

# Geweld in het gezin

Samenspel door huisarts, politie en hulpverleners

MR. ANNEKE S. C. VISSER\*

Voordracht gehouden op het achtentwintigste Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op 4 november 1983 in De Koningshof te Veldhoven.

## Inleiding

Het begint heel langzaam door te dringen: het gezin is een minder veilige plaats dan men ons wel eens heeft willen doen geloven. Er vindt binnen gezinnen schrikbarend veel geweld plaats en dat geweld treft voornamelijk vrouwen en kinderen.

Door de oprichting van de bureaus vertrouwensarts, de *Blijf van mijn lijf*-huizen, door het zich organiseren van incest-slachtoffers en door activiteiten van de vrouwenbeweging rond seksueel geweld komt veel verborgen gezinsproblematiek aan het licht. En dat betreft nog maar het topje van een ijsberg. De hoofdcommissaris van politie in Minneapolis (USA) maakt gewag van geweldsincidenten in 30 à 40 procent van alle gezinnen, en een geïnteresseerde Nederlandse huisarts in de keurige stad Haarlem registreert in zijn eigen praktijk dat bij 30 procent van zijn spreekuurcontacten geweld in het gezin ter sprake komt. Daarbij zijn problemen met incest nog niet eens gesignaleerd.

Nog steeds lijkt er op grote schaal weerstand te bestaan tegen het onderkennen van dit geweld, waardoor veel mensen in de kou blijven staan en het geweld min of meer wordt gelegitimeerd. Het gevaar bestaat echter dat, wanneer gemeenschappen weigeren dat gezinsgeweld en de daarmee gepaard gaande sociale processen te onderkennen, een passend antwoord van de samenleving achterwege blijft en er dientengevolge een spiraal van geweld ontstaat.

## Historische ontwikkeling

De eerste vermoedens over gezinsgeweld van enige omvang dateren van het

begin der zestiger jaren en hadden betrekking op kinderen. In 1961 beschreef Kempe een nieuw ziektebeeld onder de naam *battered child syndrome*. In Nederland werd in 1970 de Vereniging tegen Kindermishandeling opgericht en in 1972 verschenen de eerste vertrouwensartsen, vier in getal.

Geweld ten aanzien van vrouwen werd doodgezwegen, totdat vrouwen in 1971 zelf dat zwijgen doorbraken. In dat jaar werd in Chiswick bij Londen het eerste opvanghuis voor mishandelde vrouwen geopend. Amsterdam volgde in 1974 met de oprichting van een *Blijf van mijn lijf*-huis. Sindsdien zijn er in Engeland honderd van zulke huizen geopend en in Nederland achttien. Zodra er weer een nieuw huis bijkwam, zat het onmiddellijk vol met weggelopen mishandelde vrouwen, vaak vergezeld van kleine kinderen. In 1978 vond in Amsterdam de eerste internationale conferentie plaats over vrouwenmishandeling. Dertien landen waren daarbij vertegenwoordigd.

Een volgende ontdekking was, dat vrouwen en meisjes op grote schaal het slachtoffer worden van seksueel geweld; dat seksueel geweld meer wordt uitgeoefend in de relatie-sfeer dan op straat door onbekenden. Ook verkrachting binnen het huwelijk kwam onder de aandacht. In mei 1980 kwam in Utrecht het eerste netwerk van politie, artsen en hulpverleners van de grond voor de opvang van slachtoffers van verkrachting. Daarna ontstonden elders in het land soortgelijke samenwerkingsverbanden. In 1982 verenigden slachtoffers van incest zich in de Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling binnen het Gezin en vestigden zij daarmee de aandacht op seksuele kindermishandeling binnen het gezin als veelvuldig voorkomend verschijnsel. Zij schreven een

boek over hun ervaringen om zowel bij slachtoffers en hun omgeving als bij beroepskrachten dit verschijnsel uit de taboe-sfeer te halen. Bovendien organiseerden zij regionaal zelfhulpgroepen voor incest-slachtoffers.

