laser is van nou ja.. dat doen we even tussendoor. Je ziet daar wel een andere type generatie, denk ik. Ik denk dat dat alleen maar erger wordt. (H7)

4.3 Oog hebben voor - Ervoor zorgen dat - Zorgen

Wat veelal naar voren komt tijdens de interviews met de huidtherapeuten is het belang van het luisteren naar de cliënt en transparantie. Eerlijkheid vormt verantwoordelijkheid voor beiden, voor zowel cliënt als zorgverlener.

Dan is er vaak ergens anders een complicatie opgetreden en dan komen ze bij mij met alsjeblieft help me. Dan voel ik die verantwoordelijkheid zeker wel, zeker als iemand huilend tegenover je zit, of je dan niet alsjeblieft een oplossing hebt. Die oplossing is er dan ook niet altijd. Eerlijkheid is dan gewoon de clou. Zeggen wat je weet. (H6)

De ervaring van morele verantwoordelijkheid in de huidtherapeutische kliniek wordt verschillend omschreven. Een huidtherapeut zegt bijvoorbeeld tegen de cliënt:

Wanneer u tevreden bent, ben ik dat ook. (H4)

Maar is ook degene die zegt als behandelaar:

Nou dit was voorlopig de laatste en we pakken het over een half jaar of jaar weer op. In die zin ben je best wel een bepalende factor daarin door te zeggen: “Nu is het tevreden of naar wens”. (H4)

Dit wordt gedaan om grenzen aan te geven en cliënten te behoeden voor het alsmaar meer en nieuwe cosmetische behandelingen. Wat de afbakening is om de ene cliënt wel te behandelen en de ander niet werd duidelijk omschreven door het onderstaande citaat.

De verwachting van de cliënt voor mij. (H3)

Op de huidtherapeut strenger is geworden naar de cliënt toe met betrekking tot de cosmetische mogelijkheden de afgelopen jaren werd wisselend gereageerd. Meer dan de helft zegt minder streng te zijn geworden naar de cliënt toe. Eén van de redenen was het voorheen werken in loondienst. Er werd dan niet behandeld in de zomer in verband met zonlicht. Maar als zelfstandig ondernemer is dat anders.

Nu werk ik voor mezelf en zeker in het begin dan heb je gewoon cliënten nodig, dus dan ben je toch eerder geneigd van kan wel. Dus veranderd die grens wel iets. En dat heeft ook te maken met dat je gewoon je brood ook moet verdienen. (H3)

Ook een andere huidtherapeut geef aan makkelijker te worden met het uitvoeren van cosmetische behandelingen gedurende de jaren, maar dit is ook afhankelijk van de situatie.

Als mensen vragen dan zeggen van: "Ik heb echt super erge rimpels, vind je ook niet? Of is het erg wat ik heb?" Dan zeg ik ook altijd van: "Wat vind je erg?" Dat bepaal jezelf en wil je er dan iets mee dat is ook iets wat jezelf bepaalt. Als jij je er goed bij voelt dan moet je er iets bij doen. Maar ja, uiteindelijk is het niet aan mij of je het erg vindt, wel of niet. Als iemand bij mij komt met een lijntje die hij of zij wel erg vindt, dan is het niet per se aan mij om te zeggen dat valt wel mee. Als degene dat wel erg vindt. Ja het is dan meer mijn taak om voorlichting te geven over wat dan eventuele behandel mogelijkheden zijn. (H3)

Bij de vraag of de respondenten zich bewust zijn van de impact op iemands leven door middel van een behandeling, vertelt een huidtherapeut hoe zij hier mee omgaat:

Wat ik altijd zeg als ik iemand hebt die zegt: nou mijn omgeving zegt het valt allemaal wel mee. Dan zeg ik ja, maar je doet het toch voor jezelf. Wie ben ik dan om te zeggen, moet je ook niet doen. Dan zeg ik er wel bij, ik vind het zelf ook niet zo storend, maar als jij je eraan stoort en je voelt je beter als het weg is. Waarom zou je het niet doen? (H2)

De cosmetische behandelingen bij de huidtherapeut worden ook wel gezien als een stap voor de plastisch chirurg, maar dan minder ingrijpend. Zoals bijvoorbeeld met peelings of een Co2 laser. Hiermee kan de cliënt al zelfvertrouwen krijgen.

Omdat je echt aan huidverbetering kan doen en je niet iets operatief hoeft te doen, wat bijvoorbeeld veel ingrijpender is dan een peeling. Ik zie dan wel vaak dat mensen een stuk zelfverzekerder de deur uitlopen. Dus ik vind dat een hele mooie manier van behandelen, wat niet per se heel ingrijpend is. Dat is dan toch vaak waar het om draait dat mensen gewoon onzeker zijn over pigmentvlekjes of over een lijntje of zo. Dan vind ik het heel mooi als een tussenstap voordat mensen zich laten opereren. Dat ze een peeling doen en daarmee al superblij zijn. En dat ze dan een operatie eigenlijk niet meer nodig vinden. (H6)

Soms is doorverwijzen van een cliënt wel nodig voor het leveren van goede zorg. Met als voorbeeld dat een cliënt drie keer een behandeling kan ondergaan bij de huidtherapeut of één keer een operatie ondergaat bij een arts. Het lijkt erop dat het behalen van resultaten in de cosmetische zorg leidt tot goede zorg.

En dan zeg ik ook wel van: ja, hier ga je niet blij van worden. Ik begrijp wel wat je wil, maar je bent beter af als je naar een arts toe gaat. (H3)

Een andere huidtherapeut benoemt dit ook. In een geval dat niet thuishoort in de huidtherapeutische praktijk wordt doorverwezen naar een andere discipline. Echter, heeft de cliënt hier soms geen oren naar.

En dan denk ik wel is als ik jou nu ga behandelen dan word je of niet tevreden of het werkt gewoon niet. En dan zeg ik wel eens je mag ook naar een andere kliniek waar ze het wel aandurven. Ik zeg ook vaak wel eerlijk: als ik iets niet wil behandelen of iets niet aandurf dan zeg ik ook van ja, misschien dat mijn collega 's wel willen maar ik ga hier niet aan beginnen, want als het fout gaat, dan mag ik op de blaren zitten. (H5)

Bij deze huidtherapeut wordt verantwoordelijkheid mede gecreëerd door de gevolgen daarvan. Opvallend tijdens het empirisch onderzoek is dat twee respondenten uit eigen initiatief en los van elkaar verslavingsgevoeligheid benoemen. Met die gevoeligheid voor het als maar meer behandelingen willen ondergaan moet volgens hen bewust mee worden omgegaan. Dit gaat bijvoorbeeld als volgt:

Wat ik natuurlijk wel heel erg merk binnen de huidtherapie is dat er ook wel een stukje verslavingsgevoeligheid in zit. Ze beginnen bijvoorbeeld met een oksel en denken: nou, dit is wel handig. Nou, ik ga ook voor bikinilijn en doe de benen ook maar. Mensen komen vaak voor één ding binnen en als je ze niet remt dan komen ze bij wijze van spreken voor alles. (H1)

Tevens speelt hier goede zorg *versus* winst een rol en een gevoel van dubbelzinnigheid. De huidtherapeut is beslissend of de behandeling wordt gestart of niet.

En dan ben je daar zelf om te bewaken van in hoeverre is dit nog verantwoord? Of in hoeverre speel je in op iemands onzekerheid en kom je daar mee de baas tegemoet? Dat is gewoon lastig, want instemmen of tegenstemmen aan beide kanten laat je natuurlijk je eigen mening ook wel heel erg doorschemeren. (H1)

Een kanttekening is:

Maar aan de andere kant is het natuurlijk ook zo: waarom zou het aan ons zijn om te bepalen of dat wel of niet mooi is. Want als ik zeg van: nee ik haal ze niet weg, want het is al mooi zoals het is, dan stuur ik iemand natuurlijk ook heel erg in een waardeoordeel. (H1)

De andere respondent gaf als voorbeeld dat huidtherapeutische behandelingen vergelijkbaar zijn met het zetten van tattoos. Bij één tattoo kan je ook verslaafd raken waarna je zo tien tattoos kan hebben.

Hetzelfde gaat zo met een prikje, een botoxje hier, een spuitje daar, een lasertje hier, wenkbrauwen, wimpers helemaal vol. Ja, hoe zeg je dat? Je verandert vaak wel gewoon jezelf. (H5)

Voor dit gedrag probeert de huidtherapeut de cliënten te behoeden.

Want ik probeer ze wel altijd tegen te houden, niet dat ze losgaan. En ik zeg ook altijd van joh dat is ook heel normaal bij jouw leeftijd. Ik zeg dan: ik heb dat ook gehad en als ze dan heel onzeker zijn, dan laat ik iets zien en dan zeggen ze dat valt wel mee. Zodat ze niet zichzelf helemaal loslaten, want op een gegeven moment als je eenmaal ergens aan begint, dan is het heel makkelijk om ermee door te gaan voor een jong iemand. (H5)

Een grens voor deze huidtherapeut is het veranderen van de vorm van het gelaat. Zij behoedt haar cliënten hiervoor.

De vorm van het gezicht te veranderen probeer ik wel altijd tegen te houden. Van nee, dat moet je echt niet doen. Want dat verandert gewoon je mimiek of je gezicht en dat maakt jou jou en dat is gewoon jammer. Dat probeer ik altijd wel tegen te houden. Vaak zeggen mensen fijn dat je eerlijk bent en dat je dat ook gewoon zegt. Daar hebben ze ook vaak meer aan dan aan iemand die gewoon met hen meepraat. (H5)

Samenvattend uit de narratieven blijkt eerlijkheid, duidelijkheid en het bewaken van grenzen van belang voor het uiteindelijk leveren van goede zorg. Het goed willen handelen blijkt een prominente rol te hebben in de huidtherapeutische praktijk. Het beantwoorden van de hulpvraag van de cliënt staat zoveel mogelijk centraal. Echter, het bewaken van de grenzen lijkt nog niet altijd een gemakkelijke keuze te zijn. Hieronder in het volgende hoofdstuk wordt hier dieper op ingegaan.

4.4 Een grijs gebied

In dit hoofdstuk worden ervaringen van ethische dilemma's verder uitgewerkt. Om beter inzicht te krijgen in wat zij verstaan onder morele verantwoordelijkheid en hoe zij deze ervaren.

Leeftijden spelen een rol in de cosmetische kliniek. In de interviews is gevraagd aan de huidtherapeuten wat hun afbakening is voor waarom de ene cliënt wel wordt behandeld en de andere niet. De huidtherapeuten gaven voornamelijk aan moeite te hebben met cliënten die heel jong zijn of juist heel oud.

Als iemand zo jong is, dan kan er nog zoveel veranderen in het lichaam. (H5)

Maar ook mensen op leeftijd.

En met hele oude mensen zeg ik altijd van: ja, je gaat vaak nooit het resultaat krijgen wat je wil. (H5)

Wat door de huidtherapeuten wordt benoemd zijn de overlegmomenten met collega's waarin morele handelingen kunnen worden besproken.

