

De praktijkassistente in de huisartspraktijk. Progressie in professionalisering [Dissertatie]. Nijland A. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991; 213 pagina's. ISBN 90-9004663-1. Te bestellen bij: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon 050-632963.

Doel van het onderzoek was, een beeld te geven van de praktijkassistente van de Nederlandse huisarts in het heden, en van de beweging van het beroep van verleden naar toekomst.

Veel gegevens werden ontleend aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987-1988) en aan een aansluitende enquête. Bij de Nationale Studie was een aselechte steekproef van 103 huisartspraktijken betrokken, met 161 huisartsen en 177 praktijkassistenten. Gedurende 3 maanden werden alle contacten tussen de patiënten en de praktijken geregistreerd. Het betrof 386.000 contacten, waarvan 92.000 met praktijkassistenten. De enquête gaf aanvullende gegevens. Deze werd in het najaar van 1988 gehouden in dezelfde praktijken die aan de Nationale Studie hadden meegedaan, en had een respons van 96 procent.

De onderzochte groep praktijkassistenten bestaat uitsluitend uit vrouwen. Gemiddeld zijn zij 33 jaar, hebben zij ruim 8 jaar werkervaring, waarvan 6,5 jaar in de huidige praktijk, en, in niet-apotheekhoudende praktijken, een 0,8 aanstelling. Van hen is 47 procent als praktijkassistente gediplomeerd; van de overige 53 procent heeft het merendeel een andere opleiding in de gezondheidszorg gevolgd.

Van de 386.000 contacten tussen patiënten en praktijken werd 25 procent door de praktijkassistente behartigd. Per 1000 contacten met de assistente ging het in bijna 75 procent van de gevallen om herhalingsrecepten. Bij 13 procent van de contacten ging het, alleen of tevens, om een nieuw recept; bij 10 procent om diagnostische verrichtingen, bij 9 procent om behandelingsverrichtingen en bij 9 procent om administratieve verrichtingen. Het totaal is meer dan 100 procent, doordat er vaak meer dan één verrichting per contact plaatsvond.

Alle assistentes namen als eerste de telefoon aan; vrijwel allen schreven nieuwe patiënten in, planden spreekuren en visites, schreven verwijskaarten uit, beheerden de voorraden en deden urine-onderzoek met teststrip, sediment of zwangerschapstest. Voor andere taken bleek er een grote inter-assistentevariatie te bestaan. De gediplomeerde assistente doet tweemaal zoveel diagnostische verrichtingen en viermaal zoveel behandelingsverrichtingen als de ongediplomeerde assistente (zie Huisarts Wet 1991; 34: 484-7; 519).

Er werd een delegatie-index ontworpen van vijf taken: venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, hypertensiecontroles en wratten aanstippen met vloeibare stikstof. De delegatie hiervan hing significant samen met de mate waarin werkzaamheden in het algemeen werden gedelegeerd. Met deze index werd gezocht, welke praktijkkenmerken van invloed zijn op de mate waarin de praktijkassistente wordt ingeschakeld. De belangrijkste factoren bleken te zijn: een eigen werkruimte voor de praktijkassistente, gediplomeerd zijn van de assistente en een schriftelijke arbeidsovereenkomst; bij huisartsen in groepspraktijken of gezondheidscentra en met spreekuren volgens afspraak.

Uit de grote inter-assistentevariatie wordt afgeleid dat er veel ruimte aanwezig is voor uitbreiding van diagnostische, behandelings- en managementtaken in de toekomst. In dit kader zou het NHG een rol kunnen spelen door in de standaarden aan te geven welke taken in aanmerking komen voor delegering aan de assistente. Naast standaarden voor de huisarts zouden ook standaarden voor het werk van de assistente kunnen worden opgesteld.

