

JOS DESSENS EN WIM JANSEN

Samenwerken en verwijzen: een kritische beschouwing

In zijn proefschrift (1986) komt Wijkkel tot de conclusie, 'dat er voldoende aanwijzingen zijn dat het samenwerken met collega huisartsen in gezondheidscentra een voorwaarde is om tot besparingen in de tweedelijnsgezondheidszorg te komen'. Deze conclusie berust op een inadequaat gebruik van 'verschillende' analysetechnieken, en een causale interpretatie van zuiver statistische verbanden.

Inleiding

In het kader van het streven door de overheid naar beheersing van de kosten van de gezondheidszorg staat de versterking van de eerstelijns gezondheidszorg voorop. Een belangrijk aandachtspunt in dit verband is de mogelijke relatie tussen praktijkvorm en mate van verwijzen naar de tweedelijns gezondheidszorg. De mogelijkheid tot consultatie van collega's, en de samenwerking met psychotherapeuten en maatschappelijk werkers zouden ertoe bijdragen dat huisartsen binnen samenwerkingsverbanden minder vaak verwijzen dan de zogenaamde solo-artsen.

Door Wijkkel wordt een dergelijk effect inderdaad gerapporteerd.^{1,2} In zijn proefschrift schrijft hij: 'De eindconclusie (...) luidt dat er voldoende aanwijzingen zijn dat het samenwerken met collega huisartsen in gezondheidscentra een voorwaarde is om tot besparingen in de tweedelijnsgezondheidszorg te komen. Het samenwerken met andere hulpverleners van solo-artsen in bijvoorbeeld hometeams lijkt niet de verlagende effecten te hebben. Het krachtig stimuleren van gezondheidscentra door de beleidsuitvoerende instanties lijkt daarom de aangewezen weg om de gewenste versterking van de eerstelijns waar te maken.'²

Een duidelijke aanbeveling voor het beleid. Maar kan dit ook werkelijk geconcludeerd worden uit de resultaten van Wijkkels onderzoek? Wij menen van niet. Tot dit standpunt komen we niet zozeer vanuit ons inzicht in de mecha-

nismen van de medische consumptie als wel vanuit kritiek op de wijze waarop Wijkkel zijn conclusies baseert op de resultaten van multivariate analysetechnieken.

Probleemstelling

Wijkkels eerste probleemstelling wordt gevormd door de vraag of verwijscijfers verschillen naar praktijkvorm. Met andere woorden: de vraag naar de aard van de relatie tussen verwijscijfers en praktijkvorm. In het verlengde hiervan wil Wijkkel zoveel mogelijk uitsluiten dat deze relatie slechts schijnbaar ('spurious') is. Dat wil zeggen dat een eventueel gevonden relatie het gevolg is van een (onbekende) gemeenschappelijke factor die zowel van invloed is op de praktijkvorm als op de verwijscijfers.

De redenering hierachter is dat, als de relatie tussen praktijkvorm en verwijscijfers niet 'wegverklaard' kan worden door het introduceren van mogelijke gemeenschappelijke factoren, de relatie tussen praktijkvorm en verwijscijfers 'echt' of causaal is. Wijkkel verwoordt dit aldus: 'Heeft samenwerking inderdaad een causale relatie met eventueel geconstateerde verschillen [in verwijscijfers]?' (p. 7). Het is belangrijk dat men zich realiseert dat het nooit mogelijk is te bewijzen dat een relatie causaal is. Het blijft altijd mogelijk dat de relatie geheel of gedeeltelijk wegverklaard wordt door een of meer gemeenschappelijke factoren.

Naast verwijscijfers betreft Wijkkel ook opnamecijfers en verpleegduurcijfers in zijn onderzoek. De reden hiervoor is niet geheel duidelijk. Waarschijnlijk ligt hier de 'common sense' gedachte aan ten grondslag, dat verwijscijfers bepalend zijn voor opnamecijfers en deze op hun beurt voor verpleegduurcijfers. De impliciete veronderstelling van een dergelijk causaal model doet nogal ad hoc aan en zou op zijn minst aannemelijk gemaakt dienen te worden vanuit kennis omtrent de mechanismen die een rol spelen in de relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg.