Als ik zoiets hebt, dan probeer ik altijd wel vaak collega's te vragen van: joh, ik loop ergens tegen aan, van hoe kan ik dit beter oplossen? Om te kijken wat kan ik hier nog doen? (H5)

Het lijkt erop dat collegiaal overleg morele handelingen versoepelt. Voor een huidtherapeut met een eenmanszaak is dit lastig te bewerkstelligen. Ze benadert wel collega huidtherapeuten die ook een eigen kliniek hebben.

Waarbij wij echt wel samen gaan zitten van oh, hoe doe jij dat jij dat en hoe kunnen we dit samen aanpassen? Ik heb deze cliënt. Wat moet ik daar nou mee? Dus soms kun je het ook niet alleen, hè. Soms heb je van die vraagstukken waarvan je denkt van goh ja, wat kunnen we doen en wat mogen we doen op dat vlak. Zeker ook omdat sommigen ook zelf bij je komen. Dus ja, bij twijfel een behandelingen wel of niet uitvoeren? (H4)

Alle huidtherapeuten in dit onderzoek hebben aangegeven wel eens iemand te hebben geweigerd voor een cosmetische behandeling. Eén van de huidtherapeuten had tijdens een intakegesprek een cliënt die sprak over vreemde dingen en hij reageerde niet op wat zij zei.

Hij luisterde niet naar haar en uiteindelijk heeft zij hem geadviseerd om naar een dermatoloog te gaan.

Ik dacht dan zul je daar horen dat er echt niks aan de hand is en dat het gewoon iets psychisch is. Ja, ik heb toch een beetje geprobeerd hem uit de praktijk te werken. Je zit ook te bedenken wat zou het kunnen zijn. Is hij eenzaam? Of waarom heeft hij zo'n ander beeld van zichzelf? Maar ja weet je, ik ga daar ook niet te veel energie in steken, want daar schiet je zelf ook niks mee op. Dus we gingen wel oké uit elkaar.
(H2)

Verschillende morele vragen spelen op. Het lijkt erop dat context belangrijk is voor het completer maken van het geheel. Het weigeren van een behandeling is een huidtherapeut onlangs overkomen:

Toevallig van de week had ik weer iemand. Daar had ik niet per se een hele gegronde reden voor, maar die mevrouw had een vaag verhaal. Het voelde gewoon voor mij niet goed en ze was al overal geweest. Ze had ook al van alles gedaan. Dat ik eigenlijk dacht van: tja dit weet ik niet. Ik had er ook niet per se een reden voor, ik dacht ik ga je gewoon niet behandelen. (H6)

Een vreemd onderbuikgevoel is voor de huidtherapeuten een belangrijk signaal. Aansluitend kan de ervaring van een andere huidtherapeut hierbij ook welkom zijn. Zij merkte bij een cliënt een onrealistisch zelfbeeld op, waardoor tevens niet werd behandeld.

Ik heb wel altijd als het voor mij niet goed voelt of iemand een onrealistisch beeld heeft dan doe ik het niet. Als voorbeeld had ik onlangs een meneer op consult voor de eerste keer en hij zag dingen die er allemaal niet waren. Hij had een prima huid. Maar hij zag van alles. Ik zei tegen hem ik sta er niet achter. Ik kan niet voldoen aan jouw hulpvraag. (H2)

Graag wordt in de behoefte van de ander voorzien. Echter, is het niet altijd mogelijk om de hulpvraag te beantwoorden. Relationaliteit en communicatie lijken van groot belang in de huidtherapeutische praktijk. Een behandeling moet wel succesvol zijn naderhand.

Dus dan hebben ze bijvoorbeeld al een keer microneedling gehad en een keer een chemische peeling maar dan gewoon niet zo heel diep. En dat ze het dan elke keer gaan opbouwen, omdat ze dan nog niet tevreden zijn. Maar de vraag is: ga je het

effect wat je wilt behalen als je al een vrij mooie huid hebt, ga je dat dan ook behalen?
(H7)

Met enkel een behandelindicatie voor de cliënt maar niet voor de huidtherapeut zal resultaat uitblijven waardoor een cliënt teleurgesteld kan worden. Dit omdat er niet aan het ‘onrealistische’ verwachtingspatroon kan worden voldaan.

En dan heb ik wel een aantal keren een gesprek met een dame gevoerd die zelf vindt dat ze hele grote poriën heeft. Ik vind dat eigenlijk wel meevallen, maar wie ben ik om daarover te oordelen. Maar zij wil graag een fractionele laser gaan doen. Maar wat gaan we daar dan mee gaan bereiken? En weegt dat op tegen de eventuele nadelen? En wat is dan precies het probleem? Zijn het haar poriën of is het haar zelfbeeld? Dan wil ik graag dat gesprek voeren. (H7)

Uit de narratieven blijkt dat de huidtherapeuten vaak nog met vragen blijven zitten. De kwetsbaarheid en onzekerheid van de cliënt wordt verder onderzocht. Een ander dilemma wat voor kwam bij een huidtherapeut is de commerciële zijde van de cosmetische zorg. Zij gaf aan dat er belangenverstrengelingen zijn bij het doorverwijzen naar een andere discipline. Zo wordt er als stimulans een provisie gegeven bij een doorverwijzing naar de cosmetisch arts (H6). Volgens de huidtherapeut is dit cliënten op het verkeerde been zetten. Om niet direct te anticiperen op de hulpvraag maar hier zelf nog verdere cosmetische behandelmogelijkheden aan toe te voegen.

In de praktijk bleken de meeste huidtherapeuten nog wel eens te worstelen met het aangeven van grenzen.

Maar ja, je hebt natuurlijk allemaal wel eens iemand behandeld en die niet tevreden terugkwam. Terwijl je eigenlijk een heel mooi resultaat hebt behaald. En dan kom je wel in een heel moeilijke tweestrijd. Want je staat achter je behandeling en achter het resultaat wat je hebt gehaald en natuurlijk vind je het dan heel vervelend dat iemand niet tevreden is. Maar soms is dat die ontevredenheid gebaseerd op de eigen onzekerheden. (H1)

Maar hoe ga je daar mee om?

Ik probeer het van tevoren wel een beetje goed aan te voelen. Gewoon echt heel realistisch zijn en dit goed benadrukken. En het is dan voor de mensen zelf te kiezen

van is dat een beetje op één lijn als wat ik in gedachten heb of niet. En soms gaan mensen dan besluiten om niet over te gaan tot behandeling. (H1)

Morele issues schuren en hier wordt over gesproken samen met de cliënt.

Ik merk dit en dit aan je. Is het misschien verstandig als je daarover met iemand gaat praten. Om te kijken of je daar wat winst op kan halen en je wel een realistisch verwachtingspatroon kan hebben of kan krijgen. En dat we zeker weten dat we allebei blij en tevreden zullen zijn. (H1)

Opvallend is het onrealistisch verwachtingspatroon van de cliënt die veelal voorkomt. Uit de verschillende ethische dilemma's lijkt dat relationaliteit een belangrijk gegeven is in de praktijk. Het aanvoelen van elkaar, het op één lijn zitten en een open communicatie met de cliënt lijken van belang in het leveren van goede zorg.

4.5 Verantwoordelijkheid voor kwetsbaren

Zoals eerder benoemd in hoofdstuk drie spelen voornamelijk morele vragen op bij het uitvoeringen van cosmetische behandelingen bij kinderen of senioren. Wat het meeste is benoemd door de huidtherapeuten zijn kinderen die naar het spreekuur komen. Vaak aangestuurd door een ouder.

Leeftijd vind ik altijd een beetje afhankelijk van waar het om gaat en hoe erg je zelf wel of niet merkt dat een minderjarige dat dan wel of wil. Je hebt natuurlijk ook mensen die komen binnen en dan wil een ouder eigenlijk iets liever behandeld hebben dan het kind. (H1)

Een andere therapeut ervaart hetzelfde.

Ja vind ik ook wel eens ik heel erg lastig hoor en zeker met een moeder - kind relatie. Dan merk ik toch wel vaak op acne gebied dat de ouder zelf in het verleden die problemen heeft gehad. En dat vooral in die tijd daar gewoon niks aan werd gedaan en dat het eigenlijk uit liefde voor kind wordt gedaan. (H4)

Vanuit de eigen ervaring van de ouder wordt gehandeld, wat maakt dat de huidtherapeut in een lastige positie komt met betrekking tot het kwetsbare kind.

Van goh als het jou maar niet overkomt. Maar soms help je het kind er gewoon niet mee he. (H4)

Als voorbeeld gaf een huidtherapeut een jongen van acht of negen jaar die vroeger op de peuterspeelzaal is gestoken door een ander kind met een potlood onder zijn oog. De jongen wordt behandeld met een laser om de verkleuring te verminderen.

Hij heeft een hele blauwgroene verkleuring onder zijn ogen, het lijkt net een hele grote wal. Het is natuurlijk wel allemaal pijnlijk en vervelend en dicht bij het oog. Maar dat jongetje kan zelf wel heel goed zeggen, ik vind dit niet mooi en ik wil ervan af. Maar je weet natuurlijk niet wat zo 'n moeder zegt tegen die jongen: van je moet daar maar zeggen dat je ervan af wil. Dus dat vind ik altijd wel een puntje. (H1)

De huidtherapeut heeft haar twijfels in hoeverre dit een jong kind echt kan storen. Machtsverhoudingen tussen ouder en kind spelen hier wellicht een rol. Het lijkt alsof ouders een hogere prioriteit hebben bij een behandeling dan het kind.

Ja, nee, dat is voor mij meer voor echt jonge mensen, echt onder de 18. Dat is iets wat ik gewoon echt niet doe en dat moeders nog wel eens zeggen van dat mag wel en dat ik dan denkt van ja, het kind moet er dan zelf ook achter staan. (H3)

Ook een moeder die zelf een behandeling had ondergaan met een hyaluronpen waarmee je lipfillers kan injecteren. De moeder was enthousiast over de behandeling en droeg ook haar dochter aan om dit te doen.

Dat was een moeder die dat had gedaan en die was helemaal blij. En die zei toen: ja, ik heb ook een dochter. En volgens mij, ik weet niet of ze onder de 18 was of dat zij onder de 20 was. Dat ik dacht van, ik vind het eigenlijk wel heel jong, maar zij wilde heel graag en die moeder ook. (H3)

Het beantwoorden van de hulpvraag lijkt van groots belang.

Maar wel dat ik dacht van ja... Dat doe ik alleen omdat je het echt zo graag wil en omdat jouw moeder erbij is, anders had ik dat niet gedaan. Ik heb er ook geen spijt van of zo, ik denk wel dat dit de juiste beslissing is geweest. Het was wel een type die anders wel ergens anders naartoe was gegaan. (H3)

Een andere huidtherapeut loopt mee met de plastisch chirurg waarbij een jong meisje een café au lait vlek (goedaardige moedervlek) heeft.

Maar die had ze onder haar bil, dus als ze een badpak of een bikini aan had dan kon je dat wel heel duidelijk zien. Maar omdat dat kind in de groei is zal die vlek steeds

oprekken en groter worden. Dus ze verwijderden steeds een klein stukje huid er tussen uit, niet te veel omdat er anders te weinig huid was. (H1)

Het kind werd herhaaldelijk geopereerd.

