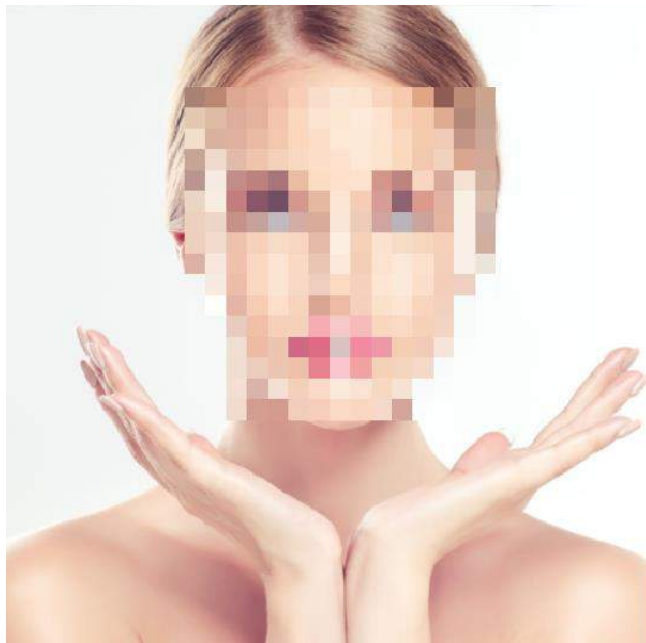


HOE ETHISCH IS ESTHETISCH?

Een zorgethische reflectie op de geleefde 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: Dr. Inge van Nistelrooij

Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget

Inleverdatum: augustus 2021, Utrecht

Naam: Mariska van Dinteren

Studentnummer: 1028189

Email: m.vandinteren@student.uvh.nl

SAMENVATTING

Door de toename in het aantal cosmetische behandelingen en door invoering van de directe toegankelijkheid heeft er een verandering plaats gevonden in de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut. Hoe de huidtherapeut morele verantwoordelijkheid ervaart was nog niet eerder onderzocht. Dit kwalitatieve zorgethische onderzoek biedt inzicht in de ervaring van de morele verantwoordelijkheid bij huidtherapeuten. Daarbij verrijkt dit onderzoek de zorgethische literatuur door meer begrip te creëren rondom de morele verantwoordelijkheid in de context van cosmetische zorg.

Het onderzoek beantwoordt de volgende hoofdvraag:

Hoe ervaren huidtherapeuten die werkzaam zijn in een cosmetische praktijk 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?

Tronto stelt dat verantwoordelijkheid moet worden gezien als ‘erkenning’ waarbij iemand verantwoordelijkheid kan nemen om iets aan een bepaalde situatie te veranderen. Voor Van Heijst betekent verantwoordelijkheid het afstemmen van de zorg op de behoeften van de cliënt. Er zijn zeven huidtherapeuten geïnterviewd die werkzaam zijn in de cosmetische praktijk. Door middel van een narratieve, thematische analyse zijn de empirische bevindingen geanalyseerd. Uit dit onderzoek zijn zes belangrijke inzichten naar voren gekomen die relevant zijn voor zorgethiek om verder te doordenken voor het leveren van goede zorg aan cliënten in de cosmetische praktijk. Ten eerste ervaren de huidtherapeuten in dit onderzoek een sterker gevoel van morele verantwoordelijkheid bij kwetsbaren. Ten tweede wordt de morele verantwoordelijkheid minder sterk ervaren bij cliënten met wie de huidtherapeut een vriendschappelijke relatie ervaart. Ten derde heeft de huidtherapeut macht in het bepalen van de zorgnoden van de cliënt door woorden te gebruiken die de zorgnood afzwakken of juist sterker maken. De vierde bevinding van dit onderzoek is het proces wat voorafgaat aan het beantwoorden van de zorgnood: aandacht, erkenning, herkenning en inbeelden in de positie van de ander. Het vijfde inzicht uit het onderzoek is dat huidtherapeuten een verantwoordelijkheid hebben voor zowel de cliënt als voor zichzelf. Hierdoor kunnen huidtherapeuten in een ingewikkelde morele tweestrijd geraken, tussen economische en morele belangen. De zesde en laatste bevinding is dat druk van sociale verwachtingen een rol kan spelen in de praktijk. Goede zorg in de cosmetische zorg houdt soms ook in dat er niet wordt ingegaan op de zorgbehoefte, om de cliënt te weerhouden van onnodige behandelingen.

INHOUD

VOORWOORD	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
SAMENVATTING	2
1. PROBLEEMSTELLING EN RELEVANTIE	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Maatschappelijk probleemstelling.....	5
1.3 Wetenschappelijk probleemstelling.....	7
1.4 Vraagstelling.....	9
1.5 Doelstelling.....	10
2. THEORETISCH KADER	11
2.1 Uitgangspunten zorgethiek.....	11
2.1.1 Relationele ontologie.....	12
2.1.2 Expressief-collaboratieve epistemologie.....	12
2.1.3 Politieke ethiek.....	13
2.2 Verantwoordelijkheid.....	14
2.2.1 Zorg en zorgnoden in zorgethiek.....	14
2.2.2 Aspecten die een rol spelen bij het bepalen van de zorgnood.....	16
2.2.3 Factoren die van invloed zijn op de zorgnoden.....	20
2.2.4 Verantwoordelijkheid volgens verschillende auteurs.....	23
2.2.5 Paradigma's over verantwoordelijkheid.....	24
2.2.6 De morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.....	26
2.2.7 Conclusie.....	28
2.2.8 Sensitizing concepts.....	30
3. BENADERINGEN EN METHODE	31
3.1 Onderzoeksbenadering.....	31
3.2 Onderzoeksmethode.....	31
3.3 Dataverzameling.....	32
3.4 Data-analyse.....	33
3.5 Ethische overwegingen.....	34
4. RESULTATEN	35
4.1 Relationaliteit.....	35
4.2 Kwetsbaren.....	37
4.3 Hoge of onrealistische schoonheidsidealen.....	40
4.4 Verslavingsgevoeligheid.....	43
4.5 De invloed van communicatie.....	44
4.6 Spanning tussen verschillende verantwoordelijkheden.....	46

4.7 Gedeelde morele verantwoordelijkheid.....	50
4.8 Conclusie.....	51
5. ZORGETHISCHE REFLECTIE	54
5.1 Verantwoordelijkheid verschuift naar de achtergrond bij een vriendschappelijke relatie.....	54
5.2 Hogere verantwoordelijkheid bij kwetsbaren.....	55
5.3 De druk van sociale routines en verwachtingen	57
5.4 Economische overweging versus morele overwegingen.....	58
5.5 Gedeelde of eigen verantwoordelijkheid.....	61
6. CONCLUSIE	62
6.1 Eindconclusie	62
6.2 Aanbevelingen.....	63
7. KWALITEIT EN BEPERKINGEN	64
7.1 Betrouwbaarheid en validiteit.....	64
7.2 Generaliseerbaarheid	64
7.3 Beperkingen.....	65
8. LITERATUUR	66
Bijlage 1: Interview opzet	72
Bijlage 2: Overzicht respondenten	73
Bijlage 3: Fragment uit het codeboek.....	74
Bijlage 4: Welke thema's en clusters horen bij elkaar	76

1. PROBLEEMSTELLING EN RELEVANTIE

1.1 Aanleiding

Sinds 1 januari 2011 is een huidtherapeut ‘direct toegankelijk’. Dat betekent dat cliënten zich zonder verwijzing van een arts tot een huidtherapeut kunnen wenden¹. Als huidtherapeut ben ik een paramedicus in een cosmetische kliniek en bied ik preventieve en curatieve zorg. Ik zie dagelijks jonge vrouwen met de wens hun uiterlijk te veranderen. Het streven naar een perfectie van de huid lijkt een trend in de samenleving die voelbaar is in de praktijk van de huidtherapeut. Om de huid te veranderen is er technisch gezien veel mogelijk zoals eenvoudige aanpassingen van de huid door laserapparatuur. In de loop der jaren dat ik als huidtherapeut werk, bemerk ik bij mezelf dat ik het perfectioneren van de huid door middel van cosmetische behandelingen steeds meer als normaal zie. In mijn functie als huidtherapeut vraag ik mij af of ik mijn werkzaamheden met betrekking tot het uitvoeren van cosmetische behandelingen moreel kan verantwoorden en wat mijn eigen verantwoordelijkheid is voor het leveren van goede zorg. Door middel van mijn behandelingen wil ik andere jonge vrouwen niet een bepaald schoonheidsideaal opdringen. In de huidtherapeutische praktijk ben ik verantwoordelijk voor welke behandelingen er wanneer worden uitgevoerd. Uiterlijke kenmerken wat ik als ‘normaal’ acht, is de norm die wordt gehanteerd. Zo kan ik de ene dertigjarige wel willen behandelen voor fijne lijntjes in het gelaat en de andere niet. In de spreekkamer heb ik mijzelf de afgelopen jaren vaak de volgende vragen gesteld: “Hoe ethisch is esthetisch eigenlijk? En wat is de morele verantwoordelijkheid van het (zorg)ethisch handelen van de huidtherapeut hierin?”

1.2 Maatschappelijk probleemstelling

De wens om er ‘goed’ uit te zien bereikt wereldwijd nieuwe hoogten (Madan et al., 2018). De toenemende wereldwijde populariteit van esthetische behandelingen (re)produceert normatieve schoonheidsidealen in termen van perfectie en symmetrie (Buetow & Wallis, 2019). In het beroepsprofiel van de huid- en oedeemtherapeut (2021) staat beschreven dat tegenwoordig zowel veroudering als aangeboren uiterlijke eigenschappen die niet in het dominant schoonheidsideaal passen, minder geaccepteerd worden en leiden tot groei in de vraag naar cosmetische behandelingen².

¹ Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten. (12-07-2021). Beroepsprofiel Huid- en oedeemtherapeut. Geraadpleegd van:

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

² Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten. (12-07-2021). Beroepsprofiel Huid- en oedeemtherapeut. Geraadpleegd van:

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

Bij sociale media is de grens tussen realiteit en fantasie vervaagd met als gevolg dat er een onrealistische beeldvorming ontstaat (Rajalana, Mayra & Neelam, 2018). Vrouwen worden op een misleidende manier weergegeven in de media door middel van geavanceerde technieken zoals filters en andere fotobewerking (Rajalana et al., 2018). Uit een onderzoek van Girlguiding (nationale reisorganisatie voor meisjes van het Verenigd Koninkrijk) blijkt dat een derde van de gevraagde vrouwen geen onbewerkte selfie durft te plaatsen op sociale media en 39% van de 1473 respondenten gaven boos te zijn over het feit dat ze in het echte leven niet kunnen voldoen aan hetzelfde uiterlijk³. Het is belangrijk voor klinici om de implicaties (of interpretaties) van sociale media op het lichaamsbeeld en zelfrespect te begrijpen om hun cliënten beter te behandelen en te adviseren (Rajalana et al., 2018). Een nieuwe trend door sociale media veroorzaakt is ontevredenheid over het uiterlijk genaamd *snapchat-dysmorphia* en *selfie-dysmorphia* (Rajalana et al., 2018). Hierbij zien cliënten hun bewerkte en van filter voorziene Snapchat-foto of *selfie* als inspiratiebron voor cosmetische behandelingen (Rajalana et al., 2018). Dit wijst op een toenemende dominantie van eenzijdige schoonheidsidealen. Het begrijpen van deze ontwikkeling is relevant voor zowel cosmetisch behandelaars (Jordan et al., 2019) als voor de samenleving als geheel (Bolt, 2014). Bolt (2014) stelt namelijk dat het belangrijk is om jezelf af te vragen of de eenzijdige schoonheidsidealen het welzijn van de cliënt wel of niet bevorderen. Uit het onderzoek van C. E. Walker et al. (2019) blijkt dat het zien van ‘perfecte’ gezichten en lichamen op sociale media leidt tot een toename in cosmetisch behandelingen (C. E. Walker et al., 2019).

Voor er sprake was van directe toegankelijkheid, maakte de arts de afweging of de cliënt moest worden behandeld door een huidtherapeut. De beslissing of een cosmetische behandelwens noodzakelijk was lag bij de arts. Deze verantwoordelijkheid van de arts is verschoven naar die van de huidtherapeut. Mensen kunnen zomaar de huidtherapeutische praktijk binnenlopen en kunnen zijn beïnvloed door sociale media (Hopkins, Moreno & Secrest, 2020). Mogelijk voelen de huidtherapeuten zich verantwoordelijk om cliënten te behoeden voor het verrichten van onnodige ingrepen. Volgens het vakblad het ‘Nederlands Tijdschrift Voor Huidzorg’ is veiligheid en kwaliteit in de cosmetische huidzorg een verantwoordelijkheid van de gehele branche en de media⁴. De huidtherapeut wijst sinds er de directe toegankelijkheid is de cliënt wellicht vaker af om hem of haar te behoeden voor

³ BBC News. (12-07-2021). Instagram photo filters targeted by model’s #filterdrop campaign. Geraadpleegd op: <https://www.bbc.com/news/uk-england-bristol-53784938>

⁴ Nederlands Tijdschrift Voor Huidzorg (27-07-2021). Een verantwoordelijkheid voor de gehele branche. Geraadpleegd van: <https://www.ntvhuidzorg.nl/home/een-verantwoordelijkheid-voor-de-gehele-branche>

onnodige cosmetische ingrepen. De huidtherapeut heeft een verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg voor de cliënt, maar is ook verantwoordelijk voor de verplichtingen naar zichzelf, zoals het dragen van de eigen financiële lasten. Economische overwegingen kunnen voor een spanning zorgen in de cosmetische zorg. In het beroepsprofiel van de huid- en oedeemtherapeut (2021) staat beschreven dat met de invoering van de directe toegankelijkheid in essentie niets verandert aan de verantwoordelijkheden van de huidtherapeut⁵. Hierbij wordt niet ingegaan op de zorgverantwoordelijkheid, enkel dat er bij twijfel advies kan worden ingewonnen bij een arts. Een vraag die rijst is: zijn de zorgverantwoordelijkheden voor de huidtherapeuten momenteel wel eerlijk verdeeld?

Eenzijdige schoonheidsidealen ontstaan door sociale media zorgen ervoor dat er meer vrouwen naar de praktijk komen voor het uitvoeren van een cosmetische behandeling, dit kan zorgen voor een moreel ongenoegen bij de huidtherapeut. Gecombineerd met de verandering in de directe toegankelijkheid is er in dit onderzoek gekozen om te reflecteren op de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.

1.3 Wetenschappelijk probleemstelling

In de literatuur is over morele overwegingen al eerder geschreven bij andere disciplines dan die van de huidtherapeut. Er is onderzoek gedaan naar ethische elementen bij het stellen van prioriteiten bij verpleegkundigen (Suhonen et al., 2018) of naar morele nood bij verpleegkundigen (McCarthy & Gastmans, 2014). Ook voor fysiotherapeuten is er onderzoek gedaan naar ethische uitdagingen met hoe deze worden waargenomen, geïnterpreteerd en hoe hierop wordt gereageerd (Delany et al., 2019). Overeenkomsten tussen beide disciplines zijn dat het hetzelfde opleidingsniveau betreft en dat het bij beide om zorgdisciplines gaat. Een onderscheid tussen esthetische en medische geneeskunde is dat esthetische geneeskunde is gericht op de kwaliteit van leven van de cliënt in plaats van het redden van levens (Abelsson & Willman, 2020). Het uitvoeren van esthetische behandelingen draagt een bijzonder interessante ethische overweging met zich mee omdat gezonde cliënten het risico lopen op schade aan hun uiterlijk (Patrinely et al., 2019).

Ook is er in de literatuur geschreven over ethiek en plastische chirurgie zoals hoe ethische scenario's zijn te herkennen en hoe hier mee kan worden omgegaan (Gallo et al., 2018). In het onderzoek van Abelsson en Willman (2020) is er onderzoek gedaan naar ethiek en esthetiek

⁵ Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten. (12-07-2021). Beroepsprofiel Huid- en oedeemtherapeut. Geraadpleegd van: <https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/SiteAssets/Lists/Infoltem/AllItems/NVH%20beroepsprofiel.pdf>

bij de cosmetisch arts. De medische aard van esthetische behandelingen zijn ingewikkeld omdat er onduidelijke grenzen zijn tussen geneeskunde en schoonheid (Abelsson & Willman, 2020). De ethische overwegingen voor cosmetisch behandelaren omvatten het beschermen van de cliënt bij onrealistische of onethische behandelwensen (Abelsson & Willman, 2020). Voor de cosmetisch behandelaar is een gedegen ethische afweging bij ieder gesprek met de cliënt noodzakelijk (Abelsson & Willman, 2020). Esthetiek en morele verantwoordelijkheid lijken hand in hand te gaan zowel bij de cosmetisch behandelaar als bij de huidtherapeut.

Er is een verband tussen blootstelling aan media en ontevredenheid over het lichaam en dit blijkt invloed te hebben op de toename van het aantal cosmetische behandelingen (Mills, Shannon & Hoque, 2017; Rajalana et al., 2018; Hopkins et al., 2020; C. E. Walker et al., 2019; Jordan et al., 2019). In de afgelopen twee decennia is er dus een overvloed aan empirisch onderzoek gedaan naar de invloed van blootstelling aan geïdealiseerde lichamen in de media. Er is echter geen onderzoek gedaan naar hoe deze ontwikkeling de ervaringen van huidtherapeuten beïnvloedt en met welke (nieuwe) morele stressgevoelens zij te maken krijgen. Het is belangrijk dat we meer te weten komen over die stressgevoelens om zo uiteindelijk te onderzoeken of er goede zorg wordt geleverd.

In het kwaliteitskader Cosmetische Zorg van Zorginstituut Nederland (2019) zijn er landelijke afspraken over de organisatie van de cosmetische zorg. De huidtherapeut valt hier ook onder. Wat hier staat beschreven over verantwoordelijkheid is enkel dat er bij twijfel over de wenselijkheid van de verzochte ingreep moet worden overlegd met een vakgerelateerde specialist⁶. Ethische overwegingen en verantwoordelijkheid worden al wel besproken bij andere beroepsgroepen zoals cosmetisch artsen (Abelsson & Willman, 2020), verpleegkundigen (Suhonen et al., 2018; McCarthy & Gastmans, 2014), fysiotherapeuten (Delany et al., 2019) en plastisch chirurgenen (Gallo et al., 2018). Bij de huidtherapeuten wordt dit minder gedaan. Zoals in de maatschappelijke probleemstelling beschreven is er een verandering in de directe toegankelijkheid en is mede dankzij sociale media meer vraag naar cosmetische behandelingen in de praktijk. In combinatie met het feit dat er nog maar weinig literatuur hierover is geschreven is het daarom van belang om ook onderzoek te doen naar de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.