Regressie- en variantie-analyse

Om de bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden voert Wijkkel in eerste instantie regressie-analyse uit op de gegevens (N=4191) uit het jaarbested 1978 van het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen (LISZ).

De centrale onafhankelijke variabele is uiteraard de praktijkvorm met als categorieën: solo-arts, solo-praktijk met assistent, associatie, groepspraktijk en gezondheidscentrum.

De afhankelijke variabelen zijn:

- het verwijscijfer (het aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten);
- het opnamecijfer (het aantal opnamen per 1000 ziekenfondspatiënten, respectievelijk het aantal opnamen per 1000 verwijskaarten);
- het verpleegduurcijfer (het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten, respectievelijk het aantal verpleegdagen per 100 opnamen).

De variabelen die mogelijkwijze de relatie tussen praktijkvorm en verwijscijfers geheel of gedeeltelijk kunnen wegverklaren, verwijzen naar bijvoorbeeld de samenstelling van de praktijk, de woonregio en de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Een volledig overzicht van deze variabelen staat op p.344. Door het opnemen van deze variabelen in de analyse kan worden nagegaan of de relatie tussen enerzijds praktijkvorm en anderzijds elk van de drie afhankelijke variabelen blijft bestaan.

Achtereenvolgende regressie-analyses voor elk van de drie afhankelijke variabelen laten alleen een significante relatie zien tussen de praktijkvorm en verwijscijfers: gezondheidscentra en associaties verwijzen significant minder dan solo-artsen (al of niet met assistent) en groepspraktijken. Er worden geen significante relaties gevonden tussen enerzijds de praktijkvorm en anderzijds de opnamecijfers en de verpleegduurcijfers (p.44, tabel 3.3; p.54, tabel 3.5; p.55, tabel 3.6).

Vervolgens analyseert Wijkkel de gegevens nog eens via een variantie-analyse (p.62; p.64, tabel 3.8)). De resultaten van de variantie-analyse stemmen in het algemeen overeen met die van de re-

Vakgroep Empirisch-Theoretische Sociologie, Rijksuniversiteit Utrecht, Heidelberglaan 2, 3584 CS Utrecht.

Dr. J. Dessens, socioloog; Dr. W. Jansen, socioloog.

gressie-analyse: gezondheidscentra verwijzen gemiddeld minder dan andere artsen, vooral in vergelijking met solo-artsen (p.65). Er wordt geen significante relatie gevonden tussen praktijkvorm en opnamecijfers (p.65). In afwijking met de regressie-analyse wordt nu wel een significante relatie gevonden tussen praktijkvorm en verpleegduurcijfers (p.66). Ook bij de variantie-analyse is nagegaan of de relatie tussen praktijkvorm en de afhankelijke variabelen mogelijk het resultaat is van gemeenschappelijke factoren (*kader*).

Dummy-variabelen

Op deze plaats zou de lezer zich kunnen afvragen waarom Wijkkel zowel regressie- als variantie-analyse heeft uitgevoerd. De meest voor de hand liggende reden hiervoor zou zijn, dat de onderzoeker het bestaan van niet-lineaire interacties tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen vermoedt. Variantie-analyse kan hem dan op het spoor brengen van mogelijke interacties. Bij Wijkkel vinden we van deze gedachte niets terug. Zijn argument luidt dat variantie-analyse het '...voordeel heeft dat de nominale variabelen niet als aparte dummy-variabelen in de berekening worden betrokken.' (p.33).

Dit argument is onjuist. Waar in regressie-analyse de onderzoeker zelf de nominale variabele (hier praktijkvorm) in dummy-variabelen moet ontbinden, gebeurt dit in variantie-analyse achter de schermen. Aangezien het regressie- en het variantie-analysemodel formeel identiek zijn, mag er in de door Wijkkel gehanteerde opzet dan ook geen verschil zijn tussen de resultaten van beide analyses. Dat Wijkkel niettemin een verschil vindt, is uitsluitend het gevolg van het feit dat hij bij de variantie-analyse telkens een andere verzameling van mogelijke gemeenschappelijke factoren voor de relatie tussen praktijkvorm en de afhankelijke variabelen hanteert (*kader*). De nogal banale reden hiervoor is dat het gehanteerde SPSS-programma ANOVA opname van maximaal vijf van dit type variabelen (ook wel covariaten genoemd) toestaat. De uiteenlopende conclusies op basis van de gehanteerde analysetechniek moeten derhalve uitsluitend worden geweten aan het feit dat in de variantie-analyse verschillende (deel)groepen van variabelen zijn gebruikt.