In 1981 werd in de Tweede Kamer een motie aangenomen, waarin het verzoek stond om prioriteiten te geven in het regeringsbeleid aan seksueel geweld ten aanzien van vrouwen en meisjes. In 1982 werd vervolgens een studieconferentie belegd in Kijkduin onder leiding van Hedy d'Ancona en in 1983 verscheen de voorlopige regeringsnota met betrekking tot het beleid ter bestrijding van seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes.

In internationaal verband krijgt het onderwerp ook aandacht op een conferentie te 's-Gravenhage in 1981 onder auspiciën van de WHO, die handelde over de psychosociale gevolgen van intermenselijk geweld.

Er zijn in de afgelopen jaren een aantal dingen duidelijk geworden:

- Geweld in het gezin is een omvangrijk probleem en treft in de eerste plaats vrouwen en meisjes.
- Langdurige mishandeling en verkrachting binnen het gezin kunnen voor vrouwen en kinderen zeer ingrijpende traumatische gevolgen hebben, die levenslang doorwerken.
- Er bestaat een duidelijk verband tussen seksueel geweld ten aanzien van vrouwen en meisjes en de ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen in de samenleving, die een historische oorsprong hebben. De problematiek van individuele mensen kan in dit geval niet geïsoleerd worden van de hele maatschappijstructuur, de ongelijke machtsverhoudingen, rolpatronen en verschillen in maatschappelijke positie tussen mannen en vrouwen.
- De samenleving wordt in deze met een nieuw fenomeen geconfronteerd, waarvoor een traditionele aanpak niet meer toereikend is. Beroepskrachten in de sociale sector zullen al hun creativiteit moeten aanwenden om in samenwerking met elkaar nieuwe wegen te vinden en te experimenteren. Daarnaast zullen meer structurele oplossingen in de samenleving gevonden moeten worden.

## Het zwijgen der slachtoffers

Bij het signaleren en bestrijden van geweld in het gezin kunnen de huisarts en de politie als eerstelijns werkers een belangrijke rol spelen. Moeilijkheid is

\* Commissaris van politie te 's-Gravenhage.

echter, dat het signaleren van de problematiek niet altijd even eenvoudig is. Hoewel er duidelijke symptomen zijn bij vrouwenmishandeling en incest, is het interpreteren daarvan erg moeilijk, omdat de patiënt zelf er meestal het zwijgen toe doet. Je hangt nu eenmaal niet gemakkelijk de vuile was buiten. Vaak voelen slachtoffers zich vaag medeschuldig, zijn ze afhankelijk van de dader, kunnen ze de gevolgen van het vertellen van de waarheid niet overzien, zijn ze bang voor negatieve reacties van huisarts of politie of welke andere gesprekspartner dan ook of hebben ze gevoelens van loyaliteit ten opzichte van het hele gezin; evenzovele redenen om te zwijgen! Bovendien rust er een zwaar taboe op het spreken over mishandeling en verkrachting binnen het gezin. Mede door het zwijgen van de patiënt wordt de geweldsproblematiek binnen gezinnen onvoldoende onderkend door beroepskrachten die er in hun dagelijkse praktijk mee te maken krijgen.

### Een kwestie van willen

Voorwaarde om geweld in het gezin te kunnen onderkennen is, dat je dat ook wilt. En dat laatste is niet zo vanzelfsprekend.

Hoe noodzakelijk hulp voor de patiënt ook mag zijn, de arts is er zeker niet bij gebaat. Het kost hem zeeën van tijd en aandacht en tevens kan hij als gezinsarts in een moeilijk parket terechtkomen. Als je de problemen signaleert, draag je medeverantwoordelijkheid voor het vinden van een oplossing, hetgeen geen eenvoudige zaak is. De meeste hulpverleners zijn tot op heden niet in staat gebleken om dit soort problemen te hanteren.