⁶ Zorginstituut Nederland (27-07-2021). Kwaliteitskader Cosmetische Zorg. Geraadpleegd van: <https://www.nvpc.nl/uploads/stand/Kwaliteitskader+Cosmetische+Zorg207.pdf>

Theologe en zorgethica Van Heijst (2008) schrijft in haar werk *'Iemand zien staan'* dat in het bedrijfsmatige en marktgerichte *cure* en *care* iets wezenlijks verloren gaat. Echter, een gebied dat in zorgethiek nog weinig is verkend, is hoe dit zit in de cosmetische zorg. Door het groeiende aantal cosmetische behandelingen is het belangrijk voor zorgethiek om hier een visie op te krijgen. Wat interessant kan zijn voor zorgethiek is dat het bij de cosmetische ingrepen niet draait om 'beter maken' maar om 'mooier maken'. Waarbij het eerste meer vanzelfsprekend wijst op de 'noden' die in zorgethiek centraal staan dan het 'mooier maken', wat meer op een 'verlangen' lijkt. Wat lijkt te missen is hoe de verschuivingen van schoonheidsidealen of andere maatschappelijke normen of discoursen invloed kunnen hebben op de morele gevoelens van zorgverleners, in dit geval huidtherapeuten.

Door middel van dit onderzoek wil ik een bijdrage leveren aan het begrip van verantwoordelijkheid. Welke rol speelt verantwoordelijkheid in de cosmetische zorg en wat kunnen we daarvan leren over goede zorg? Het werk van politicologe en zorgethica Tronto en Van Heijst zal in dit onderzoek worden gebruikt om de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut te begrijpen en te doordenken vanuit een zorgethisch perspectief. De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek bestaat uit het feit dat dit onderzoek een lacune in de zorgethische literatuur tracht op te vullen aangaande de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten bij het uitvoeren van cosmetische behandelingen.

1.4 Vraagstelling

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

Hoe ervaren huidtherapeuten die werkzaam zijn in een cosmetische praktijk 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. Welke zorgethische inzichten biedt het perspectief van Joan Tronto en Annelies van Heijst op morele verantwoordelijkheid in de cosmetische zorg?

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

III. 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 en morele gevoelens bij het uitvoeren van cosmetische behandelingen in de praktijk. Hiermee tracht ik een maatschappelijke bijdrage te leveren aan de situatie van de huidtherapeut om zo te leren over goede zorg voor cliënten met een cosmetische hulpvraag.

De wetenschappelijke bijdrage van dit onderzoek is het *leveren* van een aandeel aan de zorgethische invulling van morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten ten aanzien van cosmetische behandelingen. Verantwoordelijkheid begrepen binnen een zorgcontext waarin een verlangen in plaats van een behoefte centraal lijkt te staan. Om zo het zorgethisch begrip morele verantwoordelijkheid te verrijken in de zorgethische literatuur. Dit tracht ik te doen door de bevindingen uit de empirische data te verbinden met zorgethische theorie over morele verantwoordelijkheid.

2. THEORETISCH KADER

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 cosmetische zorg?

In dit onderzoek ga ik reflecteren op de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut aan de hand van het werk van Tronto en Van Heijst. Om een antwoord te formuleren op de hoofdvraag zullen eerst de uitgangspunten van zorgethiek worden uiteengezet. Vervolgens zal de relationele ontologie die zorgethiek hanteert, de epistemologische positie van zorgethiek en zorgethiek als politieke theorie worden beschreven. Volgens Tronto (2013) is een zorgtheorie namelijk niet volledig als deze niet aan de bovengenoemde elementen voldoet. Voordat ik inzoom op verantwoordelijkheid sta ik stil bij wat wordt verstaan onder zorg en hoe zorgnoden worden begrepen binnen zorgethiek. Op cosmetische zorgnoden zijn verschillende factoren van invloed. Nadat de visies over zorgnoden en verantwoordelijkheid van Tronto en Van Heijst zijn besproken wordt er ook beschreven hoe andere zorgethici deze term beschrijven. Omdat verantwoordelijkheid een breed begrip is, zal ik beschrijven welke verschillende paradigma's over verantwoordelijkheid er zijn volgens Van Nistelrooij en Visse (2018). Daaropvolgend worden de belangrijkste bevindingen samengevoegd in twee figuren in paragraaf 2.2.6. In de conclusie van dit hoofdstuk geef ik antwoord op de deelvraag.

2.1 Uitgangspunten zorgethiek

In deze eerste paragraaf wordt zorgethiek omschreven om zo uiteindelijk in dit zorgethische onderzoek morele verantwoordelijkheid in de huidtherapeutische praktijk op begrip te brengen. Zorgethiek is een interdisciplinair veld van onderzoek dat wordt gedreven door maatschappelijke zorgen (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). Ontstaan in de jaren tachtig voeren verschillende stromingen en disciplines een interdisciplinair gesprek, waaronder de filosofie, ethiek, sociale wetenschappen, politieke- en beleidswetenschappen en verplegingswetenschappen in gesprek zijn met elkaar. Zorgethiek hanteert een relationele benadering met aandacht in het bijzonder voor de geleefde ervaring, contextualiteit, machtsverhoudingen en politieke aspecten (Leget et al., 2017). Het biedt een lens om de normatieve lading van (zorg)situaties te belichten en te onderzoeken. Hierbij wordt een dialectische relatie gelegd tussen empirisch onderzoek en theoretische reflectie (Leget et al., 2017). In zorgethiek wordt zorgen gezien als een sociale en politieke praktijk omdat mensen zich continu afstemmen op anderen en zichzelf, dit hoeft niet altijd in een professionele *setting* te zijn, dit is ook zo in de samenleving (Leget, et al., 2017).

Zorgethiek ziet verantwoordelijkheid ontstaan in de zorgpraktijk zelf, situationeel en contextueel bepaald (Van Nistelrooij, 2008; Walker, 2007). Verantwoordelijkheid wordt in zorgethiek 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 (Tronto, 1993). Vaak worden verantwoordelijkheden formeel opgevat als de noodzaak om aan een verplichting te voldoen (Tronto, 1993).

2.1.1 Relationale ontologie

In andere morele theorieën dan zorgethiek wordt autonomie, individualiteit en onafhankelijkheid gezien als absolute waarde. In zorgethiek wordt er uitgegaan van een relationeel, afhankelijk en kwetsbaar mensbeeld (Tronto, 1993; Van Heijst, 2005). Tronto (2017) vindt dat zorg een andere ontologie biedt dan een ontologie die uitgaat van rationele actoren. Zorgethiek hanteert een relationele ontologie (Tronto, 2017). Het gaat uit van de veronderstelling dat alles bestaat in relatie tot andere dingen en gaat ervan uit dat mensen, andere wezens en de omgeving van elkaar afhankelijk zijn (Tronto, 2017). De mens is kwetsbaar en fragiel, hoewel sommigen dat meer zijn dan anderen. Tevens zijn alle mensen op sommige momenten in hun leven extra kwetsbaar vooral wanneer ze jong, oud of ziek zijn (Tronto, 2017). Alle mensen zijn zowel zorgontvangers als zorggevers. Ook al zorgt een gezonde volwassene bijvoorbeeld voor een ziek kind, voor de volwassene wordt ook weer gezorgd door anderen (Tronto, 2017). Volgens Tronto zou de mensheid zichzelf moeten zien als zorgende mensen. Doordat er in dit onderzoek wordt uitgegaan van een relationele ontologie heeft dit gevolgen voor hoe ik de verhouding tussen de huidtherapeut en cliënt zie. Ik zie hen afhankelijk van elkaar met betrekking tot de morele verantwoordelijkheid in het zorgproces.

2.1.2 Expressief-collaboratieve epistemologie

In dit onderzoek beschrijf ik zowel de morele opvattingen van de huidtherapeuten als wat dit betekent voor het leveren van goede zorg. Dit geeft dit zorgethisch onderzoek zowel een descriptieve als een normatieve dimensie. Filosofe Margaret Urban Walker (2007) betoogt in haar expressief-collaboratieve model waar en hoe we morele kennis kunnen verkrijgen. Zij betoogt dat dit is te vinden in praktijken, waarin mensen (onder andere) onderhandelen over verantwoordelijkheden, waarmee zij zich uitdrukken over de identiteit van zichzelf, de identiteit van anderen en over hoe een 'goede' wereld eruit zou zien (Walker, 2007). In dit onderzoek is het epistemologisch uitgangspunt expressief-collaboratief waarbij moraliteit

bestaat in praktijken en niet in theorieën (Walker, 2007). Volgens haar kan een zorgpraktijk worden beschouwd als een verantwoordelijkheidspraktijk waarin mensen voortdurend antwoord geven op morele vragen in kwetsbare situaties. Om verantwoordelijkheid te dragen en hier inhoud aan te geven is het uitgangspunt van Walker (2007) de afhankelijkheidsrelatie. Een afhankelijkheidsrelatie begint met het gedachtegoed dat mensen afhankelijk zijn van elkaar in de zorg van anderen (Van Heijst, 2005; Kittay, 1999; Tronto, 2013; Walker, 2007). Om de mate van ervaren verantwoordelijkheid inzichtelijk te maken creëerde Walker (2007) een ‘geografie van verantwoordelijkheden’. De context is het startpunt van deze geografie, want volgens Walker ontstaat moraliteit in de praktijk en in de dialoog. Deze praktijken moeten volgens haar soms wel kritisch worden bekeken, gezien het feit dat verantwoordelijkheid niet altijd rechtvaardig wordt verdeeld (Walker, 2007). 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. In de huidtherapeutische kliniek worden tijdens een spreekuur vele cliënten gezien door de huidtherapeut. In dit onderzoek zal de verdeling van de verantwoordelijkheden in de zorgpraktijk (de huidtherapeutische praktijk) worden onderzocht. In lijn met de theorie van Walker (2007) komt kennis uit de ervaring van de huidtherapeuten en kan daarvan geleerd worden wat goede zorg is.

2.1.3 Politieke ethiek

Zorgethiek heeft een politiek aspect gezien het feit dat zorg een praktijk is die tot stand komt in de context van de samenleving (Leget et al., 2017). De vraag in dit onderzoek is wat de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten is en wat dit betekent voor het leveren van goede zorg. Daarom wordt er in de volgende alinea beschreven wat de politieke zienswijze van zorgethiek is.

Volgens Tronto (1993) is zorg een essentieel aspect van een democratische samenleving, Volgens haar zou zorg in het middelpunt moeten staan van onze samenleving, in plaats van de westerse waarden (Tronto, 1993). Met westerse waarden bedoelt Tronto (1993) individualiteit, onafhankelijkheid, productiviteit, zelfstandigheid, zelfontplooiing, geluk, groei en welvaart. Een welvarende economie is de essentiële voorwaarde voor veel van deze waarden (Tronto, 1993). 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. Tronto (1993; 2013) wil met haar werk daar verandering in brengen. Zij

geeft aan dat het neoliberal economisch beleid één van de factoren is die goede zorg hindert. Daarom pleit ze ervoor om zorg te zien in een contextueel politiek-economisch kader want onze samenleving zou niet kunnen bestaan zonder zorg. Een individu of groep moet zorg op zich nemen, anders zou er niet gezorgd worden (Tronto, 1993; 2013). Echter, is er een gebrek aan politieke aandacht voor deze alledaagse praktijk (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Zorgethiek is een politieke ethiek met aandacht voor een democratische samenleving, macht, asymmetrie, afhankelijkheid en verantwoordelijkheid (Visse, 2017). Daarom zullen deze bovenstaande concepten in ieder geval gebruikt worden om de praktijk van de huidtherapeut te onderzoeken. Er is kort stil gestaan bij de drie belangrijkste elementen van zorgethiek, namelijk haar ontologie, haar epistemologie en haar politieke aspect. Hierop kan er verder worden geborduurd richting de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.

2.2 Verantwoordelijkheid

2.2.1 Zorg en zorgnoden in zorgethiek

Een veelgebruikte definitie van zorg is die van dominant zorgethisch denker Tronto (1993). Hierbij wordt zorg niet beperkt tot enkel de interactie tussen twee mensen. Tronto (1993) omschrijft zorgen primair als een *practice*. Tronto en Fisher (1993) definiëren zorg als:

On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web. (Tronto, 1993, p. 103)

Van Heijst (2005) geeft ook een definitie van zorg:

Zorgen is het afstemmen door een zorgdrager op een unieke ander, die nood heeft aan hulp of steun. Waar mogelijk wordt die nood verlicht door in te grijpen, is dat niet mogelijk dan keert de zorgdrager zich niet af maar stelt expressief de waarden present van verbondenheid en de ander als kostbaar mens. In de zorgzame interactie scheidt de zorgdrager voorwaarden zodat er een ruimte kan ontstaan waarin zij ten overstaan van elkaar als onvergelijkelijk 'wie' kunnen verschijnen. (Van Heijst, 2005, p.112)

De definitie van Van Heijst (2005) is een minder brede omschrijving van zorg dan de omschrijving van zorg in de definitie van Tronto (1993). Van Heijst (2005) schrijft dat 'zorgen' het afstemmen is van een zorgdrager op een ander die nood heeft aan hulp of steun.

De manier waarop zorgnood wordt beschreven in zorgethiek sluit misschien niet helemaal goed aan op de zorgnooden in de praktijk van de huidtherapeut. In de cosmetische zorg zijn behandelingen niet altijd noodzakelijk, zoals deze in andere vormen van zorg vaak wel zijn. Als de definitie van Van Heijst wordt toegepast op de huidtherapeut lijkt de ‘nood’ te betekenen dat de ander niet zonder de behandeling kan. Iets wat in de cosmetische zorg meestal niet het geval is.

Tronto (2013) beschrijft dat zorgnooden worden toegeschreven aan kwetsbare mensen. Echter, lijkt zij hiermee een ander type ‘kwetsbaar’ te bedoelen dan de cliënt van de cosmetische kliniek? Van Heijst (2005, p. 113) schrijft dat mensen met elkaar te maken krijgen in professionele zorgsituaties, maar zij bedoelt hiermee zorgbehoevende en zieke mensen. Het blijkt dat de ‘nood’ in de cosmetische zorg helemaal niet zo centraal staat als dat deze in zorgethiek wordt begrepen. De cosmetische zorg lijkt meer te voorzien in het vervullen van een verlangen. Hierbij lijkt er te worden gestreefd naar voldoening, het sublieme of oneindige. Het bevredigen van een behoefte lijkt eerst te komen en wanneer deze is vervuld blijft er ruimte over voor het verlangen. Tronto (1993) schrijft dat zorg een behoefte is die vervuld moet worden, iets wat bij het uitvoeren van cosmetische behandeling niet altijd zal leiden tot juiste zorg. De cliënt altijd voorzien in de cosmetische behoefte kan leiden tot bijvoorbeeld onnodige behandelingen. De behoefte waarover wordt gesproken door Van Heijst (2005) en Tronto (1993) lijkt anders te zijn dan het verlangen dat in de cosmetische zorg centraal staat.

Een goed voorbeeld is de behandeling van een pigmentvlek. Hierbij is er sprake van een verstoring in de huid. Deze onregelmatige pigmentverdeling kan worden opgelost door middel van een laserbehandeling. Doordat de verstoring in de huid wordt verwijderd, zou dit kunnen worden gezien als een genezing van de huid. De verstoring in de huid wordt weliswaar verwijderd, maar kan dit ook worden gezien als *cure*, als genezing? Van Heijst (2005) verstaat onder *cure* de zorg in ziekenhuizen die zich richt op ingrepen om herstel en genezing te bewerkstelligen. De term *cure* lijkt niet geheel passend in een casus van de cosmetische zorg. Een ander voorbeeld uit de cosmetische zorg is dat de cliënt zelf wel de nood voor de behandeling ervaart, maar de huidtherapeut niet. Een cliënt kan ‘grove poriën’ ervaren die niet zichtbaar zijn voor de huidtherapeut. De cliënt met ‘grove poriën’ hoeft niet te herstellen. In dit geval is de term *cure* ook niet van toepassing. Onder *care*, verstaat Van Heijst (2005) oorden of afdelingen waar herstel moet volgen om genezing te bewerkstelligen. Zoals in verpleeg- en verzorgingstehuizen. In de situatie waarin de cliënt grove poriën ervaart en de huidtherapeut niet, kan diegene worden ‘bijgestaan’ (Van Heijst, 2005), ondanks dat er

geen behandeling plaats vindt. ‘Iemand bijstaan’ zou kunnen passen bij *care*, maar lijkt ook niet ideaal.

Ondanks dat de zorgnoden in zorgethiek verschillend lijken te worden begrepen in vergelijking met de zorgnoden in de cosmetiek is het vanuit een zorgethisch perspectief belangrijk om de cosmetische zorgnoden te begrijpen. Op deze manier kan het begrip ‘morele verantwoordelijkheid’ in de zorgethische literatuur worden verrijkt. Cosmetische zorg is een soort zorg die nog niet passend lijkt in de termen van *cure* of *care*. Wellicht moet er een derde manier van zorg komen waarbij *care*, *cure* en esthetiek samen komen. In deze derde manier wordt dan niet uitgegaan van een zorgnood of een zorgbehoefte, maar vanuit een zorgverlangen.

Alvorens, er wordt doordacht over zorgnoden en verantwoordelijkheid wordt er eerst stil gestaan bij wat in dit onderzoek wordt verstaan onder esthetiek en schoonheid. Esthetiek wordt in de literatuur gedefinieerd als: betrokken bij schoonheid of de waardering van schoonheid (Brielmann & Pelli, 2018). Er zijn talloze standpunten met betrekking tot wat schoonheid is, maar grotendeels wordt dit subjectief ervaren (Heggenstaller et al., 2018). Wie bepaalt in de praktijk wat een kenmerk van mooi is? Dit is een eeuwenoude vraag zonder absoluut antwoord (D’Agostino & Dobke, 2017). Dit komt omdat schoonheid een evoluerende term is die wordt beïnvloed door cultuur, geografie, etniciteit, leeftijd en kunst (D’Agostino & Dobke, 2017). Het begrip schoonheid is dan niet definitief (D’Agostino & Dobke, 2017). Toch wordt in de praktijk een afweging gemaakt wanneer een behandeling esthetisch gezien ‘noodzakelijk’ is en wanneer niet. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

2.2.2 Aspecten die een rol spelen bij het bepalen van de zorgnood

Voor de cliënt in de praktijk kan een cosmetische hulpvraag wel degelijk als nood gelden, dit kan zeer verschillend worden ervaren. In deze paragraaf wordt besproken welke aspecten een rol spelen die bepalen of er een zorgnood is door middel van het werk van Tronto en Van Heijst.

Tronto (1993) stelt in haar werk *‘Moral Boundaries: A political argument for an ethic of care’* dat zorgnoden een vertrekpunt zijn voor het ontvouwen van zorgethiek.