In de regressie-analyse opgenomen variabelen

Afhankelijke variabele Verwijscijfer	Opnamecijfer: aantal opnamen per 1000 ziekenfondspatiënten, resp. aantal opnamen per 1000 verwijskaarten	Verpleegduurcijfer: aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten, resp. aantal verpleegdagen per 1000 opnamen
<i>Onafhankelijke variabelen</i>		
— regio	— regio	— regio
— urbanisatiegraad	— urbanisatiegraad	— urbanisatiegraad
— praktijkvorm	— praktijkvorm	— praktijkvorm
— afstand t.o.v. dichtst bijzijnde ziekenhuis	— afstand t.o.v. dichtst bijzijnde ziekenhuis	— afstand t.o.v. dichtst bijzijnde ziekenhuis
— inkomen/1000 gld.	— inkomen/1000 gld.	— inkomen/1000 gld.
— aantal specialisten/100000 inw.		
— percentage mannelijke patiënten	— percentage mannelijke patiënten	— percentage mannelijke patiënten
— gemiddelde leeftijd	— gemiddelde leeftijd	— gemiddelde leeftijd
— aantal ziekenfondspatiënten/ 1000	— aantal ziekenfondspatiënten/ 1000	— aantal ziekenfondspatiënten/ 1000
— vestigingsjaar	— vestigingsjaar	— vestigingsjaar
	— aantal bedden/1000 inwoners	— aantal bedden/1000 inwoners
	— percentage patiënten < 5 jaar	— percentage patiënten < 5 jaar
	— verwijscijfer	— verwijscijfer
		— opnamecijfer
R ² = .33	R ² = .43 indien aantal opnamen per 1000 ziekenfondspatiënten als afhankelijke variabele; R ² = .07 indien aantal opnamen per 1000 verwijskaarten als afhankelijke variabele	R ² = .72 indien aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten als afhankelijke variabele; R ² = .41 indien aantal verpleegdagen per 100 opnamen als afhankelijke variabele

In de variantie-analyse opgenomen variabelen (maximaal vijf continue covariaten als gevolg van een beperking in SPSS)

Afhankelijke variabele: Verwijscijfer	Opnamecijfer: aantal opnamen per 1000 ziekenfondspatiënten	Verpleegduurcijfer: aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten
<i>Onafhankelijke variabelen/covariaten:</i>		
— regio	— regio	— regio
— urbanisatiegraad	— urbanisatiegraad	— urbanisatiegraad
— samenwerkingsvorm	— samenwerkingsvorm	— samenwerkingsvorm
— afstand t.o.v. dichtst bijzijnde ziekenhuis	— afstand t.o.v. dichtst bijzijnde ziekenhuis	— afstand t.o.v. dichtst bijzijnde ziekenhuis
— aantal specialisten/100000 inwoners		
— gemiddelde leeftijd	— gemiddelde leeftijd	— gemiddelde leeftijd
— aantal ziekenfondspatiënten/ 1000		
— percentage mannelijke patiënten	— aantal bedden/1000 inwoners	— aantal bedden/1000 inwoners
	— percentage patiënten < 5 jaar	— percentage patiënten < 5 jaar
	— verwijscijfer	— vestigingsjaar
		— opnamecijfer
	— vestigingsjaar	— percentage patiënten < 5 jaar
	i.p.v. verwijscijfer	i.p.v. opnamecijfer

Voorbarig

Wat blijft is dan de relatie tussen praktijkvorm en verwijscijfers, die zowel in de regressie-analyse als in de variantie-analyse werd gevonden. Nogmaals merken we op dat deze relatie zeker niet – zoals Wijkkel in zijn eindconclusie doet – in termen van oorzaak en gevolg mag worden weergegeven.