En ik weet nog dat die moeder dat heel graag zou willen, die zei het is echt super lelijk voor dat arme kind. Als ze later maar niet gepest zal worden. Terwijl dat meisje zich eigenlijk van geen kwaad bewust was. Ze ging huilend onder narcose, omdat ze dan weer geopereerd moest worden. Dat is wel echt heel moeilijk, ofzo. Ja, dat ik daar ook bij stond op die OK dat ik echt dacht van: o, jee wat heftig dit. Dan denk je inderdaad, in hoeverre is dit verantwoord? (H1)

Verantwoordelijkheidsgevoel lijkt voornamelijk op te komen bij kwetsbaren. Zoals kinderen, ouderen, cliënten die niet voor zichzelf een beslissing kunnen maken.

De moeder kon daar volledig over beslissen. Omdat het kind zo jong was, en die denkt natuurlijk vooruit voor de toekomst van het kind. Het kind kan het natuurlijk zelf nog helemaal niet bevatten. Het kind is er wel bewust van dat het weer moet worden geopereerd en dan ga ik slapen, en dan word ik wakker en dan heb ik pijn. (H1)

In de bovengenoemde narratieven zit de huidtherapeut in een morele tweestrijd. Zolang de cliënt geen zelfbeschikking heeft over de eigen keuzes over wat er gebeurt met het eigen lichaam zorgt dit voor vele morele vragen. Enerzijds wil worden voldaan aan de zorgnoden van de ouder. Anderzijds is de ongevraagde pijn en de niet begrijpelijke pijn voor het kind iets wat tegen het moreel ingaat. Het kind is afhankelijk van de moeder. Het lijkt erop dat de huidtherapeut meer verantwoordelijkheid voelt voor een kwetsbaar persoon, in dit geval het kind dat niet keuzes mag en of kan maken over zichzelf.

4.6 Relationaliteit

In hoeverre de huidtherapeuten betrokken zijn bij de cliënt is afhankelijk van de indicatie waar zij voor komen de daarbij behorende context.

Als iemand voor ontharen komt, dan voel ik mij niet zeer betrokken. Tenzij het een persoon is met ontzettend veel haargroei in het gezicht en daar heel erg onder lijdt in het dagelijkse leven, dan vind ik dat heel vervelend. (H2)

Het lijkt erop dat werk en privé goed gescheiden kan worden.

Op het moment vind ik het heel vervelend en kan ik mij er goed in inleven. Maar als ik dan thuis ben, denk ik er in principe niet meer aan. Maar het is wel iets wat ik opsla en wat eventueel de volgende keer wel weer ter sprake komt. (H2)

Betrokkenheid bij de cliënt lijkt niet altijd te zorgen voor een rechtvaardige behandeling.

Ik denk misschien ook wel: kijk, als we het heel goed klikt tussen jou en met iemand die bij jou komt, dan ga je misschien makkelijker mee in de zin van: oh ik zou er drie doen, maar zij wil zes, dan doen we er zes. (H5)

Daardoor ontstaat bijvoorbeeld de mogelijkheid dat er wordt overbehandeld waardoor een complicatie kan optreden of er geen resultaat optreedt.

Ja, ik betrap me daar soms wel op als ik iemand heb van mijn leeftijd dan denk ik daar ga ik gezellig mee kletsen. Dan is de tijd zo voorbij. Ik ga dan makkelijker dingen toezeggen. (H5)

Een cliënt van dezelfde leeftijd wordt eerder en/of langer behandeld. Het lijkt dat betrokkenheid op deze manier niet altijd passend is in een zorgrelatie voor het verlenen van goede zorg.

Dat heb je ook met zakenmannen die makkelijk kunnen praten, die glatte praatjes. Dan ga je toch sneller.. ik zou eigenlijk hier 100 procent nee tegen zeggen, maar als dat komt dat je gewoon één keer omgekocht wordt, dat je denkt: ik ben om. (H5)

Het blijkt dat een cliënt die een 'luidere stem' heeft, ofwel zich goed kan verwoorden meer mogelijkheden creëert in de praktijk. Het lijkt erop dat de relatie tussen huidtherapeut en cliënt een rol speelt bij de mogelijkheden die er zijn in de huidtherapeutische praktijk.

4.7 Kaders van schoonheid

De huidtherapeuten is de vraag gesteld of zij het idee hebben dat zij bepalen wat schoonheid is in de kliniek. Bijvoorbeeld door middel van het aangeven van hun behandelgrenzen. Meer dan de helft gaf aan hier bewust van te zijn, maar niet per se dit beeld te bepalen. Twee huidtherapeuten gaven aan het idee te hebben dit niet te bepalen.

Nee, dat gevoel heb ik niet omdat ik altijd wel heel dicht bij de hulpvraag van de cliënt blijf. Bijvoorbeeld als iemand komt voor pigmentvlekjes, die ze dan zelf storend vinden, dan heb ik zelf niet de neiging of de behoefte om te zeggen: oh maar ik zie hier ook nog een rimpeltje en wist je dat je daar ook iets mee kunt? (H6)

Maar daarentegen wordt er toch lichtelijk gestuurd op de hulpvraag.

En ja tuurlijk gaat het gesprek soms wel een beetje zo, van hey ik zie ook een rood vaatje. Dan benoem ik van: als je zou willen dan kan ik die eventueel ook weg laseren. Dan doe je natuurlijk wel een beetje hetzelfde. Maar voor mijn gevoel is dan toch.. tja weet ik niet. (H6)

Een andere huidtherapeut geeft aan tevens niet het idee te hebben dat zij de schoonheidsnorm bepaalt, maar ziet de huidtherapeut meer als een voorbeeldfunctie.

Je bent natuurlijk zelf wel een beetje een soort van voorbeeld voor de mensen die bij je komen. En hoe vaak wordt er tegen jou gezegd, ja maar jij hebt zo'n mooie huid. Jouw huid is zo glad. Op die manier, ik denk dus wel dat je als huidtherapeut als een soort voorbeeld werkt. Maar ik ben niet degene die per se bepaalt wat schoonheid is. Nee, ik denk het niet. (H4)

De omgang met cliënten met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen kan soms lastig zijn. Is iemand mooier na een behandeling?

Ja, mensen hangen daar heel erg aan. Dat als ik dat heb ben ik niet mooi en als dat inderdaad wel weg is ben ik wel mooi. Ik probeer in mijn behandelingen dat ook nooit zo te zeggen. Ik probeer inderdaad zelf nooit echt een waardeoordeel van mooier of lelijker ergens aan te hangen. (H1)

De verantwoordelijkheid van de huidtherapeut lijkt ook de communicatie te zijn in wat voor wijze deze wordt geuit met betrekking tot schoonheid.

Ik kan wel zeggen: "Ik kan me voorstellen dat je eraan stoort en als je dat graag zou willen verbeteren." Maar niet van: "Ik snap dat je dat lelijk vindt en dat je je mooier voelt als het er niet is." (H1)

De vertaling naar de cliënt toe is van belang.

Ik zeg: "We hebben een reductie van het pigment te pakken". En niet van: "Wat is je huid nu mooi, he? Wat ziet het er nu mooi uit." Ik zeg wel eens: "Nu ben je nog mooier." Maar je moet daar toch altijd wel een beetje mee oppassen. (H1)

Dat de communicatie en de relatie met de cliënt van belang lijkt komt ook terug in het onderstaande citaat van een andere huidtherapeut.

Als iemand zou komen en die zou niet tevreden zijn met zichzelf zoals die is. Dan klopt dat natuurlijk niet, dus ik wil wel een stukje van een probleem aanpakken. Maar ik kan niet zeggen ik ga nu iemand heel knap maken ofzo. Of heel mooi maken. Want dit is schoonheid waar je voor staat en zoals dit zou jij er uit moeten zien. (H3)

Een mogelijkheid tot communiceren is als volgt:

Dan zou ik eerder zeggen van: “Je huid is echt verbeterd”. Of als iemand over die pigmentvlekken begint met de woorden: “Die vind ik echt lelijk”. Dan gaat het echt over die vlekken maar als iemand zegt van: “Ik vind mezelf lelijk omdat ik pigmentvlekken heb”. Dan zeg ik wel: “Van je bent niet lelijk, niemand is lelijk”. (H3)

Naarmate cliënten ouder worden verandert hun zelfbeeld.

Maar je moet ook beseffen dat mensen sommige dingen vroeger nooit hebben gehad en dat vonden ze mooi. En daar waren ze oké mee en nu gaan dingen veranderen in de huid. Dan herkennen ze zichzelf niet meer met hun zelfbeeld met wat ze hadden jaren geleden toen ze jong waren. En het zakt allemaal beetje en dan krijg je dan ook pigmentvlekken erbij. Ze willen weer terug naar het oude, niet zozeer naar wat het schoonheidsideaal is. Ze willen denk ik gewoon terug naar hoe het vroeger was. (H2)

Het lijkt erop dat het aangeven van behandelgrenzen en een heldere communicatie valt onder de morele verantwoordelijkheid voor de huidtherapeut. Er is een mogelijkheid tot het sturen van de hulpvraag in de juiste richting. De huidtherapeut heeft niet het idee dat zij de schoonheidsnorm in de praktijk bepaalt.

4.8 De verantwoordelijkheid van *social media*

Tijdens de interviews met de huidtherapeuten kwam regelmatig de invloed van *social media* voorbij. Uit de interviews blijkt dat *social media* en schoonheid onlosmakelijk verbonden zijn. Volgens de huidtherapeuten worden voornamelijk jonge cliënten online beïnvloed door het ‘perfecte plaatje’.

We hebben ook zat oudere mensen die voor couperose komen of pigmentschade. En dit zijn niet voortdurend de mensen die aan het kijken zijn op Instagram met: oh dit is het schoonheidsideaal. Ik denk dat dit voor jonge mensen wel heel beïnvloedbaar zou kunnen zijn. (H6)

Social media kan een onrealistisch verwachtingspatroon creëren.

Ik vraag dan altijd: “Met welk resultaat zou je het meest blij mee zijn? Wanneer zou je tevreden zijn?” En dan krijg je natuurlijk ook wel eens te horen van: “Helemaal egaal, geen porie meer te bekennen.” En dat dat natuurlijk het beeld is wat ze vanuit de social media ook in bladen en zo krijgen. (H1)

Voor een realistisch beeld wordt geadviseerd te zoeken op internet naar foto's die niet zijn bewerkt.

Ik zeg dan wel eens voor de grap van: “Ga maar Googlen en type maar in een naam van een celebrity met real skin erachter. Je huid is en blijft een orgaan, hormonen heb je nou eenmaal op deze leeftijd, je zit in je meest vruchtbare periode van je leven en puistjes die krijg je nou af en toe. En wat we kunnen doen is je huid sterker en stabiel maken, zodat de conditie beter is en dat je gewoon minder extreme pieken en dalen hebt.” (H1)

Ze beargumenteert haar kritiek over *social media*.