Verantwoordelijkheid is voor Tronto (1993) een belangrijk onderdeel van haar morele theorie. Zij richt zich op het verdelen van de verantwoordelijkheden. In haar latere werk onderscheidt Tronto (2013) vijf fasen van zorg, die allen essentieel zijn voor het leveren van goede zorg.

Aan iedere fase koppelt zij een morele kwaliteit die zowel mensen als samenlevingen zich eigen kunnen maken. Zorgethiek biedt volgens Tronto (2013) geen collectie van vast omschreven regels of principes. Het kan het best worden omschreven als een praktijk met bepaalde morele kwaliteiten (Tronto, 2013). Daarom worden de morele kwaliteiten van Tronto gebruikt om inzicht te krijgen in de zorgnoden. Haar model bestaat uit de volgende fasen met bijbehorende morele kwaliteiten:

- I. Oog hebben voor (*caring about*) - Aandacht (*attentiveness*)
- II. Ervoor zorgen dat (*taking care of*) - Verantwoordelijkheid (*responsibility*)
- III. Zorgen (*care giving*) - Deskundigheid (*competence*)
- IV. Zorg ontvangen (*care receiving*) - Ontvankelijkheid (*responsiveness*)
- V. Zorgen met (*caring with*) - Solidariteit (*solidarity*)

De morele kwaliteiten 'aandacht', 'verantwoordelijkheid' en deskundigheid worden in deze paragraaf voornamelijk gebruikt, omdat met deze drie morele kwaliteiten de zorgnoden het beste kunnen worden begrepen.

Aandacht en deskundigheid

De eerste morele kwaliteit 'aandacht' van Tronto (1993) begint met een situatie waarin de huidtherapeut 'oog heeft' voor de cliënt. In deze fase wordt ingezien dat zorg noodzakelijk is (Tronto, 1993). Hierbij is het van belang volgens Tronto (1993) dat er wordt gefocust op de zorg voor de cliënt waardoor de eigen doelen, ambities, levensplannen en zorgen opschorten. Hierbij verschuiven eigen economische overwegingen naar de achtergrond (Tronto, 1993). Bij het bepalen of er een nood is in de zorgnood, is oplettendheid van groot belang (Tronto, 1993). Oplettendheid is de behoeften van mensen om ons heen te erkennen, dit is volgens Tronto (1993) een moeilijke taak.

De verantwoordelijkheid voor de zorgverlener begint bij het creëren van een ruimte waarbij zowel de zorgverlener als de cliënt zich beiden kwetsbaar durven opstellen (Van Heijst, 2008). Het gaat er in de praktijk fundamenteel om of je iemand ziet staan, dat wordt aan twee kanten gevoeld (Van Heijst, 2008). Volgens Van Heijst (2008) is het de cliënt ingeprent dat hij autonoom is en rechten heeft, waardoor hij duidelijke eisen kan stellen in het zorgtraject. Waarbij de zorgnood anders wordt gepresenteerd dan iemand die dat niet heeft (Van Heijst, 2005). Een zorgend beroep kan zware verantwoordelijkheden met zich meebrengen (Van Heijst, 2005). Onder bepaalde omstandigheden kunnen zorgverleners voor situaties komen te staan die zij zelf niet hebben gecreëerd of gekozen (Van Heijst, 2005). Het bestaan in elkaars

ogen en gelijktijdig een persoon zijn die iets van de ander vindt, is de dynamiek van erkenning (Van Heijst, 2008).

Door de institutionele verandering van de directe toegankelijkheid is de derde morele kwaliteit 'deskundigheid' belangrijk bij het analyseren van de zorgnood. Waar wellicht eerder de morele kwaliteit deskundigheid stond voor het deskundig uitvoeren van de behandeling, is dit sinds de verandering van de directe toegankelijkheid ook de deskundigheid over de morele verantwoordelijkheid. Met de morele kwaliteit deskundigheid van Tronto (1993), kan de cliënt worden behoed voor een onnodige of niet passende ingreep. Aandacht, erkenning en deskundigheid spelen in ieder geval een rol in het bepalen of de zorgnood een daadwerkelijke nood is.

Herkenning en de ander bijstaan

Tronto (1993) schrijft dat er een herkenning moet zijn in de positie van een ander, om zo de ander te erkennen in de zorgnood. Dus voordat er kan worden ingegaan op de zorgnood moet de huidtherapeut zich herkennen in de zorgvraag. Dit betekent hoe meer de huidtherapeut zich herkent in het cosmetisch verzoek, hoe groter de kans is dat de huidtherapeut ingaat op de zorgnood. De huidtherapeut kan hierbij een gevoeligheid hebben gecreëerd voor het herkennen van zorgnood als 'nodig'. Er volgt verantwoordelijkheid als er is bepaald dat er in de zorgbehoefte tegemoet kan worden gekomen (Tronto, 1993).

Volgens Van Heijst (2005) moet de ander worden bijgestaan, ook als iemand misschien vanuit een meer rationeel technisch perspectief niet echt meer geholpen kan worden. In de praktijk zal het ook voor kunnen komen dat de cliënt meer behandelingen wil ondergaan dan dat de huidtherapeut nodig acht. Hierbij is het probleem dat je de huid van mensen ook schade kunt aandoen. Iemand bijstaan kan in een dergelijke situatie betekenen dat je de behandeling niet uitvoert om schade aan de huid te voorkomen. Want er moet wel een indicatie zijn om iemand te kunnen behandelen. In het geval dat er een cliënt lijdt aan het Body Dysmorphic Disorder (BDD) waarbij de cliënt een sterke stoornis in de lichaamsbeleving ervaart (De Waard et al., 2015) wordt er contact opgenomen met de huisarts of wordt diegene doorverwezen naar een specialist. Er is een spanningsveld met als de cliënt wel een indicatie ervaart maar de huidtherapeut niet. Hierbij lijkt een ander soort zorg te ontstaan. Vanaf dit moment is er geen sprake van medisch cosmetische zorg, maar moet de cliënt worden bijgestaan. Waarbij kan worden afgevraagd hoe het komt dat de cliënt zich zo voelt. In dit geval gaat het niet meer om het verbeteren van de huid, maar komt er een psychologisch aspect naar boven. In zo'n situatie kan de cliënt worden 'bijgestaan', zoals van Heijst (2005)

dit beschrijft. Volgens Tronto (1993) en Van Heijst (2005) omvat goede zorg meer dan economisch nut, efficiëntie en winst maken. Goede zorg vraagt ook om menslievendheid en is dus 'goed' volgens het perspectief van Van Heijst (2005).

Voor Van Heijst (2005) lijkt verantwoordelijkheid voornamelijk een werkwoord waarbij het handelen centraal staat. In de definitie van Van Heijst (2005) is zorg het afstemmen op de ander die nood heeft aan hulp of steun. Zij schrijft dat er waar mogelijk is, moet worden ingegrepen om de nood van de ander te verlichten. Mocht dit niet mogelijk zijn dan keert de zorgdrager zich niet af, maar stelt deze verbinding centraal.

Relationaliteit en verantwoordelijkheid

Toegepast op de zorgverantwoordelijkheid schrijft Van Heijst (2005) dat mensen alleen voor elkaar gaan zorgen, als ze van mening zijn dat ze iets met elkaar te maken hebben. Volgens haar begint verantwoordelijkheid bij het creëren van een ruimte waarbij beiden echt worden gezien (Van Heijst, 2008). Volgens Tronto (2017) ontstaat verantwoordelijkheid doordat er een relatie is. Ook Van Heijst (2005) vindt dat het verantwoordelijkheidsgevoel van de behandelaar sterker en gevoelsmatig meer geladen is als de cliënt dichtbij staat. De relatie tussen de individuen is zeer bepalend voor het opnemen van de zorgverantwoordelijkheid en of de ander werkelijk wordt gezien als medemens (Van Heijst, 2005). Dus hoe meer nabijheid tussen huidtherapeut en cliënt, hoe meer verantwoordelijkheid er ontstaat. Beroepsmatige verantwoordelijkheid kan worden bestempeld als een praktijk van moreel relevante medemenselijkheid (Van Heijst, 2005). Van Heijst (2005) noemt dit menslievende verantwoordelijkheid.

De tweede morele kwaliteit van het fasemodel van Tronto (1993) is 'verantwoordelijkheid'. Hierbij wordt bepaald of in de zorgbehoefte tegemoetgekomen kan worden aan de cliënt, zoals het volledig of gedeeltelijk ingaan op de zorgnoden. Volgens Tronto (1993) heeft verantwoordelijkheid verschillende betekenissen afhankelijk van iemands klasse, cultuur en gezinsstatus. Dat betekent dat de huidtherapeut als zelfstandig ondernemer wellicht eerder ingaat op de zorgnoden om geld te verdienen. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de eigen verantwoordelijkheid in plaats van de verantwoordelijkheid voor de cliënt.

Wie de zorgnoden bepaalt, is niet alleen iets tussen huidtherapeut en cliënt. Ondanks dat een huidandoening meestal met het blote oog kan worden vastgesteld, bepaalt de cliënt de ernst van zijn of haar de aandoening. Want als het voor de cliënt ernstig genoeg is, komt de cliënt hiermee naar de praktijk. Zo kan het ene individu tientallen pigmentvlekken hebben zonder

zich hieraan te storen, terwijl bij een ander de kwaliteit van leven sterk wordt beïnvloed door één pigmentvlek. Waarom kan de ene cliënt zich veel meer storen aan een huidandoening dan de ander? Op de zorgnood kunnen verschillende factoren van invloed zijn. Deze factoren kunnen hebben invloed op zowel de cliënt als de huidtherapeut. Hierover meer in de volgende paragraaf 2.2.3.

2.2.3 Factoren die van invloed zijn op de zorgnood

Hoewel er mogelijke meerdere factoren een rol spelen bij het bepalen van de ernst van de zorgnood, lijken uit de literatuur de factoren media, gender, machtsverschillen en markwerking het meest relevant in de zorgpraktijk van de huidtherapeut. Deze factoren zijn van invloed op zowel de huidtherapeut als cliënt, omdat zij beiden een plaats hebben in de samenleving waarbij maatschappelijke en politieke invloeden een rol hebben.

Media

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die veel tijd op sociale media doorbrengen en veel accounts volgen eerder de wens hebben om cosmetische verbeteringen te ondergaan (C.E. Walker et al., 2019). In westerse landen komen de meeste mensen in aanraking met massamedia zoals televisie, muziekvideo's, films en tijdschriften. Een uniek aspect van sociale media in vergelijking met traditionele media is dat ze zijn gemaakt om te communiceren door middel van afbeeldingen. Gebruikers van de platformen kunnen hun ideale zelf presenteren door middel van fotobewerking om zo de afbeelding te verfraaien (Mills et al., 2017). Sociale media zijn relatief nieuw in vergelijking met andere communicatiemediën. De opkomst van sociale media heeft een grote invloed op de maatschappij. Dit komt door 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). Sociale media zijn van invloed op de gebruiker omdat sociale media vaak volmaakte lijven en perfecte gezichten tonen, veelal bewerkt met filters of andere fotobewerking⁷. Blootstelling aan geïdealiseerde lichamen in de media heeft effect op mannen en vrouwen hoe zij eruit willen zien en soms ook hoe ze denken dat ze eruit zien (Mills et al., 2017). Volgens de bovenstaande bronnen is het plausibel dat media van invloed zijn op de cliënt en daardoor van invloed zijn op de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.

Door de opkomst en de toename in het gebruik van sociale media wordt de verantwoordelijkheid van de huidtherapeut op de proef gesteld. Het zien van 'perfecte'

⁷ <https://repository.uibn.ru.nl/bitstream/handle/2066/206722/206722pub.pdf>

gezichten en lichamen leidt tot een toename in cosmetisch behandelingen (C.E. Walker et al., 2019), maar ook in onrealistische cosmetische wensen zoals het willen lijken op een Snapchat-foto of selfie (Rajalana et al., 2018). Het is relevant voor klinici om de interpretaties van sociale media op het zelfbeeld en zelfrespect te begrijpen om zo cliënten beter te kunnen adviseren in hun behandeltraject (Rajalana et al., 2018).

Gender

Uit het International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2020) blijkt dat vrouwen eerder zijn geneigd om een schoonheidsbehandeling te ondergaan dan mannen⁸. Uit het arbeidsmarktmonitor rapport voor huidtherapeuten blijkt dat het merendeel (82%) van de cliënten vrouw is (Vughts, Hingstman & Van der Velden, 2005). Hieruit blijkt dus dat vrouwen meer een behandelingen ondergaan bij de huidtherapeut dan mannen. Alhoewel de vraag naar cosmetische behandelingen sinds 1997 bij mannen met 273% is gestegen (Girdwichai, Chanpraph & Vachiramon, 2018). Het lijkt erop dat vrouwen meer een bepaald schoonheidsideaal nastreven dan mannen en daardoor ook vaker een cosmetische ingreep ondergaan die wellicht niet nodig is dan mannen. Zou het verfraaien van het vrouwelijk uiterlijk dienen om een mannelijke goedkeuring aan te trekken? De bevindingen uit het onderzoek van Heggenstaller et al. (2018) suggereren dat cosmetische ingrepen vaak voor zichzelf worden verkregen in tegenstelling tot het bevredigen van de 'ander'. Zij zien dat als een cosmetische ingreep plaatsvindt het fysieke lichaam van een individu beter wordt afgestemd op het zelfgevoel (Heggenstaller et al., 2018).

Waarom lijken cosmetische behandelingen voornamelijk te zijn weggelegd voor vrouwen? Opvallend is dat vrouwen meer bezig zijn met esthetiek dan mannen, want ook uit het arbeidsmonitor rapport blijkt dat vrijwel alle huidtherapeuten (99%) vrouw zijn (Vughts et al., 2005), net zoals het merendeel van de bezoekers vrouw is. Volgens Tronto (2013) is zorgen gekoppeld aan gender. Volgens haar kunnen mannen ook zorgtaken op zich nemen maar zij menen dat vrouwen dit beter kunnen. Een oud argument hiervoor is dat vrouwen kinderen kunnen krijgen en daardoor natuurlijke verzorgers zijn. Een ander argument van Tronto (2013) is meer psychologisch, de scheiding tussen de man en zijn moeder verkleint de capaciteiten om diepe relaties te ontwikkelen. Daardoor ontstaat dualisme in de samenleving tussen cultuur en natuur, rede en emotie en autonoom en heteronoom. Het idee dat '(ver)zorgen' enkel voor vrouwen is weggelegd is zo diep in samenleving verankerd, dat het

⁸ International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). (12-07-2021). Non-surgical procedures. Geraadpleegd van: <https://www.isaps.org/procedures/non-surgical/>

lijkt dat dit universeel en tijdloos is (Tronto, 2013). Volgens dit idee van Tronto zou eventueel kunnen worden uitgelegd waarom er meer vrouwen zich bezighouden met schoonheid dan mannen.

Machtsverschillen

Volgens Van Heijst (2005) is er een machtsverschil tussen behandelaar en cliënt dat bestaat uit een ongelijke afhankelijkheid die inherent is aan het verlenen van zorg. Van Heijst (2008) beschrijft afhankelijkheid tussen zorgverlener en zorgontvanger ook wel als afhankelijkheid die altijd asymmetrie met zich meebrengt. Volgens Tronto (2013) kan dit machtsverschil bestaan uit het feit dat de zorgverlener de deskundige of specialist is wat hen meer macht geeft. Zij beschrijft dat bij een ongelijke machtsverdeling de noden gedefinieerd kunnen worden door de machtige partij en niet door degene die de noden hebben. Dit betekent in de praktijk dat een huidtherapeut kan sturen op het overgaan tot een cosmetische behandeling. Tronto (2013) pleit dan ook voor een herdenking van machtsdynamieken in zorgpraktijken. Behalve de macht die bestaat tussen huidtherapeut en cliënt, bestaat er voor de huidtherapeuten in loondienst nog een macht, namelijk de institutie waarvoor zij werken. Het instituut is van invloed op het gedrag van de behandelaars, deze machtsinvloeden worden ook wel *ruling relations* genoemd. Dit zijn krachtige, sociale relaties die institutioneel bepaald zijn en deze kunnen het gedrag van medewerkers sterk beïnvloeden (DeVault & McCoy, 2006). *Ruling relations* kunnen bijvoorbeeld druk uitoefenen op de prestatie met het oog op economische belangen.

Marktwerking

Volgens Tronto (2013) gaat de markt niet uit van het vervullen van de noden, maar de essentiële drijfveer is de mate waarin de klant geld besteedt om zijn noden te vervullen. In de samenleving is efficiëntie een technische term die in het kwaliteitsdenken een belangrijke plaats inneemt (Grypdonck et al., 2019). Een verwijzing naar efficiënter werken dient soms als dekmantel voor bezuinigingen die niet een betere dienstverlening op het oog hebben (Grypdonck et al., 2019). Het voornaamste doel van de markt is winst maken, maar kan ook een ander doel nastreven mits deze goed is gereguleerd (Tronto, 2013).

Volgens Van Heijst (2005) wordt zorgverantwoordelijkheid steeds meer beschouwd als een juridische aangelegenheid en een protocollaire zaak en moet alles in de zorg resultaat opleveren. 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. 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).

Al eerder is de regelgeving genoemd met betrekking tot de directe toegankelijkheid van de huidtherapeut die sinds 2011 is veranderd. Hierbij is een efficiëntere handeling tot stand gekomen voor de arts. De cliënt hoeft namelijk voor een cosmetische behandeling niet meer eerst langs de arts voor een doorverwijzing naar de huidtherapeut. Enkel, voor een behandeling met een medische indicatie, moet de cliënt langs de huisarts voor het verkrijgen van een verwijsbrief zodat de behandeling kan worden vergoed door de zorgverzekering. Aangezien de marktwerking draait om het maken van winst kan het zijn dat de huidtherapeut in een korte tijd zoveel mogelijk cliënten wil behandelen. Dit kan van invloed zijn op de zorgnoden omdat de huidtherapeut de cliënt bijvoorbeeld kan stimuleren om tot een behandeling over te gaan.

2.2.4 Verantwoordelijkheid volgens verschillende auteurs

Hoe de zorgnoden worden bepaald, hoe verantwoordelijkheid daaruit volgt (Tronto, 1993; 2013; 2017; Van Heijst, 2005; 2008) en welke factoren daar een invloed op hebben zijn in de vorige paragraaf besproken. Vanuit zorgethisch perspectief wordt bij een nood uitgegaan van een bepaalde verantwoordelijkheid. In deze paragraaf wordt uiteengezet hoe verschillende zorgethici morele verantwoordelijkheid beschouwen om een zo volledig mogelijk kader te schetsen over morele verantwoordelijkheid.