Aangezien praktijkvorm, tezamen met negen andere variabelen, ‘slechts’ 33 procent van de variantie van het verwijscijfer verklaart, past nog meer voorzichtigheid. Juister zou het zijn om te stellen dat er wellicht sprake is van een relatie tussen praktijkvorm en verwijscijfers.

Dat voorzichtigheid geboden is, blijkt ook uit de resultaten van de analyse van de gegevens van de CBS-gezondheids-enquête door *Geurts e.a.*³ Aangezien de gegevens afkomstig zijn uit een landelijke enquête, betreffen ze zowel ziekenfonds- als particulier verzekerden. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de relatie tussen praktijkvorm en verwijscijfers wegverklaard wordt door verschillen in opbouw van de patiëntenpopulatie. Met name gezondheidscentra worden gekenmerkt door een gemiddeld lagere leeftijd en een hoger opleidingsniveau van het patiëntenbestand, hetgeen tot uitdrukking komt in lagere verwijscijfers.

Hoe de relatie tussen opleidingsniveau en medische consumptie in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg moet worden begrepen, valt buiten het bestek van deze kritische bespreking.

De stelligheid van Wijkkels beleidsaanbeveling komt ons in het licht van bovenstaande nogal voorbarig voor.

¹ Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. Deel I. Praktijkvorm en productiecijfers. Rapport over de analyse van productiecijfers van verschillende vormen van samenwerken door huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

² Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.

³ Geurts JJM, Van Doorslaer EKA, Rutten FFH. Samenwerkende huisartsen: andere behandeling of andere patiënten? Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1985; 63: 834-41.

DIRK WIJKEL

Samenwerken en verwijzen: een repliek

Het bekritiseerde onderzoek ‘Samenwerken en verwijzen’ is voldoende zorgvuldig uitgevoerd en het commentaar van Dessens en Jansen komt waarschijnlijk voort uit onvolledige bestudering van het proefschrift.

Inleiding

Dat onderzoek naar de relatie tussen praktijkvorm en de hoogte van ziekenfondscijfers nog kritischer kan dan ik in mijn proefschrift ‘Samenwerken en verwijzen’¹ heb gedaan, wordt duidelijk gedemonstreerd door *Dessens en Jansen*, die vinden dat de conclusies te stellig zijn geformuleerd in een concrete beleidsaanbeveling.²

Nu is de vraag hoe stellig men aanbevelingen mag doen op basis van wetenschappelijk onderzoek gedeeltelijk een kwestie van interpretatie van de resultaten, de relevantie daarvan en het doel waarvoor het onderzoek was opgezet. Ik meen dat er weinig op de conclusies valt af te dingen, maar op dat aspect kom ik aan het eind van deze reactie nog terug. Eerst wil ik ingaan op de aanmerkingen van Dessens en Jansen die neerkomen op twee punten: het inadequaat gebruik van twee ‘verschillende’ analysetechnieken en het causaal interpreteren van puur statistische relaties.

Statistische analyse

Dessens en Jansen stellen dat het gebruik van twee technieken om de verschillen in ziekenfondscijfers tussen groepen huisartsen te verklaren, gebaseerd is op onjuiste argumenten. Omdat beide technieken formeel identiek zijn, mag er geen verschil optreden en de conclusie dat gezondheidscentra minder verpleegdagen genereren, moet daarom onjuist zijn.

In de eerste plaats moet gesteld worden dat *Dessens en Jansen* natuurlijk gelijk hebben wanneer ze zeggen dat de technieken formeel gelijk zijn. Volstrekt gelijke resultaten treden echter alleen op onder een aantal condities: – de groepen (categorieën) waaruit de

onafhankelijke variabele is samengesteld, zijn gelijk van omvang;

– er zijn geen interacties tussen de gebruikte onafhankelijke variabelen.

Daarnaast bestaat het resultaat van de variantie-analyse uit de cumulatieve variantie van de verschillen tussen de categorieën, terwijl in een regressie-analyse de afzonderlijke dummy-variabelen worden getest tegen de overige categorieën samen.