Dat betekent dat verwijzing erg moeilijk is en dat de huisarts dus moet improviseren en zich niet als „deskundig” kan voordoen. Zich kwetsbaar durven opstellen, is nu eenmaal niet iedereen op het lijf geschreven.

Daar komt bij dat geweld in het gezin zich meestal richt op vrouwen en meisjes en dat de meeste huisartsen nog altijd mannen zijn. En helaas moet geconstateerd worden dat het voor veel mannen om de een of andere reden nog steeds moeilijk schijnt te zijn om de feiten onder ogen te zien. Het is immers nog niet zo lang geleden dat de man het recht en zelfs de plicht had om zijn ondergeschikten (vrouwen, kinderen en personeel) te domineren en te controleren en de vrouw niet de beschikking had over eigen lijf en leven. Pas sinds 1956 zijn mannen en vrouwen in het huwelijk

voor de wet elkaars gelijken, hoewel verkrachting binnen het huwelijk nog steeds niet strafbaar is.

Pas als men desondanks de wil heeft om geweld in het gezin te signaleren en er vervolgens iets tegen te doen, zal men in staat zijn om symptomen te herkennen en te interpreteren. Symptomen zijn er overigens in overvloed.

### Symptomen

Hoewel de symptomen van vrouwenmishandeling, kindermishandeling en incest multi-interpretabel zijn, lijkt het toch zinvol om ze maar eens op een rij te zetten, al was het uitsluitend om de lezers onder de indruk te laten komen van de hoeveelheid.

Bij *vrouwenmishandeling* gaat het onder meer om:

- chronische hoofdpijn;
- vage klachten;
- concentratieproblemen;
- slapeloosheid;
- gehoorstoornissen;
- depressies;
- suïdeneigingen;
- gespannenheid;
- nervositeit;
- angsten;
- onzekerheid;
- een negatief zelfbeeld;
- brandplekken;
- miskraam;
- kneuzingen;
- gebroken neusbeen;
- blauwe plekken;
- uitgeslagen tanden.

Extra risico lopen vrouwen met een autoritaire, werkloze of drinkende echtgenoot.

Bij kindermishandeling en incest moet onderscheid gemaakt worden tussen directe en late symptomen. Directe symptomen kunnen zijn:

- beschadigingen aan het lichaam;
- geen vriendjes hebben;
- isolement van het kind;
- slaapstoornissen;
- angsten;
- eetstoornissen;
- leerproblemen;
- concentratieproblemen;
- aanrakingsangst;
- nervositeit;
- vage klachten;
- overdreven stoer gedrag;
- buikpijnen;
- weglopen;
- zich niet willen uitkleden (bij incest);
- opvallend gedrag met betrekking tot kleding: (extra sexy of juist niet als meisje gekleed willen gaan of bescher-

mende kleding aantrekken (bijvoorbeeld drie broeken);

- bedplassen;
- hyperventilatie.

Late symptomen kunnen zijn:

- automutilatie;
- depressies;
- relatieproblematiek;
- suïdeneigingen;
- negatief zelfbeeld;
- vaginisme;
- prostitutie;
- seksuele problemen.

### De huisarts

De huisarts werkt in de eerste lijn. Hij heeft nog steeds veel gezag en een duidelijke vertrouwenspositie. De huisarts is 24 uur bereikbaar en ziet zijn patiënten geregeld terug. Hij wordt vaak met crisissituaties geconfronteerd, situaties waarin mensen mededeelzaam zijn en bereid om hulp te aanvaarden. Voor het signaleren en te lijf gaan van geweld in het gezin is dit een ideale positie.

Toch is tot op heden de bijdrage van de huisartsen in deze onder de maat gebleven. Daarvan getuigen vele verklaringen van slachtoffers. Waarschijnlijk zijn hiervoor verschillende oorzaken aan te wijzen. In de context van dit artikel zijn deze echter minder relevant. Belangrijker is het om na te gaan hoe hierin verbetering kan worden gebracht.