Volgens Van Heijst (2005) is verantwoordelijkheid het afstemmen op de noden van de ander, waarbij degene moet worden bijgestaan in zijn of haar zorgproces. Voor haar kan beroepsmatige verantwoordelijkheid worden bestempeld als menslievende verantwoordelijkheid als er wordt ingespeeld op iemands behoefte. Zij ziet de relatie tussen huidtherapeut en cliënt van cruciaal belang als er zorgverantwoordelijkheid tot stand komt. Voor Tronto (2013) is verantwoordelijkheid ook een politiek gegeven. Het woord *responsibility* bevat het woord *response*, wat ‘antwoord’ betekent (Tronto, 2013). Dit is dus volgens Tronto (2013) een relationeel gegeven. Tronto (1993) legt verantwoordelijkheid uit als een erkenning door de zorgverlener, waarbij iemand verantwoordelijkheid kan nemen om iets aan een bepaalde situatie te veranderen.

In lijn van Walker (2007) is voor Van Heijst (2005) verantwoordelijkheid afhankelijk van de mate van nabijheid belangrijk die mensen aan elkaar toekennen. Die nabijheid zegt namelijk

iets over de sterkte van de verbondenheid en daaraan is een bepaalde bereidheid gekoppeld om wel of niet verantwoordelijkheid op zich te nemen (Van Heijst, 2005). Gilligan (1982) ziet verantwoordelijkheid niet als het doel van de relatie, maar vindt dat dit de basis vormt voor zekere belangen. Verantwoordelijkheid nemen is een gevolg van de zorgrelatie (Gilligan, 1982). Dus zoals Walker (2007) en Van Heijst (2005) schetsten zou er eerst een nabije relatie moeten ontstaan, voordat verantwoordelijkheid volgt. Bij uitwerking van paragraaf 2.2.2 over wie de zorgnoden bepaalt, lijkt dit tevens overeen te komen met eerst het ‘aandacht hebben voor’, waaruit een nabije relatie kan ontstaan (Walker, 2007; Van Heijst, 2005). Dan kan verantwoordelijkheid volgen uit een zorgrelatie (Gilligan, 1982). Verantwoordelijkheid krijgt in de praktijk herhaaldelijk opnieuw een morele invulling vanuit verschillende perspectieven met de daaraan gekoppelde beelden (Gilligan, 1982).

Voor Tronto (2013) kan verantwoordelijkheid ook een probleem met zich meebrengen. Zo kan het zijn dat degene die de verantwoordelijkheid krijgt toegewezen de kracht van de persoon overstijgt. Er moet wel genoeg kracht zijn om de verantwoordelijkheid te kunnen dragen (Tronto, 2013). Door Van Nistelrooij en Visse (2018) wordt verantwoordelijkheid gezien als iets wat men wel of niet heeft en over 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 vrijheid meer heeft kan men niet verantwoordelijk worden gehouden. (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Verantwoordelijkheid is volgens Tronto (1993) tevens geen verplichting, maar een term die is ingebed in een reeks impliciete culturele praktijken, in plaats van een reeks formele regels of beloften.

2.2.5 Paradigma's over verantwoordelijkheid

Zoals hierboven beschreven zijn er verschillende interpretaties van verantwoordelijkheid. Van Nistelrooij en Visse (2018) hebben de verschillende conceptualisaties en betekenissen over verantwoordelijkheid onderzocht en onderscheiden vier soorten van verantwoordelijkheid. Zij leveren waardevolle inzichten door middel van vier paradigma's over verantwoordelijkheid. 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*)

Dit paradigma is gebaseerd op het gedachtegoed van Kittay (1999) en Walker (2007). In dit paradigma wordt verantwoordelijkheid gezien als een verplichting waarbij de gegeven belofte moet worden nagekomen (Van Nistelrooij & Visse, 2018). 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) dat iedereen gelijk is, want iedereen is ontstaan of geworden door de zorgen van iemand anders. 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 mee 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.

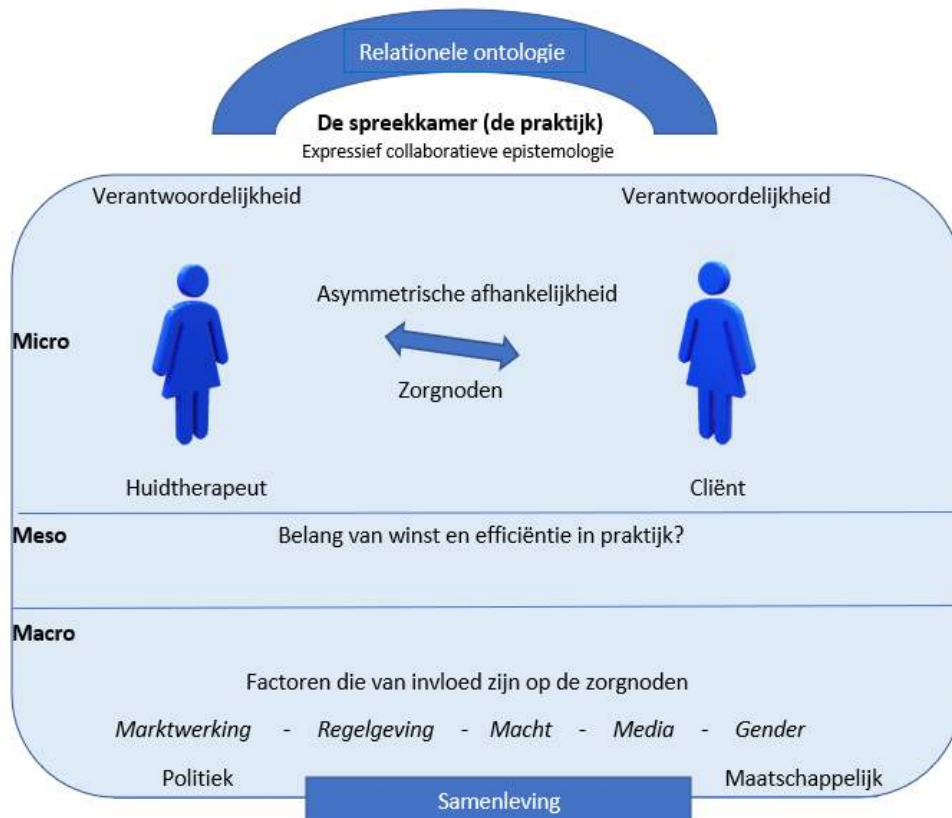
Paradigma 4: Verantwoordelijkheid als gegeven (*givenness*)

In de hiervoor drie genoemde paradigma's verschijnen de morele actors als subjecten die hun toegewezen verantwoordelijkheden kunnen afwijzen. Tevens worden zij 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 dat 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).

2.2.6 De morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut

Op basis van alle bovenstaande literatuur maak ik nu een vertaalslag naar de praktijk van de huidtherapeut om deze literatuur te begrijpen binnen deze praktijk. Bij onderstaand figuur 1. de spreekkamer van de huidtherapeut op macro, meso en microniveau. Dit is een schets van de zorgpraktijk waarnaar ik onderzoek doe om zo inzicht te geven in 'de praktijk', of wel de spreekkamer van de huidtherapeut. Zorg ontstaat in de relatie tot de ander (Van Nistelrooij, 2008) daarom zijn in deze figuur de huidtherapeut en de 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 zowel naar de huidtherapeut als naar cliënt. Omdat zij relationeel verbonden zijn en deze wijst asymmetrisch omdat de afhankelijkheidsrelatie tussen zorgverlener en zorgontvanger altijd asymmetrie met zich meebrengt (Van Heijst, 2008). De huidtherapeut en de cliënt hebben verantwoordelijkheden binnen deze ruimte. In deze thesis wordt onderzoek gedaan naar de geleefde verantwoordelijkheid van de huidtherapeut.



Figuur 1. De spreekkamer van de huidtherapeut op macro, meso en microniveau.

De bovenstaande figuur is opgebouwd uit drie lagen. De micro-omgeving 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. Daarbij komt kijken hoe een instituut is georganiseerd zoals het belang van efficiëntie en economisch nut in een organisatie. In de onderste laag is een macro-omgeving weergegeven waarbij brede maatschappelijke en politieke krachten morele verantwoordelijkheid beïnvloeden. Welke aspecten invloed hebben op het beantwoorden van de zorgnood en wat de soorten verantwoordelijkheid zijn wordt uitgebeeld in figuur 2.



Figuur 2. Theoretisch kader

In het bovenstaande figuur staan aan de linkerzijde morele kwaliteiten en aspecten die van invloed zijn op het bepalen van de zorgnood. Aan de rechterzijde staan de verschillende paradigma's over verantwoordelijkheid. De paradigma's van Van Nistelrooij en Visse (2018) staan aan de rechterzijde van het figuur om een helder beeld te creëren over hoe verantwoordelijkheid kan worden getriggerd. Verantwoordelijkheid kan voortkomen: een belofte, als reactie op kwetsbaarheid, door sociale routines en verwachtingen of als gegeven. Bij het empirisch onderzoek zal ik sensitief zijn voor de bovengenoemde aspecten en soorten verantwoordelijkheid om zo richting te geven aan belangrijke zorgethische aspecten.

2.2.7 Conclusie

Dit hoofdstuk begon met de vraag welke zorgethische inzichten de perspectieven van Tronto en Van Heijst bieden op morele verantwoordelijkheid in de cosmetische zorg. Ondanks dat Tronto en Van Heijst zich niet direct uitspreken over cosmetische zorg heb ik wel verbanden kunnen leggen tussen esthetiek en de morele verantwoordelijkheid. Om te onderzoeken wat de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut is, bracht dit mij terug naar wat Tronto en Van Heijst definiëren als zorg. Voor Tronto is zorg een menselijk activiteit die alles omvat wat wij doen om onze 'wereld' in stand te houden, te continueren en te herstellen om daarin zo goed mogelijk te kunnen leven. Van Heijst is met haar definitie specifiek, voor haar is zorg het afstemmen op de ander die nood heeft aan hulp of steun.

Voorafgaand aan het nemen van verantwoordelijkheid vindt eerst een proces plaats. Tronto (1993) laat zien voordat verantwoordelijkheid tot stand komt, eerst wordt ingegaan op de zorgnoden. Voor Van Heijst (2005) moet de nood van de ander worden gezien en als dit niet kan, moet degene alsnog worden bijgestaan. De visie van Tronto (1993) laat zien dat als de huidtherapeut zich kan herkennen in de positie van de ander er eerder zal worden overgaan op het vervullen van de zorgnood. Voor Van Heijst (2005) geldt hoe meer verbinding tussen huidtherapeut en cliënt wordt ervaren, hoe groter de kans is dat in de nood van de zorgnood wordt voorzien.

Tronto (1993) schrijft dat zorg een behoefte is waarvoor gezorgd moet worden. Dit zal in de cosmetische zorg niet altijd het geval zijn. ‘De behoefte’ lijkt anders te zijn in de cosmetische zorg dan in de zorg waar Van Heijst en Tronto over schrijven. In de cosmetische zorg lijkt de ‘zorgnood’ meer te gaan over een cosmetisch verlangen van de cliënt. De zorgnoden in zorgethiek en zorgnoden in cosmetiek sluiten hierbij niet helemaal op elkaar aan.

Cosmetische zorgnoden kunnen tot stand komen door verschillende factoren. Uit de literatuur blijkt dat media, gender, machtsverschillen en marktwerking de meest relevante factoren zijn in de zorgpraktijk. Mills et al. (2017) laat inzien dat de media effect hebben op hoe mensen er graag uit zien en C. E. Walker (2019) laat zien dat dit leidt tot een toename in cosmetische behandelingen. Meer vrouwen dan mannen zijn geneigd om een cosmetische behandeling te ondergaan. Tronto (2013) laat inzien dat dit naar verwachting wordt gezien als ‘zorgen’ of ‘verzorgen’. Met het idee dat ‘zorgen’ enkel voor vrouwen is, leidt dit nog steeds tot een vrouwelijke meerderheid die cosmetische behandelingen ondergaan. Het inzicht van Van Heijst (2005) laat zien dat er een machtsverschil is tussen huidtherapeut en cliënt. Wat bestaat uit een ongelijke afhankelijkheid die inherent is aan zorg verlenen. Ook *ruling relations* kunnen een rol spelen (DeVault & McCoy, 2006), dit kan de macht zijn tussen de institutie en de huidtherapeut. Tronto (2013) en Van Heijst (2005) hebben laten zien dat door de marktwerking economische belangen voorop staan in plaats van het vervullen van de zorgnoden. Zij leggen beiden nadruk op het leveren van kwalitatief goede zorg in plaats van het maken van winst.

Verantwoordelijkheid is voor Van Heijst (2005) het afstemmen op de noden van de cliënt. Ook al kan er geen cosmetische behandeling worden uitgevoerd, alsnog moet degene worden bijgestaan in zijn of haar zorgproces. Voor Tronto (2013) is verantwoordelijkheid een erkenning door de huidtherapeut, waarbij de huidtherapeut de verantwoordelijkheid op zich kan nemen. Zowel bij Tronto (1993) als Van Heijst (2005) geldt hoe meer verbinding er

wordt ervaren, hoe eerder de huidtherapeut zal ingaan op de nood van de cliënt. Voor Walker (2007) is verantwoordelijkheid iets wat in kaart gebracht kan worden door de mate van nabijheid of afstand tot de zorgvrager. Voor Gilligan (1982) is verantwoordelijkheid de basis voor zekere belangen en zij ziet dit niet als doel van de relatie. Voor van Nistelrooij en Visse (2018) is verantwoordelijkheid iets wat men wel of niet heeft en men kan daarover zelf beslissen. Voor een volledig beeld van verantwoordelijkheid zijn er vier paradigma's over verantwoordelijk welke bestaan uit: verantwoordelijkheid als belofte, verantwoordelijkheid als reactie op de kwetsbaarheid van een ander, verantwoordelijkheid door sociale routines en verwachtingen en verantwoordelijkheid als gegeven (Nistelrooij en Visse, 2018).

Het relationele ontologische uitgangspunt van zorgethiek laat inzien dat verantwoordelijkheid niet kan worden neergelegd bij de een of de ander, dit is een samenspel van verbondenheid (Tronto, 2017). Het expressief-collaboratieve epistemologie uitgangspunt van zorgethiek laat inzien dat moraliteit bestaat in de praktijk (Walker, 2007). De morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut vraag aandacht voor een politieke zorgethisch perspectief. Voor de alledaagse praktijk is er namelijk weinig politieke aandacht (Van Nistelrooij & Visse, 2018). De zorgethische literatuur die in het theoretisch kader staat biedt belangrijke inzichten om de ervaring van de huidtherapeut te begrijpen. Door de bovengenoemde inzichten te doordenken kan de ervaring van morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut beter worden begrepen in de zorgethische discussie van dit onderzoek.

2.2.8 Sensitizing concepts

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van *sensitizing concepts* om zo richting te geven aan zorgethische belangrijke aspecten waarmee als eerste een kader kan worden gecreëerd voor het analyseren van de dataverzameling (Given, 2008). Naar aanleiding van het theoretisch kader zijn de volgende *sensitizing concepts* opgesteld die dienen als gevoeligmakende concepten tijdens de data-analyse: aandacht, afhankelijkheid, asymmetrie, behoeften/behoefte, contextualiteit, democratische samenleving, ervaring, gender, interrelationele autonomie, kwetsbaarheid, lichamelijke, machtsverhoudingen, nood/noden, patiënt-zorgverlener relatie, praktijk, relationaliteit, schoonheid en verantwoordelijkheid. De bovengenoemde concepten bieden een manier om ervaringen te zien, te organiseren en te begrijpen, ze zijn ingebed in disciplinaire accenten en perspectivische neigingen (Bowen, 2006).

3. BENADERINGEN EN METHODE

3.1 Onderzoeksbenadering

Dit kwalitatief onderzoek volgt een zorgethische benadering waarin wordt uitgegaan van een sociaal constructivistisch wereldbeeld (Creswell & Poth, 2018). In dit wereldbeeld geven mensen subjectieve betekenissen aan hun ervaringen vanuit relaties met anderen en door culturele en historische normen (Creswell & Poth, 2018). Ik heb voor deze benadering gekozen omdat ik de overtuiging heb dat de geleefde ervaring van morele verantwoordelijkheid bestaat uit meerdere waarheden, daarbij zie ik morele verantwoordelijkheid als sociaal geconstrueerd en contextafhankelijk. 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). Daarbij is er gekozen voor de visie van de Utrechtse zorgethiek als leidraad. Utrechtse zorgethiek wordt gezien als een interdisciplinaire benadering gedreven door maatschappelijke zorgen (Leget et al., 2017). Zorgethisch onderzoek leent zich goed voor dit onderzoek. Ten eerste heb ik gekozen voor dit onderzoek omdat deze stroming is gecreëerd door de vakgroep die de basis vormt voor de master Zorgethiek en Beleid namens welke ik dit onderzoek in opdracht uitvoer. Ten tweede, zorgethisch onderzoek kenmerkt zich door de dialectische relatie tussen empirisch onderzoek en theoretische reflectie (Leget et al., 2017). Het zorgethisch onderzoek is daarom passend omdat zoals in de doelstelling staat beschreven er wordt getracht inzicht te krijgen door te reflecteren op de ervaring van morele verantwoordelijkheid en inzicht te leveren in morele verantwoordelijkheid om zo het zorgethisch begrip morele verantwoordelijkheid te verrijken in de zorgethische literatuur.

3.2 Onderzoeksmethode

Om inzicht te krijgen in de geleefde ervaring van huidtherapeuten was in eerste instantie gekozen voor de narratieve onderzoeksmethode gebaseerd op Riessman (2008) en McCormack (2000a, 2005b) ontwikkeld door Visse (2014). Hierin was de vijfde stap de hervertelling. Echter, enkele huidtherapeuten gaven aan dat ze het belangrijk vonden dat hun privacy zou worden gewaarborgd, waarmee met een hervertelling details zouden kunnen worden prijsgegeven. Vanwege het korte tijdsbestek is er uiteindelijk gekozen om geen hervertelling te doen. Hierdoor heb ik de narratieve onderzoeksmethode ontwikkeld door Visse (2014) losgelaten en gekozen om de thematische techniek te hanteren. Thematische analyse wordt veel gebruikt in kwalitatief onderzoek en wordt volgens Nowell et al. (2017) op

dezelfde manier gewaardeerd als gefundeerde theorie, etnografie of fenomenologie. Dit is een techniek voor het identificeren, analyseren, organiseren, beschrijven en rapporteren van thema's die in de dataverzameling worden gevonden (Braun & Clarke, 2006). In mijn thematische analyse wordt getracht om de ervaring die is ingebed in interviews te achterhalen en ligt de focus op het intact laten van het verhaal (Riessman, 2008).