In de afgelopen 20 jaar is het aantal huisartsen dat werkzaam is in een samenwerkingsverband met een of meer huisartsen, gestegen van 14 naar 47 procent. Verwacht mag worden dat deze trend zich in de komende jaren zal voortzetten, met mogelijke gevolgen voor de functie-inhoud van de praktijkassistente. Bij de geënquêteerde praktijkassistentes zijn er wensen voor meer delegatie, vooral van hypertensiecontroles, aanleggen of verwisselen van verband, maken van cervixuitstrijkjes, wonden hechten en oren uitspuiten. Een meerderheid van de huisartsen heeft wensen in dezelfde richting. Hoog scoren bij hen: hechtingen verwijderen, oren uitspuiten, venapunctie, wratten aanstippen met vloeibare stikstof en hypertensiecontroles; 31 procent van de huisartsen wil ook het maken van cervixuitstrijkjes delegeren. Tijdgebrek van de assistente en het gemis van een eigen werkruimte, als gevolg van onvoldoende kostenvergoeding, bleken de belangrijkste belemmerende factoren te zijn.

Aan de hand van literatuur werd een verkenning gedaan naar het werk van de Britse *practice nurse*. Hun aantal neemt snel toe. Dit wordt bevorderd door een open-eindfinanciering, waarbij 70 procent van de salariskosten wordt vergoed, zonder beperking in het aantal *nurses* per huisarts. Vanuit de *nursing profession* wordt dit proces argwanend gevolgd: 'It is a misuse of nursing skills'. Taakomschrijving en aanvullende opleiding voor medisch-technische taken van de *practice nurse* zijn nog niet goed geregeld. Het vergoedingssysteem staat inmiddels op de he-

ling. De auteur is van mening dat wij in de Nederlandse situatie meer gebaat zijn bij een toename van het aantal praktijkassistentes, met uitbreiding van functie, dan bij een nieuwe functionaris naar Brits model.

De beweging van het beroep in de tijd, die zich in de bovenstaande gegevens en trends aftekent, is verder onderzocht door een literatuurstudie naar het verleden. Vóór 1940 werden huisartsen meestal geholpen door hun echtgenotes en soms door een verpleegster of een door henzelf opgeleide (huishoudelijke) hulp. In circa 50 jaar kwam het beroep van praktijkassistente tot leven en kwamen de opleidingen van de grond. *Ten Cate*, die hieraan veel heeft bijgedragen, gaf in 1956 in zijn proefschrift een arbeidsanalyse. In 1963 werd de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten opgericht. De toenemende professionalisering wordt met dit hoofdstuk verder verduidelijkt. Met anderen is de auteur van mening dat huisartsen eigenlijk alle taken moeten delegeren die even goed of beter gedaan kunnen worden door medewerkers met een kortere opleiding.

Het proefschrift is grotendeels opgebouwd uit artikelen die samen met anderen zijn geschreven. Hoe groot het aandeel van Nijland zelf was, is daardoor niet geheel duidelijk. De verslaggeving wisselt in kwaliteit. Sommige delen zijn vlot leesbaar, andere wat moeilijker. De Nationale Studie wordt beschreven als 'een aselechte, niet proportionele, gestratificeerde steekproef van de Nederlandse huisartspopulatie'. Voor een outsider is dat onduidelijk. Telefonische toelichting bij het Nivel hielp mij begrijpen en gaf ook vertrouwen in de representativiteit van de gegevens. Maar voor de gemiddelde lezer is opbellen naar het Nivel teveel gevraagd.

Onduidelijk vond ik ook de beschrijving van de 'delegatie-index' (bladzijde 68). Viermaal lezen leidde ook hier tot begrip en vertrouwen. Ik hoop maar dat de gemiddelde lezer aan tweemaal lezen genoeg heeft.

Verder is het niet duidelijk wat er onder 'hypertensiecontroles' werd verstaan. Is dat alleen het meten van de bloeddruk bij patiënten met hypertensie, of ook doseringsadvies voor medicijnen of het geven van andere adviezen, al of niet volgens een afgesproken protocol? Een goede omschrijving van dit begrip miste ik niet alleen in de verslaggeving, maar ook in de enquêteformulieren voor assistentes en huisartsen. De antwoorden zullen dus wellicht uit appels en peren bestaan, die niet zomaar bij elkaar kunnen worden opgeteld.