Huisartsen hebben met andere eerstelijns werkers gemeen, dat zij het onderhavige thema nog onvoldoende hebben doordacht. Alleen de vrouwenbeweging doet verwoede pogingen om bij de wortels van het kwaad te komen en ontwikkelt stap voor stap een visie. Dat is niet zo verwonderlijk aangezien vrouwen in de eerste plaats slachtoffer zijn. Het verdient dus aanbeveling om allereerst bij die groep het oor te luisteren te leggen. Verder kleven er aan dit onderwerp zoveel verschillende aspecten (medische, psychische, maatschappelijke, juridische en cultuurhistorische), dat alleen door bundeling van deskundigheid een totaalvisie ontwikkeld kan worden en ieders rol kan worden bepaald.

Zolang zo'n totaalvisie en dienovereenkomstige werkmethode door een samenleving nog onvoldoende zijn ontwikkeld, zal ieder die op zijn eigen plaats wordt geconfronteerd met gezinsgeweld, voorlopig moeten roeien met de riemen die hij heeft. Samenwerking met andere lokale disciplines kan daarbij van groot belang zijn. Samen weet je en

kun je meer dan alleen en door samenwerking komt ieders werk onder de nodige opbouwende kritiek te staan. Dat zou een uitdaging kunnen zijn.

Bij geweld in het gezin is niet alleen sprake van relatieproblematiek, maar spelen tevens factoren een rol van door de samenleving gelegitimeerde macht van de een over de ander. Het is derhalve van het grootste belang dat, met het oog op een gezondere ontwikkeling in de toekomst, ook artsen hierin stelling nemen. Daarvoor is, naast bezig zijn met casuïstiek, nodig dat men belangstelling ontwikkelt voor de samenhang van verschijnselen met structuren in een samenleving.

Terug naar de casuïstiek: voor het signaleren van het geweld is het een voorwaarde, dat de huisarts het vertrouwen wint van de patiënt, diens grenzen respecteert en niet geforceerd naar een oplossing toestuurt. De patiënt dient zelf aan te geven, wat zij of hij aankan. Belangrijk is dat de huisarts de situatie bespreekbaar weet te maken, begrijpt welke remmende factoren bij de patiënt een rol spelen en samen met de patiënt een afweging van belangen maakt.

Minstens even moeilijk is het om een goede verwijzing tot stand te brengen. Daarvoor moet men weten wat de diverse beroepskrachten kunnen en waard zijn. Het is onvoldoende om af te gaan op functie-omschrijvingen van de verschillende disciplines. Het woord „vrouw-vriendelijk” is niet voor niets ontstaan.

Zo'n verwijzing zou bijvoorbeeld kunnen worden gedaan naar de politie.

### De politie

Ook de politie werkt in de eerste lijn, heeft gezag, kan veel signaleren, is 24 uur bereikbaar, heeft een ambtsgeheim, kan slechts eerste hulp verlenen, heeft enkele machtsmiddelen en is afhankelijk van goede verwijzingsmogelijkheden. Ook voor de politie is het noodzakelijk dat zij de wil heeft om geweld in het gezin te bestrijden en dat zij een visie ontwikkelt op de gehele problematiek en de rol die zij bij de betogeling van dat geweld kan spelen. Daarbij werkt belemmerend dat de politie van oudsher meer gericht is op de „openbare orde” dan op hetgeen binnenshuis gebeurt en bovendien een „mannenapparaat” is, waardoor geweld ten aanzien van vrouwen en meisjes ook hen minder aanspreekt.

De politie is een in de frontlinie werkend en zeer zichtbaar apparaat, dat voortdurend onder druk staat van groe-

peringen in de samenleving en van de politiek. Mede daardoor is zij steeds meer geneigd tot samenwerking en overleg en bereid om meer te doen dan hetgeen tot het routinematige behoort. Zo is er door de commissie-de Beaufort inmiddels een visie ontwikkeld over de opvang van slachtoffers van seksueel geweld door de politie.