Daar moeten ze een scheiding, maar net zoals social media die toegang daar tot geeft waar bijna alle beelden mooi en esthetisch lijken te zijn. En er komen natuurlijk wel steeds meer van die bewegingen op en van die hashtags met normalise real skin texture. Dat is op zich natuurlijk ook wel gewoon heel goed dat mensen ook weer dat beeld krijgen. Maar op zich is dat hetzelfde als dat kleding wordt geshowd op modellen die maat 34 hebben. Dat is nou eenmaal ook een beetje gewoon het beeld wat heerst en dat ze gebruiken en wat we normaal vinden. Dat is ook niet realistisch, er zijn gewoon heel weinig mensen die zo 'n lijf hebben. (H1)

Een andere huidtherapeut zegt:

En ik denk dat social media daar ook wel invloed op heeft, daar zie je natuurlijk alleen maar de positieve dingen, dat iedereen een soort van perfect beeld heeft. Maar natuurlijk vinden hier ook verschuivingen plaats. (H6)

Door onlinekanalen zoals Instagram lijkt het erop dat cosmetische ingrepen worden genormaliseerd.

Ja, dat ethische aspect van die norm bepalen, kijk dat zie ik wel met die Instagram influencers. Die dan opgespoten lippen hebben en dat soort dingen. Van die meisjes die 16 zijn en die op Instagram iets hebben gezien over die lipfillers, dat vind ik dan wel weer schoonheidsbepalend. Ik vind als je dat ethisch gezien bekijkt kwalijk en dat

ze daar wettelijk gezien wel iets aan zouden moeten doen. Maar goed, dat is weer een andere discussie. (H6)

Een andere huidtherapeut kan het zich wel voorstellen hoe dit in zijn werk gaat bij cliënten.

Op het moment van wakker worden is er al een confrontatie met schoonheid, schoonheid, mooi, mooi... Als je lelijk bent hoor je er eigenlijk al niet meer bij. (H5)

4.9 Goede zorg versus winst

Het lijkt dat goede zorg op gespannen voet staat met winst. Niet direct zeggen de huidtherapeuten dat goede zorg tegenover efficiëntieoverwegingen staat. De twee huidtherapeuten die een eigen kliniek hebben geven wel aan dat het maken van winst ook een belangrijk onderdeel is naast goede zorg. Het blijkt dat huidtherapeuten in loondienst het meestal makkelijker hebben met het weigeren van een cliënt, op één huidtherapeut na. De huidtherapeuten die een eigen kliniek hebben, geven ook eerlijk advies, maar proberen nog wel waar mogelijk iets aan de cliënt te verdienen. Zes van de zeven huidtherapeuten gaven aan dat het niet zo mag zijn dat er geld wordt verdiend als een cliënt daarbij niet is geholpen. Hieronder een citaat van een huidtherapeut in loondienst waarbij goede zorg versus winst soms in het geding komt.

Want je wilt een goeie omzet maken. Maar het is niet altijd een goede behandeling of een goed behandelplan voor een cliënt. (H5)

De andere huidtherapeuten kijken hier anders tegen aan.

Ik denk dat je die grens heel goed moet bewaken en naar je cliënt moet luisteren en daarop moet anticiperen. En niet zelf een soort van bij verkoop doen zoals bij de benzinepomp. Ik denk dat dat wel een verschil maakt. Of het ethisch gezien verantwoord is wat je doet. (H6)

Een huidtherapeut met een eigen ondernemer vertelt dat zij staat voor eerlijk advies.

Dus ik ga niet iets aanpraten of verkopen, ja, dan doe je een behandeling niet. Dan zeg ik altijd: "Het maakt voor mij niet uit of je wel of niet de behandeling gaat doen." Tuurlijk maakt het mij wel uit, want ik wil wel graag behandelen. Maar ik zeg het altijd op die manier zodat zij denken van: ja, oké, als ik het niet doe is het dus ook goed. (H3)

Maar anderzijds is het winstoogmerk ook van belang als zelfstandige.

Ik werkte eerst in loondienst, toen was ik wel strenger denk ik. Ook met bijvoorbeeld een peeling en zonbescherming. Nu werk ik voor mezelf en zeker in het begin dan heb je gewoon cliënten nodig, dus dan ga je toch eerder, dan ben je geneigd van kan wel. Dus verandert die grens wel iets. En dat heeft ook te maken met dat je gewoon je brood ook moet verdienen. (H3)

Het lijkt erop dat bepaalde waarden vervagen bij een eigen kliniek.

Terwijl je eerder in loondienst misschien wel zou denken van ja, oké, die verantwoordelijkheid ligt misschien bij die cliënt, maar die heeft hem niet genomen, dus dan moet ik het doen. Ik heb in loondienst wel eerder mensen weggestuurd dan dat ik nu doe. (H3)

Er blijft een gevoel van verantwoordelijkheid heersen.

Ja, je wil graag behandelingen verkopen, maar dat laat ik het niet ten koste gaan van de zorg. Dus als ik echt denk van nou, dit is echt niet goed, dan zou ik dat niet doen. (H3)

Bij de andere huidtherapeut met een onderneming blijkt dat zij juist in loondienst vaker handelingen deed waar zij niet achter stond.

In loondienst, misschien is dat dan een beetje flauw, maar ik heb natuurlijk ook wel voor werkgevers gewerkt. Dat ik dacht nou, ik sta hier echt totaal niet achter met wat ik aan het doen ben. (H4)

Wat hier lijkt te schuren is de leeftijd, de velen ingrepen die al voorafgaand zijn uitgevoerd en het beoogde resultaat. Zal deze wel naar wens zijn voor de cliënt?

Ja, vooral door behandeling toe te passen waar je niet helemaal achterstond. Gewoon jonge meiden die bilimplantaten tot eigenlijk wel alles aan hun lijf hadden verbouwd. Dat je dacht ja.. Ik ga hier eigenlijk niet meer veel winst behalen, maar goed. Ja.. je doet het dan toch, want ze hebben het geld. En dan is dat toch dat commerciële. Maar ja zoiets geeft dan toch uiteindelijk een raar gevoel. (H4)

Een ander probleem dat aanwezig is in de cosmetische zorg is dat er gebruik kan worden gemaakt van de onzekerheden van de cliënt.

Dus ik denk dat je daar wel voor moet waken en niet alleen maar met commercieel oogpunt daarin moet zitten van laat ik is lekker inspelen op al die onzekerheden want

dan verkoop ik meer. Dan is een productverkoop goed, een up-selling is goed, want dan rollen ze van het ene in het andere en ze blijven maar komen. Ik denk dat je daar wel heel goed voor moet waken en als je er wel of niet een goed gevoel bij dat je daar inderdaad wel iets mee moet doen, want dat onderbuikgevoel dat heb je niet voor niks. (H1)

Deze huidtherapeut laat zich niet beïnvloeden door de eventuele commerciële ideeën over zorg.

Ik zeg altijd ik ben een zorgverlener en ik zit er om mensen het beste en het meest goede advies te geven. En tuurlijk weet ik dat mijn baas iets van mij wil. Maar ik moet wel met mijzelf kunnen leven, aan het einde van de dag. (H1)

Over de lange termijn wordt ook nagedacht. Want het uiteindelijk leveren van een goed resultaat behoort bij het leveren van goede zorg.

En ja, ga je dan dingen doen om meer geld in het laadje te krijgen? Want dat is ook een ding. Je kan het wel doen maar als je daardoor ook cliënten hebt die niet positief zijn en geen goede ervaring hebben. (H2)

Als voorbeeld gaf een huidtherapeut aan dat de prijzen voor een behandeling microneedling sterk verhogen. Waarvan wordt geacht dat hierbij misbruik wordt gemaakt door grote cosmetische partijen.

Met name dat toch wel echt de grote praktijken in het in het geheel. De grote commerciële uitbuiters. (H4)

Hierbij blijkt niet per se goede zorg *versus* winst te staan. Maar is voornamelijk het winst oogmerk van belang. Een ander voorbeeld gaf een huidtherapeut aan bij een behandeling waarbij de huid op een te hoge instelling was behandeld en ze deze de volgende keer niet opnieuw heeft behandeld.

Ik denk als mijn baas dit zou weten zou hij er wel voor gaan. Maar als iets niet goed voelt, waarom zou je het dan doen? (H2)

Een huidtherapeut in dienst voor een werkgever vindt het makkelijker om grenzen aan te geven dan degene die een eigen kliniek heeft.

4.10 De gedeelde verantwoordelijkheid

Wat uiteindelijk vaak in de gesprekken met de huidtherapeuten naar boven kwam is dat zij aankaarten dat de cliënt ook een rol heeft in de verantwoordelijkheid.

Dat is juist ook natuurlijk het mooie aan hoe de gezondheidszorg veranderd is, dat het steeds meer shared decision making is. En niet van: “Ik ben de zorgverlener of ik ben de dokter. Ik bepaal wat er gebeurt.” Dat merk je natuurlijk ook heel erg bij de oudere mensen. Dus ik denk dat je wel daar het evenwicht in moet zoeken en dat je dan ook niet de besluitvaardigheid van iemand anders en zijn rechten daarin te veel moet downgraden. Maar dat is wel een hele lastige grens en een hele fijne lijn. (H1)

Wat tevens schuurt is als het niet bij de ene specialist wordt gedaan, de cliënt wellicht naar een ander gaat.

Maar dat is wel, ja, dat is zeker zo en soms moet je mensen ook wel een beetje tegen zichzelf beschermen. Maar soms moet je ook denken van waarom zou dat mijn verantwoordelijkheid zijn? Want tuurlijk daar komt misschien ook wel weer een beetje het commerciële weer, dat als jij het niet doet zijn er tien mensen die het wel doen. (H1)

Andere huidtherapeuten benadrukken tevens de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

Dat is ook echt een ding voor de cliënt zelf hoor. Wij moeten naar ons onderbuikgevoel luisteren, maar dat moet de cliënt ook. (H2)

Het communiceren met de cliënt lijkt hierbij van belang te zijn.

Nee eigenlijk. Ze zijn inderdaad wel afhankelijk van mijn keuzes, maar ik doe dat altijd wel echt in overleg, dus ik ben wel van mening dat dat voor hen dan ook echt de beste keus is en kwetsbaar. Nee, ik denk ze zijn er ook altijd nog zelf bij. Er ligt ook een verantwoordelijkheid bij de cliënten. (H3)

Er zijn ook speciale gelegenheden waarbij de huidtherapeut de volledige verantwoordelijkheid bij de cliënt legt door een toestemmingsformulier te laten tekenen waarop staat dat de zorgverlener niet achter de behandeling staat.

Als de cliënt echt iets zelf wil, dan laat ik het wel ondertekenen dat ze het zelf willen. En dat ik het vanuit mijn beeld dan liever niet zou doen. Maar dat dit op eigen risico van de cliënt is. En als er dan iets fout gaat dan toch probeert je best te doen voor

iemand om zo veel mogelijk te helpen. Dat je wel denkt als je als die cliënt weer eens van: oké, ik heb wel mijn uiterste best gedaan, ik had hier verder niks meer uit kunnen halen. (H5)

De morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt lijkt volgens de huidtherapeuten samen te komen in de praktijk.