Omdat de categorieën van de variabele praktijkvorm niet gelijk van omvang zijn (het aantal solopraktijken is 43 maal zo groot als het aantal gezondheidscentra*) en de optelsom van de variantie van de categorieën van praktijkvorm samen wél, maar afzonderlijk niet significant blijkt te zijn, wordt in het proefschrift gesteld, dat praktijkvorm een significante relatie heeft met verpleegduurcijfers. Er is geen tegenstrijdigheid in het ontbreken van significante coëfficiënten voor de dummy’s in de regressievergelijking en de significantie van het gehele construct in de variantie-analyse. De regressiecoëfficiënten voor de dummy’s van praktijkvorm zijn niet significant, maar dat wil niet zeggen dat ze gelijk aan nul zijn en in de variantie-analyse alle aan de totale variantie bijdragen.

De door *Dessens en Jansen* aangedragen verklaring, dat het in de variantie-analyse noodgedwongen weglaten van variabelen tot de verschillen heeft geleid, moet worden afgewezen. De weggelaten variabelen zijn zodanig gekozen, dat ze maar een kleine – vrijwel te verwaarlozen – bijdrage aan de variantie leveren (zie de regressievergelijkingen). Hun invloed in de variantie-analyse kan daarom hoogstens marginaal zijn, en beslist geen verklaring voor duidelijke verschillen in uitkomsten. Een analyse met SPSS-X, waarin alle variabelen werden betrokken, leverde inderdaad maar een uiterst geringe ver-

* Het zou te ver voeren hier uitgebreid in te gaan op de vraag op welke manier die verschillende groep-somvang op de resultaten inwerkt. Dat dummy’s géén en de variabele als geheel wél een significante relatie met de afhankelijke variabele kan hebben (en omgekeerd), wordt beschreven in *Pollissar and Diehr*.³

andering (het tweede cijfer achter de komma) in de F-waarde op.

Alleen met betrekking tot het niet opnemen van het verwijfs- en opnamecijfer in een alternatieve analyse hebben *Dessens en Jansen* gedeeltelijk gelijk. Het weglaten van deze variabelen werd echter bewust gedaan en bleek de resultaten wel degelijk te beïnvloeden. De indirecte invloed die artsen in gezondheidscentra op het aantal verpleegdagen per 1.000 ziekenfondsverzekerden hebben, doordat ze minder verwijzen, komt bij het weglaten van het verwijfs- en opnamecijfer in de analyse tot uiting. Ook in de alternatieve regressie-analyse wordt dan een significante regressiecoëfficiënt voor de dummy 'gezondheidscentrum' gevonden (zie pagina 60 van het proefschrift).

De volledige conclusie van dit deel van het onderzoek was dan ook, dat er een relatie bestaat tussen praktijkvorm en verwijfs- en verpleegduurcijfers, en dat geen relatie met het opnamecijfer gevonden kon worden. Verder blijkt dat gezondheidscentra gemiddeld significant lagere verwijfscijfers hebben, evenals artsen in duo-praktijken. Als we het lagere verwijfscijfer en het daarmee samenhangende opnamecijfer laten meetellen, blijkt ook dat de gezondheidscentra significant lagere verpleegduurcijfers hebben dan artsen in andere praktijkvormen.

De argumentatie voor het gebruik van zowel regressievergelijkingen en variantie-analyse is tweeledig. In de eerste plaats kunnen andersoortige uitspraken worden gedaan, zoals we hiervoor hebben gezien. Een tweede reden is wellicht nog belangrijker. Omwille van de vergelijkbaarheid met eerdere onderzoeken naar de verklaring van verschillen in verwijfscijfers is de regressievergelijking gekozen. Teneinde de resultaten ook voor geïnteresseerde leken inzichtelijk te presenteren, is de variantie-analyse met multiple classificatie-analyse gekozen. Op deze manier kunnen de gemiddelde ziekenfondscijfers per praktijkvorm gepresenteerd worden gecontroleerd voor een aantal belangrijke variabelen.

Causale relatie

Met de opmerking dat het nooit mogelijk is te bewijzen dat een relatie causaal is, ben ik het uiteraard eens. Ik be-

schouw die onmogelijkheid als een gegeven, maar vind tegelijkertijd dat je in de praktijk van het onderzoek een oorzakelijke relatie aannemelijk moet maken door algemene theorieën op het te onderzoeken fenomeen toe te passen.