Was de politie aanvankelijk meer geïnteresseerd in het opsporen van de dader van seksueel geweld dan in het lot van het slachtoffer, kern van het rapport van de commissie-de Beaufort is: liever een dader minder dan een getraumatiseerd slachtoffer erbij. Er worden voorstellen gedaan voor de opvang van slachtoffers en voor het beperken van het medisch onderzoek tot het hoogst noodzakelijke. Er wordt tevens een lans gebroken voor het Utrechtse samenwerkingsmodel van hulpverleners, artsen en politie ten behoeve van die slachtofferopvang. Op meer plaatsen wordt er nagedacht over de aanpak van incest- en kindermishandelingszaken door de politie en sinds jaar en dag heeft men gepoogd om bijvoorbeeld via rayonagenten te bemiddelen in gezinsconflicten. Een echte visie is er evenwel door de politie nauwelijks ontwikkeld op het gebied van vrouwenmishandeling en de rol die de politie zou kunnen spelen om dit verschijnsel in te dammen.

### Machtsmiddelen

De politie onderscheidt zich van andere instellingen door de machtsmiddelen die haar ten dienste staan. Met betrekking tot incest en kindermishandeling wordt door de politie meer en meer in samenwerking en overleg met andere disciplines bekeken of een strafrechtelijke dan wel een hulpverlenende aanpak, dan wel een combinatie van beide op zijn plaats is.

Bij vrouwenmishandeling wordt vrijwel nooit bekeken in hoeverre een strafrechtelijke aanpak soelaas zou kunnen bieden. Het probleem wordt in voorkomende gevallen weggepraat, soms wordt er bemiddeld in het gezin of wordt verwezen naar een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, *Blijf van mijn lijf*-huizen of de advocatuur. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat de ter beschikking staande machtsmiddelen van de politie hierbij beperkt zijn, anderzijds met het feit dat vrouwenmishandeling gewoon geen prioriteit heeft.

Wat betreft die machtsmiddelen: bij eenvoudige mishandeling tussen echtgenoten kan de politie slechts proces-

verbaal opmaken, hetgeen meestal ave-rechts werkt, of bemiddeling verlenen. Alleen bij zware mishandeling, poging daartoe en mishandeling met voorbedachten rade tussen echtgenoten is het mogelijk om de dader in verzekering te stellen gedurende vier dagen, althans mits dat in het belang is van het onderzoek. Van die laatste beperkte mogelijkheid wordt slechts zeer sporadisch gebruik gemaakt. Wanneer er echter chronisch mishandeld wordt door de echtgenoot, vinden er dikwijls ook andere strafbare gedragingen plaats, zoals vrijheidsberoving en verkrachting. Wanneer binnenkort verkrachting binnen het huwelijk strafbaar wordt gesteld, kan eventueel ook op dat feit een in verzekeringstelling worden opgelegd.

Waarschijnlijk is bij chronische mishandeling tussen echtgenoten aanhouden en in verzekering stellen vaak het meest probate middel, wanneer aansluitend een goede hulpverlening wordt geboden. In een cultuur waarin mannen geleerd hebben dat zij bezitsrechten over hun vrouwen kunnen doen gelden, is een harde confrontatie met hun ongelijk soms het meest doeltreffende middel om paal en perk te stellen aan het wan-gedrag. Een experiment van de politie in Minneapolis (USA) heeft dat uitge-wezen.

In de Verenigde Staten heeft de politie meer bevoegdheden op dit punt dan in Nederland. Bij eenvoudige mishandeling tussen echtgenoten heeft men de keuze uit hechtenis van een tot zeven dagen of langer, bemiddeling verlenen of de toegang tot de woning ontzeggen gedurende acht uur. Bij 252 gevallen van herhaald mishandelen van de echtgenote heeft men onlangs alle drie de methoden gelijkelijk beproefd. Van de gehechten recidiveerde binnen een half jaar 10 procent, van de bemiddelingsge-vallen 16 procent en van de voor acht uur van huis weggezonden mannen 22 procent.