3.3 Dataverzameling

Allereerst werd dit onderzoek, in het kader van reflexiviteit, gestart met het noteren van eigen interpretaties, voorkennis en ervaringen. 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. Uit het arbeidsmarktmonitor rapport voor huidtherapeuten blijkt dat vrijwel alle huidtherapeuten (99%) vrouw zijn (Vughts et al., 2005). Daarom zijn de respondenten die werden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek ook allen van het vrouwelijke geslacht. De huidtherapeuten 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. Omdat zij naar verwachting meerdere ethische casussen hebben ervaren die hebben voorgedaan in de praktijk.

In totaal zijn zeven interviews afgenomen 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 niet haalbaar. Voorafgaand aan het gesprek gaf ik kort informatie over het onderzoek en heb ik aangegeven dat er geen goede en foutieve antwoorden mogelijk zijn. Als er geen vragen waren dan werd het gesprek gestart en opgenomen met een mobiele telefoon. Een interview duurde tussen een half uur en zestig minuten. De interviews met de huidtherapeuten betroffen een laagdrempelige vorm die semigestructureerd is afgenomen (Johnson & Parry, 2015). Voor de interviews is gebruik gemaakt van een *topiclijst* met suggesties van vragen. Er is gekozen voor een *topiclijst* om structuur aan te brengen in het interview en richting te geven aan het gesprek. Door middel van de lijst met onderwerpen kon zo er zo nauw mogelijk bij de ervaring van de respondenten worden gebleven (Johnson & Parry, 2015). Na ieder interview is er direct *membercheck* uitgevoerd waarbij de huidtherapeut is gevraagd of de omschrijvingen, interpretaties en conclusies correct en volledig zijn begrepen. In bijlage 1 is

de opzet van het interview terug te lezen en in bijlage 2 is een overzicht van de respondenten met aanduiding van de naam als cijfer, loondienst of zelfstandige en datum van het interview. In dit onderzoek zijn vijf van de zeven huidtherapeuten in loondienst en hebben twee van hen een eigen kliniek zonder personeel. Allen van hen werken gedurende de dag zelfstandig zonder direct contact met collega's.

3.4 Data-analyse

Voor het interpreteren van de interviews wordt gebruik gemaakt van een narratieve thematische analyse. In deze techniek heeft de analyse een systematisch proces voor het coderen van de dataverzameling waarin specifieke uitspraken worden geanalyseerd en gecategoriseerd in thema's die het onderwerp van belang vertegenwoordigen (Creswell, 2014). Door de specifieke en letterlijke uitspraken van de huidtherapeuten te analyseren probeer ik zo dicht mogelijk bij hun geleefde ervaring te komen en hierdoor de betekenis van de geleefde ervaring van morele verantwoordelijkheid zo nauwkeurig mogelijk te onderzoeken. In dit onderzoek volg ik de zes fases binnen de thematische analyse van Braun en Clarke (2006). Deze fases bieden een duidelijk en bruikbaar kader om thematische analyse te doen (Maquire & Delahunt, 2017).

De eerste fase is het vertrouwd raken met de empirische onderzoeksgegevens. De interviews zijn getranscribeerd met behulp van het programma Amberscript. Volgens Braun en Clarke (2006) is het belangrijk om bekend te raken met de datagegevens, daarom heb ik mijn transcripten meerdere malen gelezen om zo bekend te raken hiermee en de hoeveelheid ervan. Daarbij heb ik tijdens het lezen van de transcripten al sommige stukken tekst gemarkeerd die mijns inziens als relevant konden worden beschouwd. Na de transcripten een aantal keer te hebben gelezen heb ik voor mijzelf een aantal thema's opgeschreven die ik verwachtte te gaan gebruiken.

In de tweede fase heb ik de datagegevens op een systematische wijze geordend door middel van het opstellen van codes. Ik ben begonnen met coderen om zo tekstfragmenten te verbinden met codes. Tijdens het coderen heb ik de codes in termen beschreven die zo dicht mogelijk bij ervaring van de huidtherapeuten blijven. In totaal heb ik 112 codes opgesteld.

Vervolgens heb ik in fase 3 de codes geclusterd door de codes onder te verdelen in kleine groepjes. Deze overkoepelende clusters geven aan welke clusters bij elkaar horen. Een uitwerking van de clusters leidt tot een descriptieve weergave van de ervaring van morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten ten aanzien van cosmetische behandelingen.

Uiteindelijk zijn de thema's die ik bij voorbaat in gedachten had en opgeschreven had, als eerst gebruikt om te clusteren en te coderen. Uiteraard was er ruimte over om eventuele nieuwe thema's toe te voegen of te verwijderen.

Fase 4 is het herzien en verfijnen van de thema's. Bij deze stap heb ik de thema's opnieuw geëvalueerd. Hierbij bleek dat twee thema's nog niet nauwkeurig de lading van de clusters dekten, zodoende zijn deze thema's aangescherpt. De definitieve thema's zijn: doen wat de cliënt wil, winst maken, schoonheid en verantwoordelijkheid. Toen de thema's zeker definitief waren heb ik gekeken naar codes die elkaar eventueel overlappen en of deze daardoor moeten worden aangepast. Ook heb ik gekeken of ik niet te veel codes in een thema heb geprobeerd te laten passen om zo op een gestructureerde manier de codes te organiseren. In bijlage 3 is er een weergave van een fragment uit het codeboek. In bijlage 4 is een overzicht van welke thema's bij welke clusters horen.

Bij fase 5 en 6 worden de thema's verfijnd en het doel hiervan is om de essentie van ieder thema te identificeren (Braun & Clarke, 2006). Hierbij heb ik gekeken naar wat ieder thema en cluster nou echt zegt en hoe de thema's en clusters zich tot elkaar verhouden. Uiteindelijk is er een thematische map ontstaan waarna een duidelijke en overzichtelijke analyse van start kon gaan (Braun & Clarke, 2006).

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 zijn geanonimiseerd. De verzamelde data zijn 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. RESULTATEN

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

De eerste paragraaf gaat over de ervaring van morele verantwoordelijkheid bij een relationele verbinding tussen huidtherapeut en cliënt. Vervolgens laten de bevindingen de ervaring van morele verantwoordelijkheid bij kwetsbaren zien. In de derde en vierde paragraaf laten de bevindingen zien hoe morele verantwoordelijkheid wordt ervaren bij hoge of onrealistische schoonheidsidealen en het ervaren van verslavingsgevoeligheid bij de cosmetische behandelingen. In de vijfde paragraaf wordt de ervaring van morele verantwoordelijkheid met betrekking tot de communicatie naar de cliënt toe belicht. Tot slot, komen de ervaring van de spanning tussen verschillende verantwoordelijkheden en de ervaring van de gedeelde verantwoordelijkheid aan bod.

4.1 Relationaliteit

In het onderstaande citaat heeft de cliënt een overwicht in de beslissing van het aantal behandelingen. Hierdoor loopt de huidtherapeut het risico dat er een complicatie kan optreden door de huid over te behandelen of dat er helemaal geen resultaat meer optreedt. Aangezien het goed klikt met de cliënt lijkt het erop dat ze niet tegen de wens van de cliënt in wil gaan. Kennelijk is het moeilijk om nee te zeggen tegen de cliënt als degene als aardig wordt ervaren en de huidtherapeut daarmee een goede relatie ervaart. De morele verantwoordelijkheid om de cliënt niet over te behandelen lijkt opeens niet minder belangrijk te zijn in het onderstaande citaat. Het lijkt erop dat de huidtherapeut vooral graag aardig gevonden wil worden.

Ik denk misschien ook wel: kijk, als we het heel goed klikt tussen jou en 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)

In het volgende citaat heeft zij te maken met een cliënt van dezelfde leeftijd die zij al vaker heeft behandeld in de praktijk. Het lijkt dat de huidtherapeut hierbij gezelligheid op dat moment belangrijker vindt dan de morele verantwoordelijkheid, want als het gezellig is, zegt zij makkelijker dingen toe.

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)

De cliënt kan overheersend zijn in de relatie. Het liefst wil de huidtherapeut de ‘zorgnood’ van de cliënt niet beantwoorden. Het blijkt dat als de cliënt communicatief sterk is, de huidtherapeut eerder over zich heen laat lopen.

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

De verbinding die wordt ervaren met de cliënt is voor de onderstaande huidtherapeut ook afhankelijk van de indicatie waarvoor degene komt en de daarbij behorende context. Het lijkt erop dat zij zich goed kan inbeelden hoe het is om te leven met gezichtsbeharingsproblemen in deze maatschappij. Het lijkt erop dat het inlevingsvermogen van de huidtherapeut ertoe leidt dat zij haar verantwoordelijkheid tot zich neemt. Zo geeft de huidtherapeut aan dat ze het heel vervelend vindt als de cliënt zoals hieronder lijdt aan haargroei in het gezicht in het dagelijks leven. Ze heeft medelijden met de cliënt en zal zodoende de zorgnood beantwoorden.

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)

Op de werkvloer kan de huidtherapeut zich goed inleven in de cliënt. Echter, zodra zij weer thuis is kan zij deze gevoelens ook weer loslaten.

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 opslaat en wat eventueel de volgende keer wel weer ter sprake komt. (H2)

Bij een vriendschappelijke relatie tussen huidtherapeut en cliënt zegt de huidtherapeut makkelijker dingen toe dan zij eigenlijk zou willen. Daardoor lijkt de ervaring van morele verantwoordelijkheid in mindere mate aanwezig te zijn bij een vriendschappelijke relatie. Voor de huidtherapeut lijkt het belangrijk om een prettige relatie te hebben en aardig gevonden te worden. Als de huidtherapeut zich goed kan inleven in de vraag van de cliënt is er een grotere kans dat de zorgnood wordt beantwoord. Dit geldt ook voor de situatie waarin de huidtherapeut zich goed een voorstelling kan maken waarom de ‘nood’ van de cliënt als ernstig wordt ervaren.

4.2 Kwetsbaren

In deze paragraaf wordt onder kwetsbaren verstaan kinderen, tieners en ouderen. Leeftijden spelen een rol in de cosmetische kliniek. In de interviews is aan de huidtherapeuten gevraagd wat hun afbakening is voor waarom zij de ene cliënt wel behandelen en de andere niet. Ingewikkelde morele gevoelens komen voornamelijk naar boven bij het behandelen van kinderen of senioren.

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

Bij kinderen kan er nog veel veranderen in het lichaam, maar met oudere mensen in de praktijk krijg je ook niet per se het resultaat dat wenselijk is volgens de huidtherapeut uit het citaat hieronder.

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

Wat het meeste is benoemd door de huidtherapeuten zijn kinderen die naar het spreekuur komen. Deze kinderen worden vaak aangestuurd door een ouder. De huidtherapeut in het onderstaande citaat lijkt vooral aandacht te hebben voor wat het kind graag lijkt te willen. Zij geeft aan dat het namelijk ook kan zijn dat de ouders meer de behandeling willen dan het kind.

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 niet 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. Zij zit in een tweestrijd waarbij zij merkt dat de moeder graag de behandeling wil laten uitvoeren uit liefde voor het kind, maar het kind ziet er niet overtuigd uit om de behandeling te willen ondergaan. Het lijkt erop dat een lastige morele situatie plaats vindt zodra de ouder de macht heeft om te bepalen voor het kind.

Ja, dat vind ik ook wel eens heel erg lastig hoor en zeker met een moeder-kind relatie. Dan merk ik toch wel vaak op gebied van acne 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. Het kan zijn dat het lijkt dat het kind graag de behandeling wil ondergaan, maar de ouder kan een zeer sturende rol hebben in wat het kind moet zeggen zodra die in de praktijk is.

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 het jonge kind echt stoort. Zij verplaatst zich hierbij in het kind. Machtsverhoudingen tussen ouder en kind lijken hier een rol te spelen waarbij de ouders een hogere prioriteit hebben bij de behandeling dan het kind. Als de huidtherapeut naar het kind kijkt moet zij het idee hebben dat het kind graag oprecht de behandeling wil ondergaan.

Het kind moet er zelf ook achter staan. (H3)

In het onderstaande citaat drong een moeder er bij haar dochter aan om ook lipfillers te laten injecteren met een hyaluronpen. Hierbij lijkt het dat de huidtherapeut haar persoonlijke oordeel en standpunt achterwege laat om toch zo de moeder tegemoet te komen door de behandeling uit te voeren. Het lijkt erop dat de huidtherapeut hierbij niet dicht bij zichzelf blijft.

Dat was een moeder die dat had gedaan en die zelf 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)

Toch ervaart de huidtherapeut geen spijt van de behandeling bij de dochter. Door de druk van de moeder en aangezien het kind ook aangaf graag de behandeling te willen ondergaan heeft zij de beslissing genomen om toch te behandelen, ondanks dat dit voor haar moreel niet juist voelde. Zij heeft de behandeling ook uitgevoerd omdat de wens van de cliënt zo sterk was en

zij anders toch naar een andere praktijk zou zijn gegaan. Het lijkt erop dat de huidtherapeuten dan toch liever de behandeling zelf uitvoeren ondanks de morele stress die zij ervaren, dan dat zij de cliënt naar een andere huidtherapeut laten gaan. Zou dit zijn omdat ze dan zeker weten dat de behandeling goed wordt uitgevoerd? Of zouden economische overwegingen hierbij de overhand hebben?

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 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. De huidtherapeut ervaart morele stress, zij heeft aandacht voor het kind en ziet dat zij moet huilen voordat zij onder narcose ging. Daaruit merkt zij op dat het kind wellicht liever de behandeling niet ondergaat. Het kind blijkt geen keuze te hebben omdat de moeder voor het kind beslist. De huidtherapeut ervaart dat het kind geen 'stem' heeft en dat wellicht de huidtherapeut haar stem moet zijn om zo immorele praktijken te voorkomen.

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)

De huidtherapeut verplaatst zich in de cliënt, de pijn lijkt voor het kind niet op te wegen tegen het resultaat. Ondanks dat het kind nu met de behandeling niet blij is, kan zich worden afgevraagd of het kind later wel blij zou zijn met de beslissing en daar de vruchten van plukt? De huidtherapeut is niet overtuigd omdat zij de lichamelijke gewaarwordingen van het kind

ziet met de daarbij behorende emoties. Met haar levensfase herkent zij het probleem of de ‘zorgnood’ niet.

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 zich 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)

Het gevoel van morele verantwoordelijkheid lijkt in een hogere mate aanwezig te zijn bij cliënten die kwetsbaar zijn. Het gaat hier om cliënten waarbij het lijkt dat zij niet zelf de beslissing kunnen of mogen nemen. De morele tweestrijd van de huidtherapeut is dat zij enerzijds wil ingaan op de hulpvraag van de ouder. Terwijl anderzijds, de (meestal bijbehorende) ongevraagde pijn van een cosmetische behandeling voor het kind iets is wat botst met de morele gevoelens van de huidtherapeut. Er is een spanningsveld bij de machtsverdeling in een driehoeksverhouding waarbij degene die de zorg ontvangt hier niet per se mee instemt of kan instemmen. Morele verantwoordelijkheid lijkt te schuren als de huidtherapeut zich inleeft in het kind en zich kan voorstellen dat het kind de behandeling liever niet ondergaat. De huidtherapeut bekijkt of zij zich herkent in de zorgnood, of zij het zich voor kan stellen dat het kind dit graag wil en heeft daarvoor aandacht voor het kind. De huidtherapeut ervaart een sterker gevoel van morele verantwoordelijkheid om het kind te vertegenwoordigen.

4.3 Hoge of onrealistische schoonheidsidealen

Uit de empirische data blijkt dat morele verantwoordelijkheid ook in hogere mate wordt ervaren bij cliënten met hoge of onrealistische schoonheidsidealen. In het citaat hieronder behandelt de huidtherapeut de cliënt niet als zij denkt dat de diegene een onrealistisch zelfbeeld heeft. Het lijkt erop dat de huidtherapeut zich niet herkent in de zorgnood en daardoor wordt de behandeling niet uitgevoerd.

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)

Volgens de huidtherapeut uit het citaat hieronder lijkt het erop dat een behandeling wel resultaat moet opleveren en lijkt zij zich hiervoor verantwoordelijk te voelen.

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

Sociale media kunnen een onrealistisch verwachtingspatroon creëren. Het lijkt voor haar als vanzelfsprekend dat dit patroon ontstaat door sociale media en door de bladen.

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 sociale media ook in bladen en zo krijgen. Daar moeten ze een scheiding maken. Net zoals sociale media die toegang geeft tot 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. (H1)

Een andere huidtherapeut ervaart verschuivingen in het schoonheidsideaal.

En ik denk dat sociale media daar ook wel invloed op hebben, 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)

Zij lijkt zich te storen aan cosmetische behandelingen bij jonge meisjes. Zij ervaart morele gevoelens bij het idee dat cosmetische ingrepen worden genormaliseerd door middel van sociale media. Het lijkt erop dat zij hier weemoedig van wordt en het lijkt haar boos te maken omdat de meisjes nog zo jong zijn.

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 voorstellen dat er hoge of onrealistische schoonheidsidealen worden ervaren. Voor haar speelt schoonheid als een rol vanaf 's ochtends vroeg.

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)

Voordat er wordt ingegaan op de zorgnood, beantwoordt de huidtherapeut eerst nog wel een aantal vragen voor zichzelf. Zij beweegt hierin heen en weer. Enerzijds vraagt zij zich af wie ben ik om te oordelen. Hierbij lijkt het op dat moment dat de huidtherapeut zich niet zo verantwoordelijk voelt. Maar vervolgens vraagt zij zich af of het nu wel echt gaat over de poriën die de cliënt storend vindt of dat er iets is met haar zelfbeeld.

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)

In de praktijk blijken de meeste huidtherapeuten nog wel eens te worstelen met het aangeven van grenzen. Het lijkt erop dat de huidtherapeut teleurgesteld is als de cliënt een ander verwachtingspatroon blijkt te hebben dan de huidtherapeut.

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 dat je hebt gehaald en natuurlijk vind je het dan heel vervelend dat iemand niet tevreden is. Maar soms is die ontevredenheid gebaseerd op de eigen onzekerheden. (H1)

Maar hoe gaat de huidtherapeut hiermee 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)

Als er morele issues zijn die schuren maakt de huidtherapeut dit bespreekbaar 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)

De ervaring van morele verantwoordelijkheid bij de hoge of onrealistische schoonheidsidealen lijkt samen te hangen met de manier van hoe er met de cliënt wordt gecommuniceerd. Een eerlijke en open communicatie lijkt hierbij het meest van belang. Het wordt getoetst door de huidtherapeut of de cliënt realistische verwachtingen heeft om zo een teleurstelling te voorkomen. Tevens kan het voorkomen dat de cliënt al een mooie huid heeft en de huidtherapeut in tweestrijd zit om deze nogmaals te behandelen. Sociale media zijn volgens de huidtherapeuten een belangrijke bron waardoor hoge of onrealistische schoonheidsidealen ontstaan.