Naast kritiek op onderdelen heb ik vooral grote waardering. De belangrijkste medewerker van de huisarts is de praktijkassistente. Na het vele ontwikkelingswerk van *Ten Cate* en na de

baanbrekende dieptestudie van *De Haan* in zijn eigen praktijk is dit werk een nuttige en nodige volgende stap. Geholpen door de representativiteit van de Nationale Studie en door de opmerkelijk hoge respons op de vervolvenquête, heeft de auteur, samen met anderen, een degelijk werk tot stand gebracht, waarmee in de volle breedte zichtbaar wordt, hoe het gaat en zal kunnen gaan met het beroep van de praktijkassistenten.

Voor de verdere ontwikkeling bleken de onvoldoende dekking van salariskosten en gebrek aan eigen werkruimte de belangrijkste belemmerende factoren te zijn. Wat dit betreft is het interessant de uitkomsten te vergelijken met die van de structuurenquête-1981 waarop de kostenvergoeding in 1992 nog is gebaseerd.

Voor de totale praktijkruimte was in de structuurenquête 64 m² opgenomen. Ik denk niet dat hier, naar de maatstaven van 1992, veel eigen werkruimte voor de assistente af kan. Toch heeft zij die in vele praktijken wél. Verder is in de structuurnota uitgegaan van een praktijkassistenten in haar vierde dienstjaar, met 4,3 werkuren per werkdag. Naar wij nu weten, was de gemiddelde assistente in 1988 in haar negende werkjaar, met 6,4 werkuren per werkdag. Voor aanvullende ongeschoolde hulp was er in 1981 5,3 uur per werkdag opgenomen, op basis van minimumloon; dit zou in 1988 kunnen verminderen naar 3,2 uur. Uit de vergelijking volgt dan dat ruim 30 procent van de huidige salariskosten van de praktijkassistenten niet in de tarieven wordt terugontvangen. Als de trend van toename in anciënniteit en werktijd zich na 1988 heeft voortgezet, is het tekort nog groter. Het is in redelijkheid niet te vergen dat de Nederlandse huisartsen met dergelijke privé hobbys verder gaan. Toch wil ik de auteur en de anderen die hebben meegewerkt, graag toewensen dat hun werk zal bijdragen aan de verdere verwerkelijking van de trends die zij als mogelijk en wenselijk hebben aangetoond en aan het wegnemen van financiële en andere belemmeringen.

Lezing van het proefschrift is aanbevolen voor huisartsen en praktijkassistenten; verder voor hen die meewerken aan hun opleiding en diegenen die betrokken zijn bij beleidsbeslissingen in de gezondheidszorg.

F.H. Weisz

Behandeling door gesprekken in de huisartspraktijk *Dokter HJ, Van Beusekom JAH, Trijsburg RW, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 123 bladzijden, prijs NLG 42,50. ISBN 90-6016-595-0.*

Gespreksbehandeling is voor mij een nogal onontgonnen terrein. Nieuwsgierig heb ik dan ook dit boekje ter hand genomen. Er blijkt veel

plaats te zijn ingeruimd voor onderwerpen die van belang zijn bij gespreksvoering in het algemeen, maar die de aandacht van het hoofdstuk afleiden.

Met behulp van het derde hoofdstuk kan de aandachtige lezer nagaan in hoeverre hij als huisarts in staat is te behandelen door gesprekken. Diagnostiek en indicatiestelling geschieden aan de hand van een beslissboom, die een zeer goed hulpmiddel blijkt te zijn. Het is jammer dat de structuur ervan niet wordt gebruikt in de andere hoofdstukken. Overigens hadden de schrijvers hier duidelijker moeten refereren aan het twee-sporenbeleid. In hoofdstuk vijf is, in omgekeerde volgorde, dezelfde stof behandeld, zij het dat het begrip 'exploratie' wordt geïntroduceerd. De plaats hiervan in de beslissboom wordt niet duidelijk.