Maar we moeten natuurlijk ook niet vergeten dat mensen altijd nog wel voor zichzelf bepaalde besluiten kunnen nemen of niet. (H1)

Of er daadwerkelijk een behandeling zal plaatsvinden is afhankelijk van het beeld dat de cliënt over zichzelf heeft. Zo geeft een huidtherapeut aan:

Het is het totaalplaatje waar je je keuzes op maakt. (H2)

Concluderend, gaven de huidtherapeuten aan dat de cliënt ook een eigen verantwoordelijkheid heeft en zelf bepaalt of hij/zij op de adviezen van de specialist ingaat. Een patiënt-zorgverlener relatie van wederkerigheid wordt door hen geambieerd.

4.11 Conclusie

Volgens de meeste huidtherapeuten is goede zorg ingaan is op de zorgnoden van de cliënt. Voor het verlenen van goede zorg speelt deskundigheid een rol. Dit is van toepassing bij het erachter komen van de hulpvraag. Het luisteren naar de cliënt heeft hierbij een grote rol. Zorg bieden waar de cliënt beter van wordt betekent niet altijd ook daadwerkelijk ingaan op de zorgbehoefte. Onder goede zorg wordt verstaan handelingen waarbij op alle vlakken verantwoord kan worden waarom dat wordt gedaan.

Volgens vier huidtherapeuten heeft het beroep geen grote verandering doorgemaakt met betrekking tot morele verantwoordelijkheid sinds zij direct toegankelijk zijn. Immers, voor verzekerde zorg bij de huidtherapeut moet een cliënt alsnog naar de huisarts voor een verwijzing. De huidtherapeuten geven aan dat in vergelijking met een arts zij laagdrempeliger zijn om te benaderen en er waarschijnlijk een verschuiving heeft plaatsgevonden van cliënten van de schoonheidsspecialist naar de huidtherapeut. Uit de interviews met de huidtherapeuten blijkt eerlijkheid en transparantie van groot belang. De huidtherapeut is verantwoordelijk voor de manier waarop hij met de cliënt communiceert. In de praktijk gaat de huidtherapeut bewust om met het aangeven van morele behandelgrenzen. Dit om de cliënt te beschermen voor het alsmear meer ondergaan van cosmetische behandelingen.

Huidtherapeuten ervaren verschillende ethische dilemma's. Bij jonge mensen, senioren en andere kwetsbaren spelen voornamelijk morele gevoelens. De context van de cliënt is van belang bij het maken van een morele keuze. Een 'vreemd onderbuikgevoel' is voornamelijk leidend voor de huidtherapeuten om niet in te gaan op de hulpvraag van de cliënt. Wat voornamelijk morele vragen oproept bij de huidtherapeut zijn kinderen voor de uitvoering van een cosmetische behandeling, veelal aangestuurd door een ouder. Soms wordt er gehandeld vanuit de eigen ervaring van de ouder en wil de ouder het kind beschermen. De ouders hebben een hogere prioriteit bij de behandeling dan het kind. De huidtherapeut voelt zich verantwoordelijk voor het kind aangezien deze kwetsbaar is en afhankelijk van de moeder. Dat het kind niet zelf kan beslissen speelt een grote rol. Als een kind instemt met de behandeling wordt deze uitgevoerd. De huidtherapeut is betrokken bij de cliënt maar is wel afhankelijk van indicatie waar zij voor komen en de daarbij behorende context.

Volgens de huidtherapeuten is er een verschuiving van het wereldbeeld van jonge vrouwen. *Social media* en schoonheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Voornamelijk jonge cliënten worden hierdoor beïnvloed, dit kan een onrealistisch verwachtingspatroon creëren. Door de komst van *social media* komt een schoonheidsnorm tot leven waarin de huidtherapeut volgens hen een bepaalde verantwoordelijkheid draagt. De hulpvraag van de cliënt kan gestuurd worden door de huidtherapeut. De huidtherapeut heeft daarmee niet het idee dat zij de schoonheidsnorm in de praktijk bepaalt. Huidtherapeuten die in loondienst zijn hebben het makkelijker met het grenzen stellen dan huidtherapeuten die een eigen kliniek hebben. Er mag geen geld worden verdiend als de huidtherapeut daarmee niet de hulpvraag van de cliënt beantwoordt. Daarnaast is het van belang dat een veilige en effectieve behandeling kan worden bewerkstelligd.

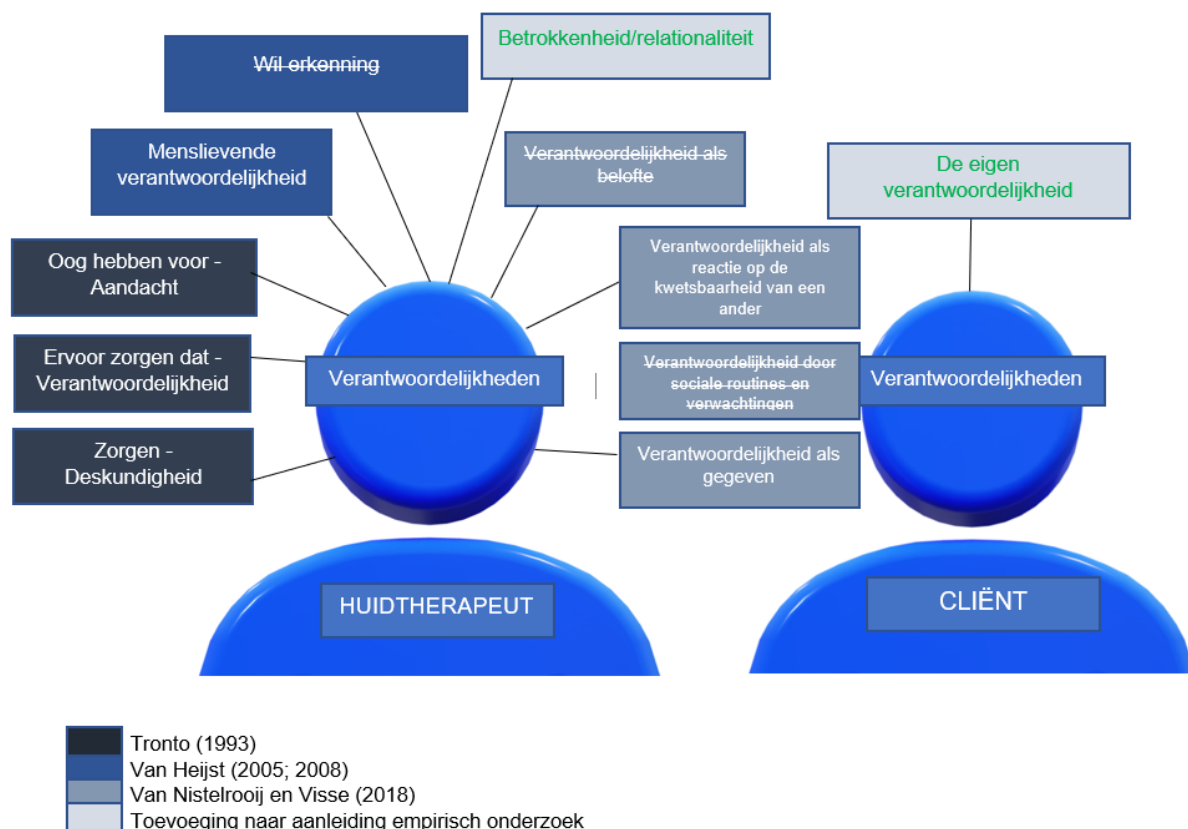
Naast de huidtherapeut, levert de cliënt ook een bijdrage door de eigen verantwoordelijkheid. De cliënt heeft een eigen verantwoordelijkheid in de keuzes die hij of zij maakt en of er wordt ingegaan op de adviezen van de specialist. Tevens heeft de cliënt een rol door zich open te stellen voor het zorgproces. De huidtherapeut neemt haar morele verantwoordelijkheid en probeert in overleg zoveel mogelijk voor de cliënt te kunnen betekenen. De morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt komen samen in de huidtherapeutische praktijk.

5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

5.1 Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk wordt de volgende zorgethische deelvraag beantwoord: Wat betekent de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten voor goede zorg bij cliënten die komen met een cosmetische hulpvraag?

Bij de beantwoording worden de empirische uitkomsten samengebracht met de theoretische bevindingen om een antwoord te kunnen formuleren op de uiteindelijke hoofdvraag. In dit onderzoek zijn inzichten opgedaan op drie verschillende lagen, ook wel de 'drietrapp' genoemd. Dit betreft de geleefde ervaringen van de huidtherapeuten, zorgpraktijken en de manier waarop de samenleving is georganiseerd. Deze combinatie wordt gezien als het meest vruchtbaar in zorgethisch onderzoek (Leget et al., 2017). Het empirisch onderzoek en de theoretische reflectie worden door het maken van een dialectische verbinding verrijkt. De zorgethische discussie wordt gevoerd aan de hand van figuur 2 welke eerder is genoemd in de conclusie van de theoretische bevindingen. Om de theorie met de praktijk te toetsen is figuur 3 tot stand gekomen. In dit figuur is groen afgebeeld wat een toevoeging zou zijn volgens de empirische bevindingen en wit doorstreept wat niet relevant is in de empirische bevindingen. Daarbij zijn behalve de verantwoordelijkheden van de huidtherapeut ook deze van de cliënt afgebeeld in het figuur.



Figuur 3. Het van Dinteren Ethisch Esthetisch Model (DEEM) in ontwikkeling

Aandacht – Verantwoordelijkheid - Deskundigheid

Uit empirisch onderzoek blijkt dat de huidtherapeuten niet altijd ingaan op de zorgnoden van de cliënt. Terwijl Tronto (1993) aangeeft dat zorg is gericht op het reageren van behoeften. Bij het negeren van zorgbehoeften wordt dit door Tronto gezien als moreel falen. Goede zorg is voor de huidtherapeuten juist niet altijd in gaan op de wens van de cliënt. Met het element aandacht wordt door de huidtherapeut bekeken welke cosmetische behandeling passend is voor de cliënt. De reden voor afwijzing die het meest naar voren is gekomen uit empirisch onderzoek is een onrealistisch verwachtingspatroon. Hierbij wordt dan niet ingespeeld op de zorgnood en kan de cliënt worden doorverwezen naar een andere discipline. Zo zegt bijvoorbeeld deze huidtherapeut: “Ik heb wel altijd als het voor mij niet goed voelt of iemand een onrealistisch beeld heeft dan doe ik het niet”(H2). Er kan worden gesteld dat aandacht een belangrijk element is. Ondanks dat de hulpvraag niet altijd kan worden beantwoord kan er worden gesteld dat aandacht en verantwoordelijkheid waarneembaar is.

Het belang van deskundigheid werd ook meermaals genoemd door de huidtherapeuten. Zo gaf een huidtherapeut aan bij de vraag wat wordt verstaan onder goede zorg: “zorg die kritisch is onderbouwd, dat je niet zomaar wat doet. Dat je handelt naar je kunnen, je professionaliteit”(H2). De fase *caring* komt hierin duidelijk terug waarbij niet het standpunt van de huidtherapeut van belang is maar die van de cliënt (Tronto, 1993). Als de cliënt graag een cosmetische behandeling wil ondergaan maar de huidtherapeut wil deze niet uitvoeren, is uiteindelijk de huidtherapeut hoofdverantwoordelijk. Bij het fasenmodel van Tronto vraagt Van Heijst zich af of er wel één zorgwerkelijkheid bestaat. Door de chronologische volgorde van het model is het niet duidelijk of de betrokkenen eenzelfde situatie totaal anders zullen ervaren of niet. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat soortgelijke situaties verschillend kunnen worden ervaren door de huidtherapeuten. Zoals bijvoorbeeld de omgang met ouder-kind relaties.