4.4 Verslavingsgevoeligheid

Opvallend in het empirisch onderzoek is dat twee huidtherapeuten op eigen initiatief en los van elkaar het voorkomen van verslavingsgevoeligheid in de praktijk benoemen. Met die gevoeligheid voor het als maar meer behandelingen willen ondergaan moet volgens hen bewust mee worden omgegaan.

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)

De andere respondent gaf als voorbeeld aan 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. Door bijvoorbeeld haar eigen 'imperfecte' huid te laten zien.

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)

De morele verantwoordelijkheid blijkt op te spelen als iemand meerdere cosmetische behandelingen achter elkaar aan wil doen. Hiervoor laat de huidtherapeut soms huid van zichzelf zien om de huid of een huidaandoening te normaliseren.

4.5 De invloed van communicatie

Wat veelal naar voren komt tijdens de interviews met de huidtherapeuten is het belang van het luisteren en het geven van een transparante informatie aan de cliënt. De huidtherapeut uit het citaat hieronder ervaart de morele verantwoordelijkheid des te meer als er emoties opspelen, zoals bij deze cliënt die begint te huilen nadat er een complicatie is opgetreden.

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)

In het gesprek lijkt het erop dat de zorgnood kan worden gestuurd. Bij deze huidtherapeut heeft zij het overwicht hierin.

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 voldoende of naar wens.” (H4)

Een andere huidtherapeut geeft niet per se een oordeel over wat zij van de huid vindt. Als de cliënt het storend ervaart, dan gaat deze huidtherapeut daarin mee. Op dat moment neemt zij niet haar verantwoordelijkheid omdat zij aangeeft dat het uiteindelijk niet aan haar is wat als ‘nood’ wordt beschouwd.

Als mensen komen met een vraag als deze: “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. 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 het wel meevalt. Als degene dat wel erg vindt. Ja dan is het meer mijn taak om voorlichting te geven over wat dan eventuele behandelmogelijkheden zijn. (H3)

Het lijkt erop dat de huidtherapeut niet per se de cliënt beschermt, maar hier juist in mee gaat. Zou de huidtherapeut niet juist de juiste persoon zijn om te zeggen; moet je ook niet doen.

Wat ik altijd zeg als ik iemand heb 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)

Een grens voor deze huidtherapeut is het veranderen van de vorm van het gelaat. Zij wil de cliënt hiervoor behoeden en laat dit dan ook weten in het gesprek.

De vorm van het gezicht 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 dan is het 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 dat iemand gewoon met je meepraat. (H5)

Alle bevindingen die in het gelaat worden gezien worden niet per se gecommuniceerd met de cliënt. Het lijkt erop dat de huidtherapeut daarmee niet een cliënt wil voeden met onzekerheden. Hierin lijkt zij haar morele verantwoordelijkheid te nemen.

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)

Daarentegen kan de huidtherapeut soms toch bewust een nood willen laten ontstaan.

En ja natuurlijk 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)

Het lijkt erop dat er voorzichtigheid is geboden met de manier van hoe er met de cliënt wordt gecommuniceerd. Om niet de cliënt te bestempelen als ‘mooi’ of ‘lelijk’ kiest deze huidtherapeut voor een andere terminologie.

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)

Ook een andere huidtherapeut lijkt zich bewust te zijn van de manier waarop zij haar communiceert.

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 zoals: “Ik vind mezelf lelijk omdat ik pigmentvlekken heb”. Dan zeg ik wel: “je bent niet lelijk, niemand is lelijk”. (H3)

Bij twijfel of de cosmetische behandeling wel resultaat zal opleveren of dat de cliënt niet tevreden zal zijn heeft de huidtherapeut liever dat iemand anders de verantwoordelijkheid van de cliënt op zich neemt.

En dan denk ik wel eens 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)

Er wordt een morele verantwoordelijkheid ervaren bij de manier hoe er wordt gecommuniceerd met de cliënt. Hierin lijkt de huidtherapeut te kunnen sturen van bijvoorbeeld het wel of niet ondergaan van een behandeling. Of als door een behandeling de mimiek in het gezicht flink zou worden veranderd dan laat de huidtherapeut dit zich niet gebeuren. Ook geven twee huidtherapeuten aan dat als de cliënt de nood als daadwerkelijk ernstig ziet, de huidtherapeuten dan niet adviseren om de behandeling niet uit te voeren. Zij vinden dat het niet per se hun taak is om de ‘zorgnood’ af te zwakken.

4.6 Spanning tussen verschillende verantwoordelijkheden

Er wordt een spanningsveld ervaren tussen de verschillende verantwoordelijkheden van de huidtherapeut. Zoals de morele verantwoordelijkheid voor de cliënt enerzijds, maar ook de

verantwoordelijkheid voor de eigen financiële lasten. Voor degene die als zelfstandige werken is het winstoogmerk van belang, er moet tenslotte voor hun ook geld worden verdiend.

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 over tot een behandeling. Dus verandert die grens wel iets. En dat heeft ook te maken met dat je gewoon je brood ook moet verdienen. (H3)

Ook bij een huidtherapeut in loondienst staat goede zorg soms tegenover winst.

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

Een andere huidtherapeut kijkt hier anders tegen aan. Zij voelt die tweestrijd minder tussen de verantwoordelijkheid voor de cliënt en het financiële belang. Immers, deze huidtherapeut werkt ook in loondienst.

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 bijverkoop doen zoals bij de benzinepomp. Ik denk dat dat wel een verschil maakt. Of het ethisch gezien verantwoord is wat je doet, is de vraag. (H6)

Een huidtherapeut met een eigen praktijk wil liever niet over bepaalde grenzen gaan door bijvoorbeeld een cliënt letterlijk iets aan te praten. Uiteindelijk laat ze de keuze bij de cliënt, ondanks dat ze wel graag wil behandelen, want dit zorgt voor inkomsten.

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)

In loondienst was die morele tweestrijd minder voelbaar dan nu.

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 dat nu doe. (H3)

Tot op zekere hoogte lijken financiële inkomsten van belang te zijn, maar dit heeft ook grenzen. Als de huidtherapeut het gevoel heeft dat wat ze doet echt niet meer passend is bij haar morele gevoelens, probeert zij weer in moreel evenwicht te komen.

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)

In loondienst komt morele stress ook voor. Wat hier lijkt te schuren is de leeftijd, de vele ingrepen die al voorafgaand zijn uitgevoerd en weinig perspectief op echt resultaat.

Vooraf 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. Je doet het dan toch, want ze hebben het geld. En dan is dat toch dat commerciële. Zoiets geeft dan toch uiteindelijk een raar gevoel. (H4)

Een ander probleem dat aanwezig is, is dat er gebruik kan worden gemaakt van de onzekerheden van de cliënt. Het lijkt erop dat het dicht bij jezelf blijven qua morele gevoelens belangrijk is om zo niet over de eigen grenzen te gaan.

Dus ik denk dat je daar wel voor moet waken en niet alleen maar met commercieel oogpunt daarin moet zitten van laat ik eens 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 hebt dat je daar inderdaad wel iets mee moet doen, want dat onderbuikgevoel dat heb je niet voor niks. (H1)

Deze huidtherapeut lijkt zich bewust te zijn van haar verantwoordelijkheid naar zowel de cliënt als naar haar baas.

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 lijkt te behoren tot het leveren van goede zorg.

En ja, ga je dan dingen doen om meer geld in het laatje 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, dan voelt het ook niet goed. (H2)

Als voorbeeld gaf een huidtherapeut aan dat de prijzen voor een behandeling *microneedling* op de markt sterk verhogen. De huidtherapeut in het citaat hieronder vindt dat er hiervan misbruik wordt gemaakt.

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

Wat tevens schuurt is als een cliënt niet door de ene huidtherapeut wordt geholpen en diegene wel naar een andere toegaat.

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)

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)

De huidtherapeut beslist of de behandeling wordt gestart of niet.

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)

Tot slot, is er nog één huidtherapeut die aangaf 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.

Goede zorg *versus* winst lijkt een gevoel van dubbelzinnigheid te geven voor de huidtherapeuten. Enerzijds willen zij graag hun verantwoordelijkheden nemen voor de cliënt. Anderzijds hebben zij ook verantwoordelijkheden naar hun baas of hun eigen praktijk. Het

lijkt erop dat een huidtherapeut die in loondienst werkt het makkelijker vindt om grenzen aan te geven dan diegene die een eigen kliniek heeft. 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. De huidtherapeut lijkt zich bewust te zijn van het feit dat als zij de cosmetische behandeling niet uitvoert, de cliënt wel naar een andere behandelaar gaat die dan het geld verdient.

4.7 Gedeelde morele verantwoordelijkheid

Wat uiteindelijk meermaals in de gesprekken met de huidtherapeuten naar boven kwam is dat zij aankaarten dat de cliënt ook een rol heeft in de verantwoordelijkheid. In de onderstaande citaten van de huidtherapeuten wordt weergegeven wat hiermee wordt bedoeld.

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)

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. Hierbij lijkt de huidtherapeut bewust te zijn van de afhankelijkheid van de cliënt.

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. Nee, ik denk ze zijn er ook altijd nog zelf bij. Er ligt ook een verantwoordelijkheid bij de cliënten. (H3)

Er zijn ook 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. De cliënt draagt in zo'n situatie de volledige verantwoordelijkheid.

Als de cliënt echt iets zelf wil, dan laat ik het wel ondertekenen dat ze het zelf willen. En dan zeg ik 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 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 lijken volgens de huidtherapeuten samen te komen in de praktijk. In het onderstaande citaat lijkt alsof er weer meer wordt gesproken van de gedeelde verantwoordelijkheid in de praktijk.

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

Concluderend, geven de huidtherapeuten aan dat de cliënt ook een deelname heeft in de verantwoordelijkheid. Dit ervaren zij als een gedeelde verantwoordelijkheid in de praktijk.

4.8 Conclusie

In dit hoofdstuk is inzicht geboden in de belangrijkste ervaringen van morele verantwoordelijkheid in de praktijk van de huidtherapeut en deze zijn als volgt:

Ten eerste wordt de ervaring van morele verantwoordelijkheid in mindere hoge mate ervaren bij een cliënt met wie de huidtherapeut een vriendschappelijke band heeft. Door middel van deze relatie ervaren de huidtherapeuten het als moeilijk om nee te zeggen tegen de cliënt. Dit zorgt ervoor dat de cliënt soms meer overwicht heeft in het bepalen van de zorgnoden dan de huidtherapeut. Gezelligheid tijdens de behandeling en het aardig gevonden willen worden kan een hogere prioriteit hebben dan de morele verantwoordelijkheid bij het behandelen van een cliënt die als erg aardig wordt gezien. Daarnaast kan worden geconcludeerd dat als de huidtherapeut zich goed kan inleven in de vraag van de cliënt, en zich er een voorstelling bij kan maken waarom dit voor de cliënt als ernstig wordt ervaren, dat de zorgnood vaak wordt beantwoord door de huidtherapeut.

Ten tweede, kan er worden geconcludeerd dat lastige morele gevoelens niet altijd op de voorgrond staan in de praktijk, deze zijn meer nadrukkelijk aanwezig bij cliënten die jong of juist oud zijn, bij cliënten die al eerder meerdere behandelingen hebben ondergaan of bij cliënten die hoge of onrealistische schoonheidsidealen nastreven. Bij kinderen die nog afhankelijk zijn van een ouder en niet hun eigen keuzes kunnen of mogen maken wordt de

meeste verantwoordelijkheid gevoeld. Het kan voorkomen dat de ouder meer belang heeft bij de behandeling dan het kind. Door een huidtherapeut wordt benoemd dat dit kan ontstaan uit liefde voor het kind van de moeder. De huidtherapeuten zitten hierbij in een morele tweestrijd en willen graag de moeder helpen zodat het kind bijvoorbeeld later juist geen acnelittekens krijgt. Anderzijds wil de huidtherapeut het kind ook geen pijn doen door een behandeling uit te voeren die het kind niet wil ondergaan. Hierbij wordt morele stress ervaren. De huidtherapeut bekijkt de situatie door de ogen van het kind en wil zich daarbij herkennen in het probleem om zo te bepalen of de 'zorgnood' daadwerkelijk een 'nood' is. Zij ontwikkelt een 'stem' voor het kind, die zich verhoudt tegenover degene in de machtspositie (in dit geval de ouder).

Ten derde wordt er een hogere mate van morele verantwoordelijkheid ervaren bij cliënten met hoge of onrealistische schoonheidsidealen, waarbij een verslaving van de cosmetische behandelingen tot stand kan komen. Hierbij is de kans dat een gezonde huid juist schade kan oplopen bij meerdere behandelingen. De zorgnood van deze cliënten hangt samen met hoe er wordt gecommuniceerd tussen huidtherapeut en cliënt. Volgens de huidtherapeuten zijn sociale media van invloed op de schoonheidsnorm.

Als vierde hebben de huidtherapeuten een grote macht in het bepalen van de zorgnoden om de woorden te kiezen die hen het beste passen in hun behandeladvies. De zorgnood kan worden gestuurd of bijgestuurd door de huidtherapeut. De huidtherapeut is verantwoordelijk voor de manier waarop hij met de cliënt communiceert. Dit kan ervoor zorgen dat de cliënt geen onnodige behandelingen ondergaat. Twee huidtherapeuten gaven aan dat als de cliënt de nood ziet als daadwerkelijk ernstig, de huidtherapeuten dan niet aangeven dat de behandeling niet nodig is volgens hen.

Als vijfde kan worden geconcludeerd dat de huidtherapeut zich soms bevindt in een morele tweestrijd van verantwoordelijkheid. Deze kan bestaan uit verantwoordelijkheid voelen voor de cliënt maar ook verantwoordelijkheid voelen voor zichzelf, voor de eigen onderneming of voor de institutie. Eén huidtherapeut geeft aan dat sinds zij voor zichzelf werkt er cliënten nodig zijn om de verantwoordelijkheid voor de eigen financiële lasten te kunnen dragen. Dat hierbij dan soms een behandeling of behandelplan komt kijken die niet naadloos aansluiten wordt hierbij op dat moment als minder belangrijk gezien. Een huidtherapeut in loondienst heeft het makkelijker met het weigeren van cliënten dan de zelfstandig ondernemer. Daar waar mogelijk proberen de huidtherapeuten met een eigen onderneming toch nog wel iets aan de cliënt te verdienen, maar hierbij zijn ook grenzen. Als het gevoel van de huidtherapeut niet

meer bijdraagt aan het leveren van goede zorg en dat haar morele daden overgaan of leiden naar slechte zorg, dan komt de morele verantwoordelijkheid weer om de hoek kijken.

Tot slot, ervaren de huidtherapeuten een gedeelde morele verantwoordelijkheid samen met de cliënt. Naast de huidtherapeut, levert de cliënt ook een bijdrage door zelf te beslissen of de cliënt ingaat op de adviezen van de huidtherapeut of niet.

5. ZORGETHISCHE REFLECTIE

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?

In het voorgaande hoofdstuk is stilgestaan bij de ervaring van morele verantwoordelijkheid bij huidtherapeuten. In dit hoofdstuk wordt er een dialectische verbinding gemaakt tussen het theoretisch kader en de empirische bevindingen waarbij wordt gekeken waarbij deze elkaar mogelijk aanvullen of nuanceren. De zorgethische reflectie is opgebouwd uit de volgende onderwerpen: verantwoordelijkheid verschuift naar de achtergrond bij een vriendschappelijke relatie, hogere verantwoordelijkheid bij kwetsbaren, de druk van sociale routines en verwachtingen, economische overwegingen *versus* morele overwegingen en de gedeelde of eigen verantwoordelijkheid.

5.1 Verantwoordelijkheid verschuift naar de achtergrond bij een vriendschappelijke relatie

De literatuur van Van Heijst (2005) heeft laten zien dat zij de nadruk legt op menslievende zorg waarbij ‘iemand bijstaan’ centraal staat in het proces van zorg. Van Heijst (2005) stelt een andere vorm van professionaliteit voor, waarbij professionele zorg niet als formeel en afstandelijk wordt gezien maar als zorg met nabijheid. Van Heijst (2005) schrijft dat het verantwoordelijkheidsgevoel van de behandelaar sterker en gevoelsmatig meer geladen wordt als de cliënt dichtbij staat. Dit zou mogelijk betekenen dat als er een goede relatie is met de cliënt de huidtherapeut zich ook meer moreel verantwoordelijk zou voelen.

Waarbij wellicht wordt verwacht dat er bij een goede relatie ook meer morele verantwoordelijkheid is, blijkt dit uit de empirische bevindingen soms anders te zijn. Voor sommige huidtherapeuten lijkt het hebben van een warme relatie soms ook ingewikkeld te zijn. Op het moment dat huidtherapeuten een cliënt aardig vinden, lijkt het voor hen moeilijker om nee te zeggen tegen de cliënt. De morele verantwoordelijkheid wordt wel gevoeld, maar bij een vriendschappelijke relatie tussen huidtherapeut en cliënt lijkt het moeilijker om deze te nemen. Ook als het klikt met de cliënt kan degene overwicht hebben op het bepalen van het aantal behandelingen (H5). Tronto (2013) beaamt dat verantwoordelijkheid problemen met zich mee kan brengen. Er moet namelijk wel genoeg daadkracht zijn om de verantwoordelijkheid te kunnen dragen (Tronto, 2013). Doordat de huidtherapeut een klik heeft met de cliënt (H5), ontstaat er een spanning tussen zorgen voor de relatie en ‘goede zorg’. Dit komt doordat zij een klik heeft met de cliënt en daardoor

makkelijker dingen toezegt. Dat kan resulteren in het uitvoeren van onnodige behandelingen of behandelingen waar de huidtherapeut bijvoorbeeld helemaal niet achter staat. Van Heijst (2005) vindt de relatie tussen zorgverlener en patiënt van cruciaal belang bij het nemen van zorgverantwoordelijkheid. Ondanks dat een optimale relatie met de cliënt van groot belang is, zou de huidtherapeut bij een relatie die als zeer positief wordt ervaren niet haar morele verantwoordelijkheid naar de achtergrond moeten laten vervagen. Voor de huidtherapeut blijkt dat een nabije en hechte relatie soms ook moeilijk kan zijn omdat zij hierbij ook graag mee wil gaan in wat de cliënt graag wil. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de huid wordt overbehandeld waardoor complicaties kunnen optreden.

5.2 Hogere verantwoordelijkheid bij kwetsbaren

In de praktijk staan ingewikkelde morele gevoelens niet altijd op de voorgrond. Vaak gaat dit natuurlijk en vanzelf, maar er zijn ook momenten waarbij er wel ingewikkelde morele gevoelens worden ervaren. Deze momenten zijn vooral aanwezig bij kinderen, tieners, ouderen en andere kwetsbare mensen.