### Meer bevoegdheden

Ik zou ervoor willen pleiten dat voor de toekomst mogelijkheden bestudeerd worden om ook de bevoegdheden van de politie in Nederland in deze uit te breiden, bijvoorbeeld door het voorlopige hechtenisartikel uit te breiden met de strafbepaling van eenvoudige mishandeling tussen partners. Bij toepassing daarvan zouden hulpverleners dan bereid moeten zijn om aansluitend voor de nodige hulp zorg te dragen. Op dit moment zal de politie zich echter zo

goed mogelijk moeten zien te redden met de middelen die ze heeft. Per geval zal derhalve bekeken dienen te worden of een inverzekeringstelling gewenst is, en zo ja, of er een artikel in het wetboek van strafrecht te vinden is, dat dit mogelijk maakt en dat bovendien toegepast kan worden in het zich aandienende geval.

Buitenstaanders die in dat opzicht verwachtingen ten aanzien van de politie koesteren, moeten er echter rekening mee houden, dat ieder korps autonoom is en een eigen beleid heeft. Het verdient derhalve aanbeveling om in voorkomende gevallen overleg te plegen over de mogelijkheden die men bij de politie meent te hebben en niet klakkeloos te verwijzen.

Ik zou me ook kunnen voorstellen, dat vanuit de medische discipline de politie als apparaat voortdurend op haar verantwoordelijkheid en werkwijze met betrekking tot geweld in het gezin wordt aangesproken. Van de politie kan gezegd worden, dat zij de huisarts over het algemeen wel weet te vinden. Andersom geldt dat helaas nog maar zelden.

### Aanbevelingen

Bij vermoeden van geweld in het gezin in welke vorm dan ook is het zaak dat de huisarts openingen biedt voor een gesprek. Mensen met een kluitje in het riet sturen, met het idee dat het wel meevalt of wel overgaat, is funest, omdat men daarmee niet serieus wordt genomen en dat meestal ook aanvoelt.

De huisarts dient zich ervan te overtuigen, of er iemand is met wie men over de problemen kan praten; zo niet, dan moet hij er zelf tijd voor maken, eventueel door een nieuwe afspraak te maken. Belangrijk is dat men zich als huisarts kwetsbaar op durft te stellen, rustig laat merken dat men het moeilijk vindt over dat soort problemen te praten en de juiste benadering te vinden.

Men mag nooit stappen ondernemen buiten betrokkenen om, ook niet wanneer het kinderen betreft. Dat ondermijnt het vertrouwen. Ook wanneer men overleg wil plegen met vertrouwensarts, hulpverlener of politie over de beste benadering van het probleem, kan men betrokkene daar rustig in kennen. Te snel een bepaalde oplossing willen forceren kan verkeerd uitwerken, wanneer men daar nog niet aan toe is. Soms heeft men in de eerste plaats een gesprekspartner nodig om zelf de problemen op een rij te kunnen zetten.

Het is erg belangrijk dat de patiënt weet, dat de huisarts openstaat voor een

gesprek en belangstelling heeft voor geweld in het gezin. Die belangstelling zou kunnen blijken uit het feit dat er in de wachtkamer affiches en voorlichtingsfolders over dit thema aanwezig zijn met de strekking „praat erover, de gevolgen van zwijgen zijn te ernstig”, te ontwerpen door de RIAGG's, te bekostigen door GVO.