Menslievende verantwoordelijkheid

Dat de huidtherapeut verlangt naar erkenning (Van Heijst, 2008) is niet specifiek aanbod gekomen in het empirisch onderzoek. Tijdens de interviews is hier niet direct over gesproken, dit wil niet zeggen dat de huidtherapeuten geen belang toekennen aan erkenning. Dit kan te maken hebben met een bepaalde bescheidenheid of het niet duidelijk genoeg bespreekbaar maken van dit onderwerp tijdens de interviews. In dit figuur is erkenning niet meegenomen aangezien dit niet voorbij kwam in dit empirisch onderzoek. Het vertrekpunt van morele dimensies van zorgverantwoordelijkheid wordt door Van Heijst (2005) toegelicht vanuit vier observaties. Waaronder dat zorgverleners die de zorgverantwoordelijkheid op zich nemen, ook veel vatbaarder zijn voor kritiek en vervolgens de lasten dragen. Dit gaf een huidtherapeut ook expliciet aan: “Ik zeg ook vaak wel eerlijk als ik iets niet wil behandelen of iets niet aandurf dan zeg ik ook van ja, misschien dat mijn collega 's wel willen, maar ik ga hier niet aan beginnen, want als het fout gaat, dan mag ik op de blaren zitten”(H5). Deze huidtherapeut maakt zich zorgen over de gevolgen. Zo schrijft Van Heijst (2005) ook dat kritiek zich sneller richt op degene die gaan zorgen en daarbij misschien fouten maken, dan zij die het laten afweten. Ook het beoordelen of degene zijn of haar zorgverantwoordelijkheid naar behoren neemt bespreekt Van Heijst (2005). Zij vraagt zich af wie de maatstaf bepaalt van morele verantwoordelijkheid. Ook dit punt wordt door een huidtherapeut aangekaart. Zo geeft zij aan dat het lastig is, want met zowel instemmen of tegenstemmen laat je de eigen mening doorschemeren (H1). Zo zegt zij: “Want als ik zeg van nee ik haal ze niet weg, want het is al mooi zoals het is, dan stuur ik iemand natuurlijk ook heel erg in een

waardeoordeel”(H1). De menslievende verantwoordelijkheid van Van Heijst (2005) wordt gezien in de volgende handeling: “Dan is vaak ergens anders een complicaties opgetreden en dan komen ze bij mij met alsjeblieft help me. Dan voel ik die verantwoordelijkheid zeker wel, zeker als iemand huilend tegenover je zit, of je dan niet alsjeblieft een oplossing hebt. Die oplossing is er dan ook niet altijd. Eerlijkheid is dan gewoon de clou. Zeggen wat je weet”(H6). Beroepsmatige verantwoordelijkheid kan worden bestempeld als een praktijk van moreel relevante medemenselijkheid (Van Heijst, 2005).

Betrokkenheid/Relationaliteit

In figuur 3 is een extra punt toegevoegd namelijk: betrokkenheid en relationaliteit. Door de huidtherapeuten in het empirisch onderzoek werd het belang hiervan meerdere malen aangegeven. Volgens de zorgethische auteurs (Kittay, 1999; Ruddick, 1989; Tronto, 1993, 2017; Van Heijst, 2008) is de zorgpraktijk een verzameling van zorgrelaties. Tevens bleek hoe meer betrokken de huidtherapeut was, hoe meer verantwoordelijkheid er werd ervaren. In detail is over betrokkenheid niet gesproken in het theoretisch kader. Wel over het belang van de afhankelijkheidsrelatie. Wat tevens maakt dat men betrokken is. Van Heijst (2008) verwijst naar vier punten met betrekking tot afhankelijkheid: het oog hebben voor de context en het verloop van het proces, afhankelijkheid die altijd asymmetrie met zich meebrengt, kwetsbaarheid en gevoeligheid van een zorgverlener-patiënt relatie. Teruggekomen in het empirisch onderzoek is de het verloop van het proces belangrijk. De asymmetrie is niet duidelijk naar voren gekomen in het zorgproces van de huidtherapeut. Wat is besproken is wel de kwetsbaarheid van de cliënt en niet zozeer van de huidtherapeut.

De relatie met de cliënt is bepalend voor de hoeveelheid verantwoordelijkheid die de huidtherapeut voelt. Wat naar voren kwam in het empirisch onderzoek en wat in de theorie werd onderbouwd is dat zorg ontstaat in de relatie tot de ander (Van Nistelrooij, 2008). Dit sticht een zorgethische relatie (Grypdonck et al., 2019). De huidtherapeuten kennen een grote rol toe aan relaties, communicatie, dialoog en aan sociale contexten. Mocht het relationele aspect voor hen niet goed voelen, dan gaan zij geen samenwerking aan met de cliënt. Waarbij in de theorie juist werd aangegeven dat zorgprofessionals in verlegenheid worden gebracht bij het ter sprake brengen van morele gevoelens (Van Heijst, 2005), wordt in de empirie juist aangegeven dat zij met collega's graag hierover in gesprek gaan. Zoals de volgende huidtherapeut aangeeft: “Als ik zoiets hebt, dan probeer ik altijd wel vaak collega's te vragen van: joh, ik loop ergens tegen aan, van hoe kan ik dit beter oplossen? Om te kijken wat kan ik hier nog doen”(H5). Ook geeft een andere huidtherapeut juist aan: “Dus ja moet ik bij twijfel

behandelingen wel of niet doen? Soms is het belangrijk om enen akkoord of een bevestiging te vragen”(H4). Voor Tronto (1993) is een zorgpraktijk een verzameling van sociale zorgrelaties. Dit is tevens duidelijk terug te zien bij de huidtherapeut die aangaf meer tijd te nemen voor mensen van haar eigen leeftijd. Zij gaf aan: “Ja, ik, ik betrap me daar soms wel op als ik iemand heb van mijn leeftijd dan denk ik daar ga ik gezellig mee kletsen”(H5). De cliënt is ingeprent dat zij autonoom is en rechten heeft, waardoor zij eisen kan stellen in haar zorgtraject (Van Heijst, 2008). Ook door *social media* geven de huidtherapeuten aan dat de cliënten het idee hebben dat het lichaam steeds meer maakbaar is. Zo vroeg een huidtherapeut aan een cliënt: “Wanneer zou je tevreden zijn? En dan krijg je natuurlijk ook wel eens te horen van helemaal egaal, geen porie meer te bekennen. En dat dat natuurlijk het beeld is wat ze vanuit de *social media*, ook in bladen en zo krijgen”(H1).

De paradigma's over verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheden van huidtherapeuten blijken verschillend te zijn in vergelijking met de theorie. Tevens is paradigma 1 en 3 weggelaten en is betrokkenheid/relationaliteit toegevoegd. Tijdens de interviews kwam paradigma 1 (verantwoordelijkheid als belofte) niet naar voren. De huidtherapeuten voelden zich niet verplicht tot het nakomen van een belofte, als dit voor hen niet voelt als het leveren van goede zorg. Wel werd paradigma 2 gezien, verantwoordelijkheid als reactie op de kwetsbaarheid van de ander. Waarbij de huidtherapeut een groter verantwoordelijkheidsgevoel ervaarde bij kinderen, ouderen en andere kwetsbaren. Dan wordt verantwoordelijkheid gecreëerd door sociale routines en verwachtingen kunnen niet worden beaamd. De huidtherapeuten zijn bewust van de intentie van hun leidinggevende. Echter, is dit niet van invloed op de morele keuzes die de huidtherapeut maakt. Van de vier paradigma's van Van Nistelrooij en Visse (2018) werd paradigma 4 (verantwoordelijkheid als gegeven) het meest door de huidtherapeuten ervaren. Het is ‘het verschijnsel’ van een onzichtbare roep waar de huidtherapeut op reageert zonder dit te ervaren als plicht.

De commerciële zorgpraktijk

Vanuit de zorgethische literatuur beredeneerd dat de hedendaagse zorg in het teken staat van economisch nut en functionaliteit (Van Heijst, 2005). Uit het empirisch onderzoek is dit niet duidelijk naar voren gekomen. De huidtherapeuten in dit onderzoek leggen de focus op zorg en niet op de financiële verdiensten voor hen zelf of voor hun werkgever. Voor de huidtherapeuten bevat een zorgpraktijk meer dan alleen een morele code van regels en voorschriften (Vorstenbosch, 2005). Opvallend is wat van Heijst (2005) beschreef over dat er geen minuut verloren mag gaan in de zorg, dit kwam niet naar voren in het empirisch

onderzoek. Geen van huidtherapeuten gaf aan tijdsdruk te ervaren. Waar de huidtherapeuten een groot belang aan toe kennen is het belang van nut en effect van de behandeling. Verwachten zij geen effectieve behandeling, dan wordt er niet behandeld. De huidtherapeuten bekeken professionele verantwoordelijkheid niet enkel procedureel en juridisch. De cliënt en de huidtherapeut zijn in de zorgrelatie afhankelijk van elkaar. De context en de gevoelens die daarbij komen kijken zijn van groot belang (Van Heijst, 2005). Voor de huidtherapeuten met een eigen kliniek is het moeilijk om financiële eindresultaten los te laten. Zij kijken bij geen directe behandelindicatie naar andere mogelijkheden. Voor hen is de winst wel van belang en zij richten de zorg bedrijfsmatiger in. Ook gaven enkele huidtherapeuten aan dat naar verwachting hun werkgever een andere keuze zou maken dan zij deden. Dit met oog op de zorgpraktijk als commerciële praktijk.

De eigen verantwoordelijkheid

Wat niet expliciet benoemd is in het theoretisch kader is de rol van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat de huidtherapeuten een rol toe bedelen aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. In het theoretisch onderzoek is er wel aandacht voor de afhankelijkheidsrelatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. Het is van belang dat de cliënt meewerkt aan een juist en verantwoord verloop van het zorgproces. In de tweede fase van Tronto wordt verantwoordelijkheid benadrukt om de zorg tot zich nemen. De huidtherapeuten in het onderzoek gaven aan niet alleen verantwoordelijk te zijn voor het leveren van goede zorg. Zo wordt aangegeven: “Dat is ook echt een ding voor de cliënt zelf hoor. Wij moeten naar ons onderbuikgevoel luisteren maar dat moet de cliënt ook”(H2). Hierbij duidt de huidtherapeut aan dat er ook een eigen verantwoordelijkheid is voor de cliënt. Zoals het maken van een eigen keuze om wel of niet in te stemmen met het behandelplan en adviezen van de huidtherapeut op te volgen. Zij zochten naar wederkerigheid in de zorgrelatie. Uit de empirie kan worden gesteld dat de huidtherapeuten hun verantwoordelijkheid niet zien als een verplichting die is ingebed in een reeks formele regels en beloften (Tronto, 1993). Per context wordt bekeken welke verantwoordelijkheden de huidtherapeut tot zich wil nemen.