Het behandelen van minderjarigen

Het blijkt dat voornamelijk bij kinderen die afhankelijk zijn van een volwassene in hogere mate de morele verantwoordelijkheid wordt ervaren. Tronto (2017) stelt dat de ene persoon meer kwetsbaar is dan de ander, waardoor de één meer afhankelijk is dan de ander. Dit is ook waarneembaar bij kinderen in de praktijk van de huidtherapeut. De gevoelens van de huidtherapeut worden bevestigd.

De empirie laat zien dat er aandacht is voor hoe graag een kind zelf de behandeling wil ondergaan (H1). Of een minderjarige behandeld kan worden hangt af van het oordeel van de huidtherapeut. Het is belangrijk dat de huidtherapeut kan zien dat de minderjarige het zelf ook graag wil. Het kan zijn dat de ouder het kind beïnvloedt (H1). Er is aandacht voor dat het kind zelf ook echt achter de behandeling staat (H3). Hiermee lijkt de huidtherapeut te bedoelen dat er geen zorghandeling mag worden gedaan als het kind dit niet wil. Vervolgens wordt er verantwoordelijkheid genomen, in dit geval omdat het kind en de moeder er op aandringen graag de behandeling te willen ondergaan (H3). In de bovengenoemde voorbeelden maakt de huidtherapeut zich niet enkel verantwoordelijk voor het behandelen van de huid van het kind, maar ook over het welzijn van het kind.

Wanneer dit vergeleken wordt met de vier fasen van Tronto (1993) zien we dat de morele kwaliteit 'aandacht' bij de huidtherapeut meer actief is bij kinderen dan bij een volwassene.

Er is direct veel aandacht voor de situatie en in deze fase kan men zich afvragen of de zorg ook echt als ‘noodzakelijk’ kan worden gezien (Tronto, 1993). Vervolgens gaat de huidtherapeut naar fase 2 van het fasemodel van Tronto (1993). Hierbij wordt gekeken of het de verantwoordelijkheid is van de huidtherapeut om het kind te behandelen. Bij de fase daarop, fase 3 komt de morele kwaliteit deskundigheid kijken om te beslissen of de behandeling wel of niet wordt uitgevoerd.

Om de zorgvraag te begrijpen is volgens Hamington (2004) zorg gekoppeld aan aandacht voor lichamelijke, lichamelijk gedrag en nabijheid, evenals de cognitieve overweging van moraliteit. Met deze aandacht kan het kind, ondanks dat het zegt de behandeling te willen ondergaan, door middel van lichaamstaal worden beoordeeld of het daadwerkelijk de behandeling wil ondergaan. De huidtherapeut zou zich kunnen verplaatsen in het kind om te verbeelden hoe het voor het kind is om een cosmetische behandeling te ondergaan. Zoals Hamington (2004; 2015) benoemt is verbeelding een onderbelicht aspect van de zorgtheorie, een cruciaal onderdeel van empathie en van ons zelfbegrip van onze rol in het verlenen van zorg. Uit de gesprekken met de huidtherapeuten blijkt dat dit een belangrijk onderdeel is van het beoordelen van de zorgnoden.

Volgens Walker (2007) ontstaat moraliteit in de praktijk en in de dialoog waar kan worden onderhandeld over verantwoordelijkheden. Het kan zijn dat ondanks dat het kind zelf aangeeft te willen worden behandeld, de ouder dit al eerder heeft aangegeven dat het kind dit moet zeggen in de praktijk. Waarbij de huidtherapeut merkt dat het kind eigenlijk toch niet graag de cosmetische behandeling wil ondergaan. Volgens Walker (2007) is het belangrijk om kritisch naar de praktijk te kijken, aangezien verantwoordelijkheid niet altijd eerlijk wordt verdeeld. Door verantwoordelijkheden af te wijzen, of aan andere mensen toe te schrijven drukken wij ons uit over onze eigen morele identiteit en de morele identiteit van anderen (Walker, 2007). Door een moreel besluit te nemen om iets weigeren of te accepteren laat men zien wat als belangrijk en waardevol wordt beschouwd (Walker, 2007). Als de huidtherapeut het gevoel heeft dat het kind de cosmetische behandeling niet wil ondergaan en daardoor de behandeling niet wordt uitgevoerd maakt zij hiermee een moreel *statement*.

Het ondergaan van meerdere cosmetische behandelingen

De morele kwaliteit aandacht is ook te zien in de situatie waarbij cliënten al meerdere cosmetische behandelingen hebben ondergaan en daardoor neigen naar een verslaving. Uit de empirische bevindingen blijkt dat er een hogere mate van verantwoordelijkheid wordt ervaren om hen zo te beschermen voor onnodige behandelingen (H5). Volgens Tronto (1993) moet er

een herkenning zijn in de positie van de ander. Als een cliënt ‘onnodige’ cosmetische behandelingen wil ondergaan zal er voor de huidtherapeut geen herkenning zijn in de zorgnood van de cliënt. Er is een spanning tussen de cliënt wanneer de cliënt wel een indicatie ervaart en de huidtherapeut niet. Als de cliënt vanuit rationeel technisch perspectief niet geholpen kan worden, kan de cliënt wel worden ‘bijgestaan’, zoals Van Heijst (2005) dit benoemt. Een voorbeeld is een huidtherapeut die aangeeft niet altijd de oplossing te hebben (H6). Zij zegt: “eerlijkheid is dan gewoon de clou” (H6). Waarbij een cliënt dus niet meer een behandeling ondergaat, maar wordt bijgestaan in zijn nood. Dat betekent dat diegene niet in de steek wordt gelaten (Van Heijst, 2005).

Machtsverschillen

Van de empirie kunnen we leren dat verantwoordelijkheid een belangrijk thema is binnen de cosmetische zorg wanneer een derde partij erbij betrokken is. Er is een driehoeksverhouding tussen de moeder die een verantwoordelijkheid heeft voor het kind, het kind die wellicht een verantwoordelijkheid heeft om voor zichzelf op te komen en de huidtherapeut die een verantwoordelijkheid heeft voor zowel moeder als kind. Als voorbeeld wordt er nu een moeder genoemd, maar dit kan in de praktijk ook een partner of een echtgenoot zijn die ‘mchtig’ is. In een driehoeksverhouding heeft de huidtherapeut niet alleen te maken met degene die de zorg ontvangt, maar ook met degene die daar ‘mchtig’ over is. Een oneerlijke machtsverdeling bij een driehoeksverhouding lijkt gecompliceerde situaties met zich mee te brengen. Een huidtherapeut geeft aan: “je hebt natuurlijk ook mensen die komen binnen waarbij een ouder eigenlijk iets liever behandeld wil hebben dan het kind (H1).” Of er wordt behandeld bij een minderjarige is afhankelijk van hoe graag de huidtherapeut dit ziet dat diegene dit zelf graag wil (H1). De ongelijke machtsverdeling zorgt voor sterkere morele gevoelens bij de huidtherapeut om verantwoordelijk te nemen voor degene die daadwerkelijk de zorg ontvangt en daarbij kwetsbaar is.

5.3 De druk van sociale routines en verwachtingen

Zoals Hamington (2004) beschreef in de vorige paragraaf is een goed inlevingsvermogen van cruciaal belang voor zorg. Toch kiezen huidtherapeuten er soms voor om te behandelen ondanks dat dit immorele gevoelens met zich mee brengt. In hoofdstuk 2.2.5 heb ik de vier paradigma’s over verantwoordelijkheid beschreven van Van Nistelrooij en Visse (2018). In deze paragraaf zoom ik in op paradigma 3 waarbij verantwoordelijkheid wordt gezien als een verwachting van de sociale omgeving. Feitelijk willen de huidtherapeuten de behandeling niet uitvoeren. Het lijkt alsof ze het idee hebben dat dit van hun wordt verwacht en dat zij hier niet

onderuit komen waardoor zij de behandeling toch doen. Deze sociale verwachtingen kunnen ontstaan vanuit de cliënt of vanuit de institutie. Een interessante bevinding is dat de huidtherapeuten soms niet de behandeling willen uitvoeren bij de cliënt, zij voelen aan zichzelf dat er iets niet kloppend is. Zij zien bijvoorbeeld helemaal geen slechte huid bij de cliënt zoals degene zelf dit wel ziet. Dit sluit aan op vorm van verantwoordelijkheid die Van Nistelrooij en Visse (2018) beschrijven als verantwoordelijkheid door sociale routines en verwachtingen, ofwel paradigma 3.

Eén huidtherapeut geeft aan dat als haar leidinggevende moest kiezen om een behandeling wel of niet uit te voeren zij dit altijd zou doen om zo geld te verdienen (H2). Zij is zich er bewust van dat er van haar wordt verwacht dat zij geld verdient in de praktijk. Weer een andere huidtherapeut is zich ervan bewust dat haar leidinggevende ‘iets van haar wil’, maar zij geeft ook aan dat zij met zichzelf moet kunnen leven aan het einde van de dag (H1). Dit is ook de huidtherapeut die zich afvraagt waarom soms iets haar verantwoordelijkheid is, gezien het feit als zij de behandeling niet uitvoert, de cliënt wel naar een andere kliniek gaat (H1). Tot slot, is er een huidtherapeut die af en toe tijdens een behandeling iets benoemt wat ook kan worden behandeld (H6). Hierbij wordt er dus een indicatie voor een behandeling gesteld, terwijl de cliënt daar zelf niet voor komt. Een situatie als deze zou kunnen ontstaan doordat de huidtherapeut zich ervan bewust is van dat zij ook een bijdrage moet leveren aan het aan het winst oogmerk van de praktijk. In de bovengenoemde voorbeelden komen sociale verwachtingen de cliënt niet per se ten goede.

Vanuit zorgethisch perspectief lijkt het soms alsof de huidtherapeuten voorbijgaan aan de eerste twee fases van het fasemodel van Tronto (1993) om vervolgens direct te beginnen met fase 3 ‘zorgen’. Zij bieden zorg omdat dit van hen wordt verwacht en zien dit als hun voornaamste rol. Vanuit zorgethiek gezien is het misschien beter om te kijken naar de cliënt om met aandacht te kijken of het wel goed is om de behandeling uit te voeren. Met aandacht voor het individu en de particuliere praktijk kan de huidtherapeut kijken waar zij verantwoordelijk voor is en hierbij een balans vinden tussen goede zorg en sociale verwachtingen. Vanuit zorgethisch perspectief bepaalt de context wat het goede is (Leget et al., 2017).

5.4 Economische overweging *versus* morele overwegingen

Wat wel goed aansluit zijn de spanningen die in de zorgethische literatuur worden beschreven over de zorg, waar zorg wordt gezien als een markt waar geld op kan worden verdiend (Tronto, 1993; 2013; Van Heijst; 2005). Uit het empirisch onderzoek blijkt dat de

huidtherapeuten spanning ervaren tussen de verantwoordelijkheid voor de cliënt en de verantwoordelijkheid voor zichzelf of de institutie. Zo kan het zijn dat de huidtherapeut met een eigen praktijk een tweestrijd ervaart tussen het leveren van de beste zorg voor de cliënt, maar anderzijds moet er ook geld verdiend worden ten behoeve van de eigen financiële lasten om bijvoorbeeld het gezin te onderhouden. Ook bij huidtherapeuten in loondienst kan er een tweestrijd bestaan tussen de verantwoordelijkheid voor de cliënt en het graag goed willen doen voor de leidinggevende om voor hen geld te verdienen.

Van Heijst (2005) schrijft dat de zorgsector steeds meer weg heeft van een bedrijfsmatig en marktgericht model van instrumenteel-technische relationaliteit. Tronto (2013) beaamt dat het voornaamste doel van de markt winst maken is. Voor één huidtherapeut zijn de grote klinieken voornamelijk boosdoeners, zij noemt deze ook wel de grote commerciële uitbuiters (H4). Een andere huidtherapeut geeft aan dat zij strenger voor de cliënten was in loondienst, maar nu zij voor zichzelf werkt is zij eerder geneigd om een behandeling te doen. Ook als deze niet altijd helemaal passend is bij de cliënt (H5). Hierdoor lijkt ze haar morele verantwoordelijkheid naar de cliënt minder te nemen en verschuiven economische belangen naar de voorgrond. Zij geeft aan dat ze graag een goede omzet wil maken en daardoor niet altijd een goede behandeling of een goed behandelplan voor de cliënt uitvoert (H5). Hierdoor morele stress kan worden ervaren. Een andere huidtherapeut die werkt als zelfstandige probeert wel te laten blijken aan de cliënt alsof het haar niks uitmaakt of de cliënt een behandeling afneemt of niet (H3). Ondanks, dat ze dit niet wil laten merken in haar communicatie wil zij toch graag behandelen want anders mist zij inkomsten. Voor de huidtherapeuten met een eigen kliniek is het moeilijk om economische belangen los te laten. Voor hen is geld verdienen van cruciaal belang wat het nemen van morele verantwoordelijkheid soms bemoeilijkt. Zij kijken bij geen directe behandelindicatie naar andere mogelijkheden om toch geld te verdienen.

Volgens Tronto (1993) is de hedendaagse zorgverlening door economische en instrumentele functionaliteit diepgaand getekend. Voor Van Heijst (2005) omvat goede zorg meer dan economisch nut en winst maken. Dit is te zien bij een huidtherapeut die provisie krijgt als zij een cliënt doorstuurt naar de cosmetisch arts voor botox of fillers (H6). Dit is ook een voorbeeld waarin de praktijk van de huidtherapeut niet per se lijkt te vallen onder *cure of care*. Door middel van het uitreiken van een provisie wanneer een cliënt wordt doorgestuurd naar de cosmetisch arts is dit niet een vorm van 'zorgen' of 'genezen'. In het voorbeeld van de huidtherapeut hierboven lijkt het alsof zorg wordt gezien als een rationele handeling zoals

Van Heijst (2005) dit zou kunnen benoemen. Provisie krijgen bij het doorverwijzen van de cliënt voor cosmetische redenen geeft weinig blijk van ‘menslievende verantwoordelijkheid’ zoals van Heijst (2005) dit zou benoemen. De huidtherapeut in dit onderzoek gaf aan nog niet eerder dit target te hebben gehaald en vindt dat de cliënten met deze regel op het verkeerde been worden gezet (H6). Deze beloning is nu eenmaal wel, waarbij andere collega’s van deze huidtherapeut eventueel wel gebruik maken van deze provisie. Weer een andere huidtherapeut voerde bij haar vorige werkgever een behandeling uit waarvan zij wist dat hierbij geen resultaat meer was te behalen (H4). Ze zei hierover: “ja zoiets geeft je dan toch uiteindelijk een raar gevoel (H4).” Want uiteindelijk heeft zij toch de behandeling uitgevoerd omdat zo er geld kon worden verdiend. Het lijkt erop dat de huidtherapeut hierbij worstelt tussen de verschillende verantwoordelijkheden die zij heeft ten opzichte van haar leidinggevende en ten opzichte van de cliënt.

Daarentegen, is er ook een huidtherapeut die aangeeft niet bewust te willen inspelen op de onzekerheden van de cliënt, om op deze manier meer te verkopen (H1). Zij is zich bewust van de financiële verwachtingen die haar baas van haar heeft, maar zo geeft zij aan: “ik moet wel met mijzelf kunnen leven aan het einde van de dag”. Waardoor het lijkt dat er ook zeker grenzen zijn bij het overwegen om te behandelen vanwege financiële overwegingen. Zo zijn economische belangen zeker niet altijd leidend, “als het voor mij niet goed voelt of iemand een onrealistisch beeld heeft dan doe ik het niet”(H2).

Tot slot, gaf nog een huidtherapeut aan dat als zij de behandeling niet uitvoert, een andere huidtherapeut dit wel doet (H5). Zo gaf zij aan: “als jij het niet doet zijn er tien andere mensen die het wel doen”(H1). Als de cliënt vertrekt naar een andere praktijk dan verliest zij inkomsten maar ook haar verantwoordelijkheid. Waarbij het lijkt dat de huidtherapeut dan liever zelf verantwoordelijk is voor het leveren van goede zorg, dan dat een ander de verantwoordelijkheid neemt die misschien minder goed is in het leveren van de zorg. Een andere huidtherapeut denkt daar juist tegenovergesteld over, zij heeft liever dat de cliënt naar een andere praktijk toegaat want dan is zij in ieder geval niet meer zelf verantwoordelijk voor de cliënt. (H5). “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).” Waarbij ik mij afvraag of de huidtherapeut handelt vanuit eigenbelang en daardoor niet handelt vanuit haar morele verantwoordelijkheid voor de ander?

5.5 Gedeelde of eigen verantwoordelijkheid

Tot slot, uit het empirisch onderzoek blijkt dat naast de huidtherapeuten ook de cliënten een rol toebedeeld krijgen in de verantwoordelijkheid. Namelijk de eigen verantwoordelijkheid. De rol van de eigen verantwoordelijkheid heeft in het theoretisch kader van dit onderzoek geen plaats gekregen. Toch lijkt hier een spanning te zijn in het ervaren van de gedeelde of eigen verantwoordelijkheid. Eén huidtherapeut geeft aan dat beslissingen in de praktijk tegenwoordig steeds vaker worden gemaakt door middel van *Shared Decision Making* (SDM) (H1). Hieruit lijkt dat zij verantwoordelijkheid in de praktijk van de huidtherapeut ziet als gedeelde verantwoordelijkheid. Later geeft dezelfde huidtherapeut aan dat de huidtherapeut niet alleen bepaalt wat er gebeurt en een beslissing niet eenzijdig is (H1). Deze huidtherapeut zegt ook: “We moeten natuurlijk ook niet vergeten dat mensen altijd nog wel voor zichzelf bepaalde besluiten kunnen nemen of niet (H1).” Waarbij het eerst lijkt alsof de huidtherapeut het heeft over gedeelde verantwoordelijkheid lijkt dit later toch meer te gaan over de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Een andere huidtherapeut zegt hierover: “Wij moeten naar ons onderbuikgevoel luisteren, maar dat moet de cliënt ook (H2).” Het lijkt dat hier weer meer op een gedeelde verantwoordelijkheid wordt gedoeld.

De ervaring van huidtherapeuten dat cliënten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben past in een neoliberal mensbeeld. Met de eigen verantwoordelijkheid zien zij de cliënten als autonoom en zelfstandig wezen. Wat overeenkomt met de westerse waarden welke Tronto (1993) benoemt als individualiteit, onafhankelijkheid, productiviteit, zelfstandigheid, zelfontplooiing, geluk, groei en welvaart. Vanuit een zorgethisch perspectief rijst de vraag of de cliënt inderdaad zelf verantwoordelijk is of een cosmetische behandeling wel of niet wordt uitgevoerd. Heeft de huidtherapeut hierin niet een grotere verantwoordelijkheid zoals Tronto (1993) deze beschrijft in haar fasemodel? Fase 3 gaat over de inhoudelijke uitvoering van zorgwerk en de deskundigheid die daarbij komt kijken. Het gaat hierbij om zowel morele als professionele deskundigheid (Tronto, 1993). Tronto (2013) geeft aan dat zorgverleners meer informatie en kennis hebben dan patiënten wat hun meer macht geeft. Met kennis lijkt ook een bepaalde hoeveelheid van verantwoordelijkheid gepaard te gaan. Of er van de cliënt mag worden verwacht dat zij ook deze morele kwaliteit van deskundigheid beheersen lijkt mij vanuit zorgethisch perspectief niet aannemelijk.