Bij wie men terecht kan met klachten is afhankelijk van de plaatselijke situatie. Bij het samenwerkingsverband in Utrecht ten behoeve van slachtoffers van seksueel geweld is het om het even bij wie men terecht komt, omdat alle partners, ook de zedenpolitie, de cliënt helpen bij de afweging van de verschillende mogelijkheden, desgewenst naar de ander verwijzen of uitsluitend als klankbord functioneren. De eerste keuze kan dus op verantwoorde wijze bij de cliënt worden gelegd. De plaatselijke situatie is daarom bepalend voor de inhoud van de voorlichtingsfolder.

Geweld in het gezin blijkt een probleem te zijn van enige omvang. Wil men op een systematische en structurele manier hieraan het hoofd bieden, dan is registratie op een centraal punt per regio van alle gesignaleerde gevallen, uitgesplitst naar vrouwenmishandeling, kindermishandeling, seksuele kindermishandeling en overig geweld, noodzakelijk. De omvang van een probleem is nu eenmaal bepalend voor de prioriteit die men eraan toekent. Wil men met enig succes een beroep kunnen doen op andere instanties of door meer structurele maatregelen tegemoet kunnen komen aan de problematiek, dan is een cijfermatige onderbouwing van belang.

Last but not least moet er veel nadruk worden gelegd op samenwerking tussen de diverse betrokken instanties.

### Samenwerking

In het bedrijfsleven begint men te ontdekken dat een producent het beste en goedkoopste produkt kan leveren, als er goede afspraken worden gemaakt met toeleveranciers van onderdelen en als men tot een goede afstemming weet te komen op elkaars werk. In zekere zin geldt dat ook voor de non-profit sector. Geweld in het gezin bijvoorbeeld is een betrekkelijk nieuw onderwerp, waarvoor de beschikbare kennis over verschillende instanties is gespreid en ook de aanpak van het probleem door een aantal disciplines moet gebeuren. Een serieuze benadering vraagt dan ook om samenwerking, afstemming op elkaars werk en bundeling van kennis. De betrokken werkers zijn te vinden bij

de artsen, de hulpverleners, de slachtofferorganisaties en de politie. Met het oog op het te voeren beleid in deze ware aan te bevelen om plaatselijk of regionaal overleggroepjes te vormen van afgevaardigden met mandaat uit de betrokken organisaties. De organisaties zouden zich aan gemaakte afspraken moeten houden en deze als beleid in de organisatie moeten doorvoeren, zodat men aan de basis elkaar daar ook aan kan houden en op kan aanspreken. Wat betreft de politie ware voor zo'n overleggroep te denken aan vrij hoge ambtenaren, bijvoorbeeld de korpschef in kleine plaatsen en in grote steden een commissaris diensthoofd. Een regelmatige evaluatie en bijstelling van de werkwijze zal in het begin zeker nodig zijn. Wat betreft de rol die de politie in zaken van gezinsgeweld kan spelen, moet tenslotte worden opgemerkt dat deze van marginale aard zal zijn en slechts ondersteunend. Pas als andere middelen falen of ontoereikend zijn, mogen machtsmiddelen worden gebruikt en dan ook niet verder dan strikt noodzakelijk is. Men moet niet aarzelen, waar nodig en mogelijk, gebruik te maken van macht. Het zal echter wel voortdurend onderwerp van overleg moeten zijn. Aansluitend zal er altijd hulpverlening dienen te zijn.

Met deze aanbevelingen kunnen we voorlopig even vooruit. Eenmaal samen op weg, komen de noodzakelijke ideeën vanzelf.

### Vervolg van pag. 251

<sup>12</sup> Fernandez L. Clinical study comparing acupuncture, physiotherapy, injection and oral anti-inflammatory therapy in shoulder-cuff lesions. *Lancet* 1980; i: 208-9.

<sup>13</sup> Frost FA. A control, double blind comparison of mepivacaine injection versus saline injection for myofascial pain. *Lancet* 1980; i: 499-501.

<sup>14</sup> Sims-Williams, Jayson, SM et al. Controlled trial of mobilisation and manipulation for patients with low back pain in general practice. *Br Med J* 1978; i: 1338-40.