Toegegeven moet worden dat het woord 'causaal' in mijn proefschrift soms niet geheel zorgvuldig is gebruikt; het was wellicht beter geweest het woord steeds tussen aanhalingstekens te plaatsen. Aan de andere kant moet gesteld worden dat de bewering van *Dessens en Jansen*, dat in mijn proefschrift puur statistische relaties causaal zijn geïnterpreteerd, berust op een onvolledige samenvatting van de dissertatie en onzorgvuldig citeren. Het aangehaalde citaat van pagina 7 - 'heeft samenwerking inderdaad een causale relatie met eventuele verschillen' - is onvolledig en wekt in het betoog van *Dessens en Jansen* een verkeerde suggestie. Dit citaat komt namelijk uit een alinea waarin wordt uitgelegd dat in het proefschrift twee vragen worden gesteld: 'Is het nu wel zo?' en 'Werkt het nu wel zo?'.

Het antwoord op de eerste vraag wordt onder meer onderzocht via de door *Dessens en Jansen* besproken analyse van ziekenfondscijfers. Dit betreft dus onderzoek naar de statistische relatie. De tweede vraag behandelt het mechanisme dat achter de relatie zit. Of anders gezegd: hoe komt het nu dat de relatie gevonden wordt? Voor de beantwoording van deze vraag zijn onder meer *case-studies* naar samenwerking gevoerd, is geprobeerd een verband te leggen tussen de intensiteit van de samenwerking en het verwijfsniveau en is een hoofdstuk gewijd aan theoretische verklaringen voor ander gedrag van professionele hulpverleners, werkzaam in groepsverband. Alleen met betrekking tot deze tweede vraag wordt over causaliteit gesproken.

Voor alle duidelijkheid: in het proefschrift wordt er ook op gewezen, dat het vinden van een statistisch houdbare relatie nog geen bewijs voor causaliteit is (zie p.50).

Voor het onderzoek naar de tweede vraag leverde een aantal aanwijzingen op dat bij het werken in groepsverband onder één dak de voorwaarden gunstig zijn voor het bereiken van besparingen via het vermijden van onnodige verwijzingen, dan wel het weer onder controle krijgen van verwezen patiënten. In de eindconclusie van het proefschrift wordt

dan ook gesproken over het feit dat 'er voldoende aanwijzingen zijn dat het samenwerken in gezondheidscentra een voorwaarde is om tot besparingen te komen'. Let wel: er wordt hier niet gezegd dat de causaliteit van de relatie bewezen is. Ook wordt niet gezegd dat het noodzakelijk tot besparingen leidt; de interdokter-variantie is ook binnen gezondheidscentra groot.

Actueel onderwerp

Dat twee jaar na het verschijnen van mijn proefschrift nog een commentaar wordt geplaatst, geeft aan dat het onderwerp nog steeds actueel is. Aan meer onderzoek op dit terrein blijkt duidelijk behoefte te bestaan.

In de komende periode staat een herhaling van het onderzoek naar ziekenfondscijfers, maar dan van meer recente datum, op het programma. Dit om na te gaan of de situatie zich inmiddels heeft gewijzigd. Dat valt overigens niet te verwachten dat we dan tot andere conclusies moeten komen, omdat uit de LISZ-publicaties blijkt dat het verschil tussen solo-artsen en gezondheidscentra eerder groter dan kleiner is geworden.

¹ Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986

² Dessens J, Jansen W. Samenwerken en verwijzen: een kritische beschouwing. *Huisarts Wet* 1988; 31: 343-5.

³ Pollissar L, Diehr P. Regression analysis in health services research: the use of dummy variables. *Med Care* 1982; 20: 959-66.

Nota bene

Het schrijven van wetenschappelijke artikelen heeft soms iets weg van het plegen van de perfecte misdaad: behalve eventuele medeplichtigen en een enkele zwijgzame collega-crimineel zal niemand er ooit van weten.

Stelling bij: Pander Maat HLW. Harmonie en onenigheid in informele discussies [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1988.