6. CONCLUSIE

Met dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: Hoe ervaren huidtherapeuten die werkzaam zijn in een cosmetische praktijk 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?

Middels het theoretisch kader, de empirische resultaten en de zorgethische reflectie heb ik zes belangrijke bevindingen gedaan die relevant zijn voor zorgethiek om verder te doordenken voor het leveren van goede zorg aan cliënten in de cosmetische praktijk. Deze bestaan uit: verantwoordelijkheid voor kwetsbaren, verantwoordelijkheid bij een vriendschappelijke relatie, het hebben van macht bij het sturen van de zorgnood, inlevingsvermogen bij het beantwoorden van de zorgnood, de balans tussen economische en morele overwegingen en druk van sociale verwachtingen naar de achtergrond plaatsen.

6.1 Eindconclusie

De ervaring van verantwoordelijkheid door huidtherapeuten

De huidtherapeuten in dit onderzoek ervaren een sterker verantwoordelijkheidsgevoel wanneer zij zorg bieden aan cliënten die zij zien als kwetsbaar, zoals kinderen, ouderen, mensen die hoge of onrealistische schoonheidsidealen hanteren of mensen die verslavingsgevoelig zijn voor cosmetische behandelingen. De morele verantwoordelijkheid wordt minder sterk ervaren bij cliënten met wie de huidtherapeut een vriendschappelijke relatie ervaart. Dit zorgt ervoor dat het moeilijk is voor de huidtherapeut om nee te zeggen tegen de cliënt, wat kan leiden tot onnodige behandelingen. Huidtherapeuten ervaren macht in het bepalen van de zorgnoden door woorden te kiezen die het best passen bij hun behandeladvies. Zo kan de zorgnood sterker of zwakker worden gemaakt door middel van de communicatie van de huidtherapeut.

Bevindingen die zijn opgedaan dankzij Tronto en Van Heijst

Aan het beantwoorden van de zorgnood gaat een proces vooraf van aandacht, erkenning, herkenning en het inbeelden in de positie van de ander. Met deze aspecten maakt de huidtherapeut de keuze of zij de verantwoordelijkheid neemt voor het beantwoorden van de zorgnood van de cliënt. Huidtherapeuten die een eigen praktijk hebben zijn ‘gedwongen’ om keuzes te maken tussen enerzijds het leveren van goede zorg voor de cliënt en anderzijds geld

verdienen ten behoeve van de eigen financiële lasten. Dit zorgt voor ingewikkelde morele keuzes tussen economische en morele belangen.

Lessen voor goede cosmetische zorg

In de cosmetische praktijk van de huidtherapeut kan het niet leveren van zorg (in de vorm van een behandeling) ook worden verstaan onder goede zorg. De zorgnood is contextafhankelijk en moet worden bekeken per individu in de particuliere praktijk. Voor Tronto (1993) en Van Heijst (2005) omvat goede zorg meer dan economisch nut en winst maken. Druk van sociale verwachtingen en verplichtingen zou dan ook naar de achtergrond moeten worden verplaatst.

6.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen

Een inzicht dat ik de cosmetische praktijk van de huidtherapeut wil meegeven is dat goede zorg ook kan betekenen om nee te zeggen tegen een cliënt, om te weerhouden van onnodige behandelingen. Een aanbeveling is om te zoeken naar een balans tussen het ‘fijn’ hebben met de cliënt en nee durven zeggen tegen de cliënt indien dit nodig is. Naar aanleiding van paragraaf 2.2.1 Zorg en zorgnoden in zorgethiek is een aanbeveling voor een volgend zorgethisch onderzoek om de ervaring van de verschillende zorgnoden bij *care*, *cure* en cosmetische zorg in kaart te brengen. Tot slot, een aanbeveling waarin in dit onderzoek niet dieper op in is gegaan, is de rol van emoties bij morele verantwoordelijkheid. Hoe verhouden deze concepten zich tot elkaar? Zo gaf een huidtherapeut aan dat een cliënt huilend tegenover haar zat waarbij ze aangaf dat zij de verantwoordelijkheid zeker wel voelde (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.

7. KWALITEIT EN BEPERKINGEN

7.1 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen ben ik transparant geweest over de methodologische beslissingen. De methodologische stappen zijn beschreven in hoofdstuk 3. Benaderingen en methode. Door het expliciet en navolgbaar maken van het onderzoeksproces en het toegankelijk maken van primaire data voor direct betrokkenen wordt de kwaliteit van het onderzoek gewaarborgd (Riessman, 2008). Om de kwaliteit van deze masterthesis verder te waarborgen wordt zowel de interne als externe validiteit gewaarborgd.

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 er zijn verschillende literaire bronnen gebruikt om secundaire data te analyseren. Voor de theoretische bevindingen zijn er meerdere zorgethische auteurs gebruikt. Voor het empirische gedeelte zijn zeven huidtherapeuten geïnterviewd. Hierbij is er een zorgvuldige selectie van de huidtherapeuten geweest. Zij moesten aan een drietal eisen voldoen: afgestudeerd huidtherapeut zijn, werkzaam zijn in een cosmetische kliniek en meer dan drie jaar werkervaring hebben. Gedurende het onderzoek ben ik deskundig begeleid en heb ik meermaals feedback mogen ontvangen van mijn thesisbegeleider. Dit was van belang om het onderzoek in de juiste richting te sturen, het voornamelijk focussen op de ervaring van de huidtherapeuten en het behouden van een zorgethische focus. De externe validiteit, de overdraagbaarheid van het onderzoek wordt gewaarborgd door lokale, context gebonden kennis weer te geven. Op deze wijze doet een lezer weer nieuwe kennis opdoet door deze inzichten weer af te wegen tegen de eigen ervaringen en interpretaties. Tenslotte, is er gepoogd om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen door het schrijven van transcripten.

7.2 Generaliseerbaarheid

Volgens Riessman (2008) is een onderzoek dat gebaseerd is op het sociaal-constructivisme niet geschikt om te zoeken naar de waarheid, maar om individuen en groepen te begrijpen. In dit onderzoek waarbij ik het sociaal-constructivisme als onderzoeksbenadering hanteer ga ik er van uit dat mensen subjectieve betekenissen geven aan hun ervaringen en dat dus de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten bestaat uit meerdere waarheden. Dit onderzoek mag niet worden begrepen als een absolute waarheid. Ik heb als onderzoeker niet gestreefd naar een verklaring of de waarheid. Ik heb de ervaring van de huidtherapeuten zo goed mogelijk geprobeerd te omschrijven. Op deze manier heb ik het mogelijk gemaakt om de

ervaring van de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten te kunnen begrijpen in de context van de cosmetische zorg. Met de verkregen onderzoeksresultaten in dit onderzoek hoop ik dat het gesprek over de morele verantwoordelijkheid van huidtherapeuten bij het uitvoeren van cosmetische behandelingen kan worden voortgezet en dat deze verder kan worden doordacht.

7.3 Beperkingen

Aangezien ik zelf werkzaam ben in de praktijk als huidtherapeut kan het zijn dat ik daardoor voorafgaand aan het onderzoek al vooroordelen heb gecreëerd over morele verantwoordelijkheid. Walker (2007) schrijft hierover dat een onderzoeker nooit volledig neutraal en objectief kan zijn, omdat de onderzoeker altijd gesitueerd is in verschillende morele praktijken. Tijdens het afnemen van de interviews was het voor de huidtherapeuten wellicht makkelijker om met een andere huidtherapeut te praten vanwege hetzelfde jargon. Tegelijkertijd, kan dit misschien ook nadelig hebben gewerkt vanwege een onbewuste sturende invloed op de antwoorden. Een andere beperking van dit onderzoek kan misschien zijn dat de uitvoering van dit onderzoek midden in de *lockdown* van het COVID-19 virus was, waardoor de meeste huidtherapeuten de voorkeur aangaven om het interview *online* te doen. Ondanks dat er een constante focus is geweest op het behouden van een open houding, kan het zijn dat de uitkomsten van de interviews anders zouden zijn geweest in een *offline setting*. Een aanname in dit onderzoek kan zijn geweest dat er een ‘grote’ verandering is geweest in de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeuten sinds de invoering van directe toegankelijkheid tot de huidtherapeut in 2011. Uit de interviews blijkt dat de huidtherapeuten zelf niet het idee hebben dat er een grote verandering heeft plaats gevonden in de morele verantwoordelijkheid van de huidtherapeut. Het kan zijn dat de huidtherapeuten in dit onderzoek dit niet zo ervaren omdat zij allen na 2011 werkzaam zijn in de praktijk en daardoor niet deze transitie hebben meegemaakt.

Tot slot is er gepoogd aan de beperkingen in dit onderzoek tegemoet te komen door zo goed mogelijk te voldoen aan de kwaliteitscriteria en door zo eerlijk en transparant mogelijk te zijn.

8. LITERATUUR

- Abelsson, A. & Willman, A. (2020). Ethics and aesthetics in injection treatments with Botox and Filler. *Journal of Woman and Aging*. Doi: 10.1080/08952841.2020.1730682.
- Alholjailan, M.I. (2012). Thematic Analysis: A critical review of its process and evaluation. *West East Journal of Social Sciences*, 1(1), 39-47.
- Atiyeh, B.S., Rubeiz, M.T. & Hayek, S.N. (2020). Aesthetic/Cosmetic Surgery and Ethical Challenges. *Aesthetic Plastic Surgery*, 44, 1364-1374. Doi: 10/1007/s00266-020-01821-1.
- 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.
- Buetow, S. & Wallis, K. (2019). The beauty in Perfect Imperfection. *Journal of Medical Humanities*, 40, 389-394. Doi: 10.1007/s10912-017-9500-2.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 7-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brielmann, A.A. & Pelli, D.G. (2018). Aesthetics. *Current Biology*, 28(16). Doi: /10.1016/j.cub.2018.06.004.
- Creswell, J. & Poth, N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches*, (2 ed., 1e druk: 2012). Thousand Oaks: Tronto. Sage Publications.

- D'agostino, J. & Dobke, M. (2017). *A Plastic Surgeon's Perspective on Stereotyping and the Perception of Beauty*. Levine, M.P. Perception of Beauty, 173-175. Rijeka, Croatia: InTech
- Delany, C., Edwards, I., Dip, G. & Fryer, C. (2019). How physiotherapist perceive, interpret, and respond to the ethical dimensions of practice: A qualitative study. *International Journal of Physical Therapy*, 3(7). Doi: 10.1080/09593985.2018.1456583
- DeVault, M., & McCoy, L. (2006). Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In D. Smith, *Institutional Ethnography as Practice*. New York: Rowman & Littlefield.
- 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.
- Gallo, L., Baxter, C., Murphy, J., Jessica, M., Schwartz, L. & Achilleas, T. (2018). *Ethics in Plastic Surgery: Applying the Four Common Principles to Practice*. 142(3), 813-818.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Girdwichai, N., Chanprapaph, K. & Vachiramon, V. (2018). Behaviors and Attitudes Toward Cosmetic Treatments Among Men. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*. 11(3), 42-48.
- Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Sage Publications.
- Grypdonck M, Vanleare L & Timmermann M. (2019). *Zorgethisch leiderschap in de praktijk*. Leuven; Amsterdam: LannooCampus.
- Hamington, M. (2004). *Embodied Care: Jane Addams, Maurice Merleau-Ponty, and Feminist Ethics*. Illinois: University of Illinois Press.

- Hamington, M. (2015). Politics is not a game. The radical potential of care. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics & Political Theory* (pp. 272-292). Oxford: Oxford University Press
- Heggenstaller, A.K., Asta, R., Coetzee, J.K., Ryen, A. & Smit, R. (2018). *Reflecting on Female Beauty: Cosmetic Surgery and (Dis)Empowerment*. *Qualitative Sociology Review*, 14(4). Doi: 10.18778/1733-8077.14.4.04.
- Hopkins, Z.H., Moreno, C. & Secrest, A.M. (2020). Influence of Social Media on Cosmetic Procedure Interest. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 13(1): 28-31.
- Johnson, C. W., & Parry, D. C. (2015). *Fostering Social Justice Through Qualitative Inquiry*. London & New York: Routledge.
- Jordan, V., Wang, M.D., Evan, A., Rieder, M.D., Schoenberg, E.B.A., Christopher, B., (...) & Nazanin Saedi, M.D. (2019). Patient perception of beauty on social media: Professional and bioethical obligations in esthetics. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 19(5), 1129-1130. Doi: 10.1111/jocd.13118.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's labor*. Abingdon, Verenigd Koninkrijk: Routledge.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.
- McCarthy, J. & Gastmans, C. (2014). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Sage Journals*, 22(1). Doi: 10.1177/0969733014557139.
- Madan, S., Basu, S., Sharon, N.G. Ai Chin Lim, E. (2018). Impact of Culture on the Pursuit of Beauty: Evidence from Five Countries. *Journal of International Marketing*, 26(4). Doi: 10.1177/1069031X8805493.

- Mills, J.S., Shannon, A. & Hoque, J. (2017). Beauty, Body, Image, and the Media. In *Perception of Beauty*. Levine, M. Doi: 10.5772/intechopen.68944.
- Mattingly, C., & Lawlor, M. (2000). Learning from Stories: Narrative Interviewing in Crosscultural Research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(1), 4–14. Doi: 10.1080/110381200443571.
- Maquire, M. & Delahunt, B. (2017). *Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars*. Dundalk Institute of Technology. 8(3).
- Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. & Moules, N.J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*. 16(1). Doi: 10.1177/1609406917733847
- Patrinely, J., Randall, B. A., Drolet, Brian, C.M.D., Perdikis, Galen, M.D. (...) Jeffrey, M.D. Ethic Education in Plastic Surgery Training Programs. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 144(3), 532-533. Doi: 10.1097/PRS0000000000005928.
- 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.
- Suhonen, R., Stolt, M., Haberman, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., . . . Halvorsen, K. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25-42. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006
- Smaling, A. (2010). Constructivisme in soorten. *Kwalon*, 15(1), 20-30.

- 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*, 11(4), 368-387
- Tronto, C. J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic 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, 27-43.
- 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. Doi: 10.1007/s11019-018-9873-7.
- Visse, M. (2017). Esthetiek en zorgethiek. Ruimten voor vitaliteit. Waardenwerk.
- 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.

Vughts, C.J., Hingstman, L. & van der Velden, L.F.J. (2005). Arbeidsmarktmonitor Huidtherapeuten. NIVEL.

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

Walker, C.E., Krumhuber, E. G., Dayan, S. Furnham, A. (2019). Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current Psychology*. Doi: 10.1007/s12144-019-00282-1

Zhang, X., Wang, A., Shi, T. Zhang, J. Xu, H., Wang, D. & Feng, L. (2019). The psychosocial adaptation of patient with skin disease: a scoping review. *BMC Public Health*. 19, 1404. Doi: 10.1186/s12889-019-7775-0.

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	Codes	Wie/tijd	Tekstfragment	Clusters
Winst maken	Niet dingen aanpraten of verkopen terwijl je eigenlijk vanbinnen wel wil verkopen	H3 00:04:59	Sommigen zijn van tevoren er al helemaal ingedoken en die willen gewoon een behandeling en sommige die vinden het juist wel heel fijn. Dat is ook iets waar ik echt voor sta. Voor eerlijk advies. Dus ik ga niet iets aanpraten of verkopen, dan doe je niet een behandeling. 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. Niet zo van: ik heb nu al in de eerste stap gezet, nu moet ik door.	Goede zorg <i>versus</i> winst
Winst maken	In loondienst strenger, maar klanten zijn nodig om geld te verdienen bij het hebben van een eigen praktijk	H3 00:19:40	Ik werkte eerst in loondienst, toen was ik wel strenger denk ik. Ook met bijvoorbeeld een peeling en zonbescherming. Omdat je dat natuurlijk ook op school hebt geleerd dat als iemand niet uit zon kan blijven, niet behandelen. Nu werk ik	Goede zorg <i>versus</i> winst

			<p>voor mezelf en zeker in het begin dan heb je gewoon klanten nodig, dus dan ga je toch eerder, dan ben je geneigd van kan wel. Dus veranderd die grens wel iets en dat heeft ook te maken met dat je ook gewoon je brood moet verdienen. Ik heb het al 100 keer gezegd en dan.. tja..</p>	
Winst maken	In loondienst maakt het minder uit om cliënten weg te sturen	H3 00:20:29	<p>Terwijl je eerder in loondienst misschien wel zou denken van ja, oké, dat ligt misschien bij die cliënt, maar die heeft hem niet genomen, dus dan moet ik het doen. Ik heb wel in loondienst wel eerder mensen weggestuurd dan dat ik nu doe.</p>	Goede zorg <i>versus</i> winst
Winst maken	Wil graag verkopen maar niet ten koste van goede zorg, zoekt hierin balans	H3 00:23:32	<p>Ja dat je toch wel liever behandelingen wil verkopen, maar dat laat ik het niet ten koste gaan van de zorg. Dus als ik echt denkt van nou, dit is echt niet goed, dan zou ik dat niet doen. Ik zou nooit een behandeling doen als ik er echt niet achter sta. Maar wat dan wel is, is dat je bijvoorbeeld met de zon je dan echt goed moet insmeren. Je mag dan niet in de zon komen. Eerder zei ik dan van: nee deze behandeling</p>	Goede zorg <i>versus</i> winst

			die voeren we gewoon niet uit in de zomer maanden.	
--	--	--	--	--

Bijlage 4: Welke thema's en clusters horen bij elkaar

Thema	Clusters
Doen wat de cliënt wil	Alert blijven op morele gevoelens
	Handelingen goede zorg
Verantwoordelijkheid	Zelfvertrouwen geven
	Gedeelde verantwoordelijkheid
	Betrokkenheid
	Communicatie
	Onrealistisch beeld
	Weigeren behandeling
	Leeftijdgrenzen
	Voorbeelden ethisch dilemma
	Grenzen aangeven
	Verantwoordelijkheid
	Directe toegankelijkheid
Schoonheid	Schoonheid bepalen
	Schoonheidsideaal
	Benadering cliënt
	Benadering schoonheid
	Normaliseren cosmetische ingrepen kind
	Onrealistisch verwachtingspatroon
	Sociale media
Winst maken	Goede zorg versus winst
	Eigen verantwoordelijkheid cliënt
	Zelfbescherming