5.2 Discussie van resultaten

De maatschappelijke probleemstelling liet zien dat er steeds vaker een eenzijdig schoonheidsideaal wordt gehanteerd in de samenleving (Bolt, 2014) en dat er weinig bekend is over de geleefde morele zorgverantwoordelijkheid bij het uitvoeren van cosmetische behandelingen. Terwijl er een trend is van het perfectioneren van de huid (Wolf, 2002).

Middels dit onderzoek is getracht hun verhalen met betrekking tot de ervaring in de praktijk aan het licht te brengen. Er is aangetoond dat de ervaring van morele verantwoordelijkheid nauw is verbonden met de relatie die de huidtherapeut heeft met de cliënt. Daarbij is geconstateerd dat de ervaring van morele verantwoordelijk sterk wordt beïnvloed door de persoonlijke context van de cliënt.

In de wetenschappelijke probleemstelling kwam naar voren dat er in het beroepsprofiel wel is geschreven over de gewenste houding van de huidtherapeut, maar er geen aandacht is gegaan naar de ervaring van morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen. Middels het gebruik van de *sensitizing concepts* is in de analyse gebruik gemaakt van attenderende zorghetische begrippen. Middels het verbinden van theoretische concepten en de empirische data is er een verband ontstaan tussen de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut en de cosmetische zorg.

5.3 Conclusie, beperkingen en aanbevelingen

5.3.1 Eindconclusie

Met dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: Hoe ervaren huidtherapeuten die werkzaam zijn in een cosmetisch instituut hun morele verantwoordelijkheid ten aanzien van cosmetische behandelingen en wat kunnen we van deze ervaringen leren met de inzichten van Joan Tronto en Annelies van Heijst over goede zorg voor de cliënten die een cosmetische hulpvraag hebben?

Vanuit empirisch onderzoek kan worden gesteld dat de huidtherapeuten zorgverantwoordelijkheid dragen voor hun cliënten in de praktijk. Goede zorg is ingaan op de zorgnoden van de cliënt. Dit doen zij door pas in te spelen op een hulpvraag als zij deze echt goed hebben ‘verstaan’. Aanvullend hierop is de context en de relatie met de cliënt van groot belang om de zorgbehoefte te begrijpen. Regelgeving en economie hebben invloed op de huidtherapeutische praktijk. De directe toegankelijkheid heeft een verandering teweeggebracht voor de huidtherapeut. Het zelfbeeld van de cliënt wordt beïnvloed door *social media*. De cliënt kan voor zichzelf een ideaalbeeld willen creëren. De huidtherapeut biedt cosmetische behandelingen aan die de cliënt dichterbij het creëren van het ideaalbeeld. Financiële belangen mogen volgens de theorie van Van Heijst (2005), als uit het empirisch onderzoek hierin geen rol spelen.

Uit dit onderzoek blijkt dat hierin voor zowel de cliënt als de huidtherapeut een morele verantwoordelijkheid schuilt. Voor de huidtherapeut is het van belang behandelgrenzen aan te

duiden. Als de huidtherapeut de behandeling onveilig acht of de behandelwens niet realistisch is, is het van belang hier eerlijk en transparant over te zijn. De cliënt heeft tevens een morele verantwoordelijkheid met betrekking tot de behandelingen. Uit de praktijk komt naar voren dat de cliënt ook een eigen verantwoordelijkheid heeft met betrekking tot het zorgproces. Het blijkt hoe beter de relatie tussen de huidtherapeut en cliënt is, hoe meer verantwoordelijkheid wordt ervaren. De cliënt en de huidtherapeut zijn in de zorgrelatie afhankelijk van elkaar. Waarbij zowel de huidtherapeut als cliënt verantwoordelijkheid dragen. Deze verantwoordelijkheid behelst verschillende fases en morele houdingen van zorg (Tronto, 1993). Daarbij kunnen verantwoordelijkheden worden gekaderd in vier verschillende paradigma's (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Uit dit onderzoek blijkt het dat goed willen handelen een prominente rol heeft in de huidtherapeutische praktijk.

Concluderend voor dit onderzoek naar aanleiding van het theoretisch kader en de empirische bevindingen kan worden gesteld dat een combinatie van verschillende morele houdingen en verantwoordelijkheden van belang zijn voor de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten. Dit betreft de morele houdingen en elementen van Tronto (1993) zoals aandacht, verantwoordelijkheid en deskundigheid, menslievende verantwoordelijkheid van Van Heijst (2005), verantwoordelijkheid als reactie op de kwetsbaarheid van een ander en verantwoordelijkheid als gegeven van Van Nistelrooij en Visse (2018). De huidtherapeut is niet alleen verantwoordelijk voor de morele verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid komt tot stand door verbondenheid. Hier is de huidtherapeut samen met de cliënt verantwoordelijk voor. Dit is een samenspel van verbondenheid, relationaliteit, afhankelijkheid en een reactie op de roep van de ander.

Met dit onderzoek is inzicht geboden in de ervaring van huidtherapeuten met morele verantwoordelijkheid in de praktijk. Hiermee draagt het onderzoek bij aan het openen van de maatschappelijke discussie over het uitvoeren van cosmetische behandelingen in de huidtherapeutische praktijk en de daarbij behorende morele kwesties.

5.3.2 Mogelijke beperkingen en aanbevelingen

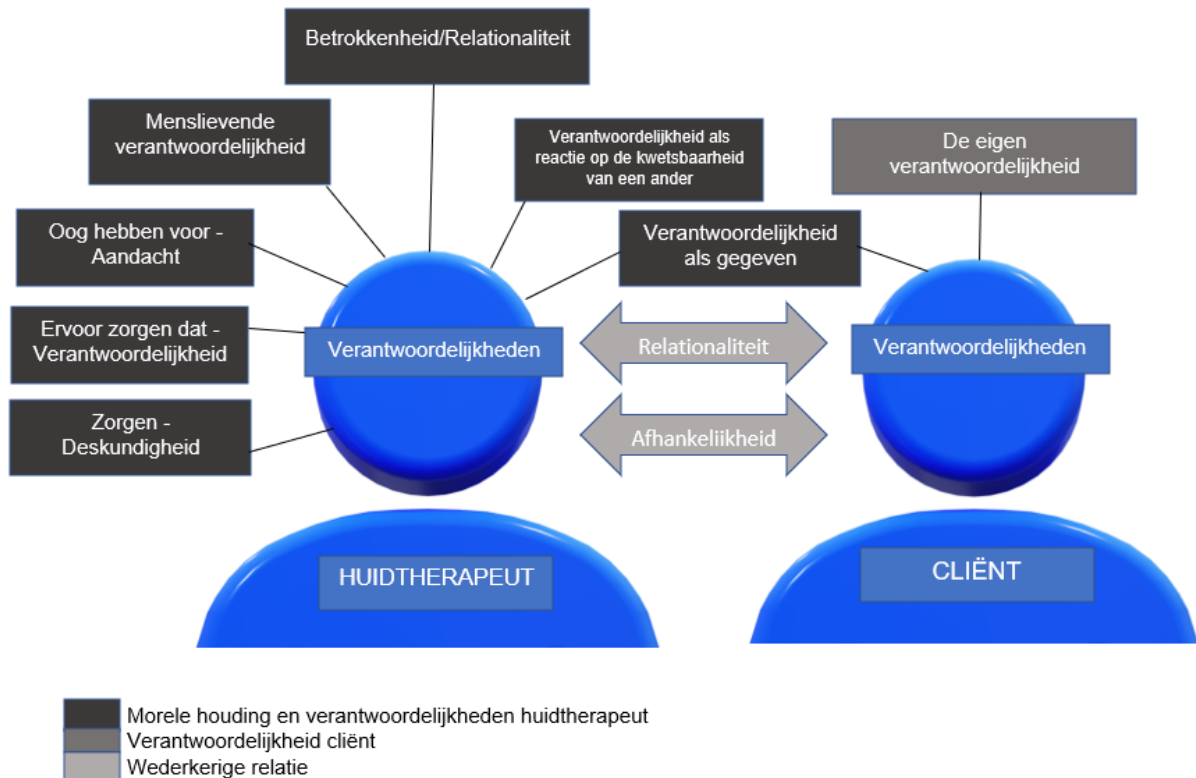
Ondanks dat er een constante focus is geweest op het behouden van een open houding kan het van invloed zijn geweest dat de onderzoeker zelf ervaring heeft in de praktijk als huidtherapeut waardoor eventuele oordelen voorafgaand al waren gecreëerd. Tijdens het verzamelen van de datagegevens was het midden in *lockdown* in verband met het COVID-19 virus waardoor de meeste huidtherapeuten de voorkeur gaven aan een online interview. Het kan zijn dat de uitkomsten van de interviews anders zijn geweest in een *offline setting*.

Een aanname in het onderzoek is geweest dat er een verandering zou plaats hebben gevonden binnen het beroep huidtherapie sinds deze direct toegankelijk is geworden in 2011 (Uitslag, 2017). Echter, bleek er voor de huidtherapeuten geen grote impact te zijn geweest met betrekking tot morele afwegingen. Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er aanbevelingen voor een volgend (zorgethisch) onderzoek. Van Heijst (2008) veronderstelt dat erkenning een belangrijkere rol speelt bij cliëntentevredenheid dan we tot nu toe weten. In dit onderzoek is het belang van erkenning niet naar bovengekomen en zodoende ook niet meegenomen in het DEEM-model. De theoretische bevindingen geven wel aan dat erkenning onmisbaar is. Voor volgend onderzoek wordt geadviseerd om over dit onderwerp meer vragen en tijd te besteden.

In fase drie van het model van Tronto (1993) is niet het standpunt van de huidtherapeut van belang maar dat van de cliënt. Een volgend onderzoek zou zich kunnen toespitsen op de beleving van de cliënt met betrekking tot zijn of haar eigen verantwoordelijkheid. Om een rijker beeld te krijgen over goede zorg. Nog een andere manier om een diverser beeld te krijgen van de morele verantwoordelijk is het betrekken van andere specialisten, zoals de plastisch chirurg, dermatoloog en huisarts. Waar overlappen de verantwoordelijkheden en waar vallen eventuele gaten? Een laatste aanbeveling voor volgend onderzoek is het verder uitdiepen van emoties en morele verantwoordelijkheid. Hoe verhouden deze concepten zich tot elkaar? Zo gaf een huidtherapeut aan dat een cliënt huilend tegenover haar zat waarbij ze aangaf: “De verantwoordelijkheid zeker wel te voelen”(H6).

Waar de huidige samenleving doorgaans gekenmerkt wordt door individualisering en vaak een beroep gedaan wordt gedaan op de autonome, zelfredzame burger wordt in het onderzoek gezien dat afhankelijkheid juist belangrijk is. Er is een nieuwsgierigheid ontstaan in hoeverre de normalisering van cosmetische ingrepen gedurende de komende jaren zal toenemen en hoe de grenzen van de huidtherapeut dan zullen worden bewaakt.

Het van Dinteren Ethisch Esthetisch Model (DEEM)



Figuur 4. Het DEEM-model

Tot slot, als aanbeveling is figuur 4 het van Dinteren Ethisch Esthetisch Model (DEEM) ontwikkeld waarin de morele houdingen en verantwoordelijkheden staan beschreven voor zowel de huidtherapeut als de cliënt. Dit figuur komt voort uit de theoretische en empirische bevindingen van dit onderzoek. Het DEEM-model kan worden gebruikt in de huidtherapeutische praktijk als leidraad voor de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten met betrekking tot cosmetische behandelingen.

6. KWALITEITSCRITERIA

In narratief onderzoek wordt nauwkeurig gekeken naar de objectieve kwaliteitscriteria die gehanteerd worden in kwalitatief onderzoek (Creswell & Poth, 2018; Riessman, 2008). Volgens Riessman (2008) is een onderzoek dat gebaseerd is op het sociaal-constructivisme en niet van toepassing om te zoeken naar de waarheid, maar om individuen en groepen begrijpen. Om dit onderzoek meer betrouwbaar te maken is er een transparantie met betrekking tot het verloop van de methodologische beslissingen. Transparantie in narratief onderzoek is van groot belang om de echtheid van de verhalen te waarborgen (Riessman, 2008). Door het expliciet en navolgbaar maken van het onderzoeksproces en het toegankelijk stellen van primaire data voor direct betrokkenen wordt de kwaliteit van het onderzoek gewaarborgd (Riessman, 2008). Om de kwaliteit verder van deze masterthesis te waarborgen wordt zowel de interne als externe validiteit gewaarborgd. Ten eerste om de interne validiteit, de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten wordt gebruik gemaakt van triangulatie van data. Er is gebruik gemaakt van zowel theoretisch als empirisch onderzoek en zijn er verschillende literaire bronnen gebruikt om secundaire data te analyseren. Er zijn voor het empirische gedeelte zeven huidtherapeuten geïnterviewd en voor het onderzoek zijn tevens meerdere auteurs gebruikt. Er heeft een data saturatie plaatsgevonden tot deze was verzadigd. Bij het zevende interview was het punt bereikt waarbij geen nieuwe informatie meer naar voren kwam. Er is ook aandacht geweest voor bias en de subjectiviteit van de onderzoeker. Tijdens het onderzoek is een *self-disclosure* logboek bijgehouden met gedetailleerde kritische gedachten. Hier werden vooronderstellingen opgeschreven en de invloed daarvan op het onderzoek. De externe validiteit, de overdraagbaarheid van het onderzoek wordt gewaarborgd door lokale, context gebonden kennis weer te geven zodat een lezer weer nieuwe kennis opdoet door deze inzichten weer af te wegen tegen de eigen ervaring en interpretaties. Tenslotte, wordt in dit onderzoek de betrouwbaarheid gewaarborgd door het bijhouden van een logboek en middels het schrijven van transcripten.

7. LITERATUUR

- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Denken en doen. Boom Lemma.
- Bolt, L. L. E. (2014). Patiëntenautonomie is niet alles. *Nederlands Tijdschrift voor Plastische Chirurgie*. 3. 108-110
- Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, 5(3), 12-23.
- Creswell, J. & Poth, N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches* (2 ed., 1e druk: 2012). Thousand Oaks:tronto. Sage Publications.
- Davis, K. (1996). *De tweede schepping*. Amsterdam, Nederland: De boekerij bv.
- De Waard, N., Visser, S., Bouwman, T. K. & Van Es, S. M. (2015). Body dysmorphic disorder: een onder gediagnosticeerde stoornis. *Psychopraktijk*. Nr. 1, p. 20-25.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Given, L. M. (2008). The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. *Sage Publications*.
- Grypdonck M, Vanleare L & Timmermann M. (2019). *Zorghethisch leiderschap in de praktijk*. Leuven; Amsterdam: LannooCampus.
- Hamington, M. (2012) Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, Vol. 5, No. 1 (Spring 2012), pp. 52-69
- Johnson, C. W., & Parry, D. C. (2015). *Fostering Social Justice Through Qualitative Inquiry*. London & New York: Routledge.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's labor*. Abingdon, Verenigd Koninkrijk: Routledge

- Kittay, E. F. (2011). *The Ethics of Care, Dependence, and Disability*. *Ratio Juris*, 24(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9337.2010.00473.x>
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.
- Mattingly, C., & Lawlor, M. (2000). Learning from Stories: Narrative Interviewing in Crosscultural Research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(1), 4–14. <https://doi.org/10.1080/110381200443571>
- Mousavi, S.R. (2010). The ethics of aesthetic surgery. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. Doi: 0.4103/0974-2077.63396
- Rajanala, S., Mayra. B.C., Neelam, S. (2018). Selfies-Living in the Era of Filtered Photographs. *JAMA Facial Plastic Surgery*. Doi:10.1001/jamafacial.2018.0486
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking*. Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press.
- Spauwen, P. H. M (2010). Plastisch chirurgisch handelen, een ethisch discours. *Nederlands Tijdschrift voor Plastische Chirurgie*. 34-42.
- Stapel, M. (2014). Beroepsethos versus patiëntenautonomie binnen de plastisch-esthetische chirurgie. *Nederlands Tijdschrift voor Plastische chirurgie*. (2) 66-69.
- Ten Have, H.A.M.J, Ter Meulen, R. H. J & Van Leeuwen, E. (2009). *Medische ethiek*. 3^e, herz. dr, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tonkens, E., Bröer, C., Sambeek, N. van, Hassel, D. van, (2013). Pretenders and performers: Professional responses to the commodification of health care. *Social Theory & Health*, Vol. 11, 4, 368-387

- Tronto, C. J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*. New York: Routledge.
- Tronto, C. J. (2013). *Caring democracy. Markets, equality, and justice*. New York, NY & London, England: New York University Press.
- Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27– 43.
<https://doi.org/10.1332/239788217x14866281687583>
- Uitslag, S. (2017). Beroepsprofiel Huid- en oedeemtherapeut. *Nederlandse vereniging van huidtherapeuten*. Geraadpleegd op 16-02-2021, van
<https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/SiteAssets/Lists/InfoItem/AllItems/NVH%20beroepsprofiel.pdf>
- Van Dartel, H. & Molewijk, B. (2014). *In gesprek blijven over goede zorg*. 4^e ed. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg*. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Uitgeverij Klement. 7^e druk. 1^e druk 2005.
- Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan*. Zorgethiek over erkenning. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Van Nistelrooij, I. (2008). *Basisboek zorgethiek: over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk: Berne Media. 10e druk, (1e druk 2008)
- Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2018). Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: A phenomenological view. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(2), 275-285. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9873-7>

Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. *Kwalon*, 19(3), 18-26.

Visser, M. & Sikkenga, B. (2017). *Social Media Management. Vanuit commercieel perspectief*. 1^e druk Noordhoff Uitgevers

Vorstenbosch, J. (2005). *Zorg: een filosofische analyse*. Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam.

Walker, M. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. Oxford: University Press.

Wolf, N. (2002). *The beauty myth: how images of beauty are used against women*. New York: Perennial.

Bijlage 1: Interview opzet

Tronto	<ul style="list-style-type: none">- Wat versta je onder goede zorg?- Wat doen we eigenlijk als we goede zorg leveren?- Sinds 2011 is huidtherapie direct toegankelijk, behalve de rode vragenlijst, denk je dat er veel veranderd is voor huidtherapeuten?
Verantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none">- In hoeverre voel je je betrokken bij de cliënt en de behandeling?- Hoe sta je tegenover het uitvoeren van cosmetische behandelingen? Zoals chemische peels en laserbehandelingen?- Met het uitvoeren van cosmetische behandelingen heb je invloed op de ander. Ga je hier bewust mee om?- Heb je een voorbeeld van een ethische kwestie waarbij je een vreemd onderbuikgevoel had?- Wat is jouw afbakening van wanneer je de ene cliënt wel behandelt en de andere niet?- Ben je in de afgelopen jaren juist strenger geworden naar de cliënt toe met betrekking tot de cosmetische mogelijkheden? Of milder? (Ik zelf merk bv. gezien ik steeds meer weet wat mogelijk is, hier ook steeds verder in ga).- Ervaar je afhankelijkheid van de cliënten, zo ja in hoeverre is deze aanwezig? (Heb je wel is het gevoel

	dat de cliënt je nodig hebt, wat doe je hier mee?)
Van Heijst	<ul style="list-style-type: none"> - Staat goede cliëntenzorg (soms) tegenover efficiëntie en winst maken? - Zie je de cliënt met een cosmetische hulpvraag wel is als kwetsbaar?
Schoonheid	<ul style="list-style-type: none"> - Heb je wel is het idee in de kliniek dat jij bepaalt wat schoonheid is? (Bv. door het aangeven van behandelgrenzen etc)
Afloop	<ul style="list-style-type: none"> - Zou je zelf nog iets willen toevoegen of bespreken wat nu nog niet is gezegd?
Feedback	<ul style="list-style-type: none"> - Vond je de volgorde van de vragen logisch? - Voelde het goed zo? - Waren er verrassende vragen? Of vond je de vragen er sturend?

Bijlage 2: Overzicht respondenten

Aanduiding naam met cijfer	Functie	Datum interview
H1	Huidtherapeut in loondienst	22 april 2021
H2	Huidtherapeut in loondienst	19 april 2021
H3	Huidtherapeut zelfstandig ondernemer	19 april 2021
H4	Huidtherapeut zelfstandig ondernemer	6 mei 2021
H5	Huidtherapeut in loondienst	11 mei 2021
H6	Huidtherapeut in loondienst	21 april 2021
H7	Huidtherapeut in loondienst	5 mei 2021

Bijlage 3: Fragment uit het codeboek

Thema	Open coderen	Naam /tijd	Tekstfragment	Axiaal coderen
Verantwoordelijkheid	Huilend onder narcose kind plastisch chirurg	Anne 00:07:01	Ze ging huilend onder narcose, omdat ze dan weer geopereerd moest worden. Dat is wel echt heel moeilijk, ofzo.	Voorbeeld ethisch dilemma
Verantwoordelijkheid	Verantwoordelijkheid zorgprofessiona	Anne 00:07:14	Ja, dat ik daar ook bij stond op die OK dat ik echt dacht van: o, jee wat heftig dit. Dan denk je inderdaad, in hoeverre is dit verantwoord?	Voorbeeld ethisch dilemma
Verantwoordelijkheid	Beslissing moeder	Anne 00:07:28	De moeder kon daar volledig over beslissen. Omdat het kind zo jong was, en die denkt natuurlijk vooruit voor de toekomst van het kind. Het kind kan natuurlijk zelf het nog helemaal niet bevatten. Het kind is er wel bewust van dat het weer moet worden geopereerd en dan ga ik slapen, en dan word ik wakker en dan heb ik pijn.	Voorbeeld ethisch dilemma
Verantwoordelijkheid	Als iemand meer behandelingen wil	Anne 00:10:39	Wanneer het voor jou voldoende is, en als iemand het nog niet voldoende vindt dan ben	Grenzen aangeven

			ik daar om te adviseren of het nog zinvol is om te behandelen.	
--	--	--	--	--