De kern van het boek, hoofdstuk zes, geeft een goed inzicht in hoe een huisarts behandeling door gesprekken kan uitvoeren. Het eerste deel van de casus is echter een schoolvoorbeeld van hoe het niet moet: eerst uitsluitend somatisch bezig zijn en na twee maanden, bij voortduren van de klachten, spanningen ter sprake brengen. Begeleidende gesprekken horen bij het normale huisartsenwerk; naar mijn mening hoort de bespreking daarvan niet thuis in dit boekje. De schrijvers: 'Men lere gespreksbehandeling door training in gespreksvoering en door werkbegeleiding of supervisie. Het verwerven van inzicht in eigen functioneren kan geen kwaad, maar is mogelijk te hoog gegrepen'.

Door de vele casuïstiek is dit werkje aantrekkelijk om te lezen. Een lijst met afkortingen en de uitslaander maken het de lezer gemakkelijk. Het boekje bevat echter veel onnodige ballast, is onoverzichtelijk en wordt gekenmerkt door een verwarrende slordigheid; het is niet te gebruiken als naslagwerk. Kortom: naar mijn idee is het de schrijvers slechts zeer ten dele gelukt '...een bijdrage te leveren aan een zekere systematiek voor het toepassen van behandeling door gesprekken'.

R. van der Grinten

Hausbesuch und Diagnostik in Notdienst *Tonies H. Berlin, Heidelberg: Springer, 1991; 222 bladzijden, prijs. DEM 39,-. ISBN 3-540-53392-3.*

Op initiatief van de 'Ärztammer für Wien' werd zo'n 20 jaar geleden, in samenwerking met de plaatselijke ziektekostenverzekeraars en de gemeente, een 'Notdienst' opgericht. Deze waarnemingsorganisatie beoogde een snelle en betere hulpverlening aan patiënten buiten de praktijken. Mede ter verlichting van de taak van de (huis)artsen werd deze dienst in 1975 uitgebreid tot een volledige, het gehele stadsge-

bied omvattende nacht- en weekenddienst, waaraan zowel artsen in ambtelijke dienst als de plaatselijke (huis)artsen deelnemen.

Kort gezegd komt de structuur van de 'Notdienst' neer op een integratie van een centrale, door artsen bemande telefonische meldpost, dienstdoende huisartsen en artsen van de 'Notdienst' (deze categorieën waarnemers zijn per autotelefoon oproepbaar en voeren eventueel een blauw zwaailicht), de plaatselijke 'Rettungsdienst' (met arts bemande ambulances) en ten slotte de eerstehulp-afdelingen van de plaatselijke ziekenhuizen.

De auteur beschrijft in het eerste hoofdstuk de opzet en de juridische aspecten van deze, naar ik meen te weten, tamelijk unieke waarnemingsorganisatie. De studie vormt een evaluatie van deze waarnemingsdienst naar zowel organisatorische als hulpverleningsaspecten, naar doelmatigheid en vooral doeltreffendheid. In het tweede van in totaal 17 (overwegend korte) hoofdstukken formuleert de auteur een aantal vragen die hierop betrekking hebben. Vanuit huisartsgeneeskundig gezichtspunt zijn met name kwesties als de betrouwbaarheid van de 'telefoon-anamnese', de zekerheid respectievelijk onzekerheid bij de beoordelingen van meldingen naar urgentie en keuze van de te bieden hulp van belang.

De studie is gebaseerd op de gegevens van de waarneemdienst, waarbij per geval en vanaf de melding tot aan de afhandeling een aantal achtergrondgegevens en diagnostische overwegingen en terzake genomen beslissingen worden vastgelegd. Het onderzoek bepaalt zich tot een steekproef van 15 weekends en 15 nachten in het jaar 1985, een jaar waarin via deze 'Notdienst' ruim 70.000 huisbezoeken werden afgeleid. Voor de codering van de meldingen en de visites maakte de onderzoeker gebruik van de diagnostische classificatie van het Royal College of General Practitioners (1984). De keuze voor dit systeem boven de 'Reason For Encounter'-classificatie (WONCA) wordt onvoldoende beargumenteerd. Het gaat ook – of juist – in een waarnemings situatie niet zozeer om het probleem van een lager diagnostisch niveau (bijvoorbeeld een symptoomdiagnose), als wel om de moeilijkheid meldingen als 'uit bed gevallen' of 'zo moe en zwak' codeerttechnisch adequaat te verwerken en in te delen. Dit neemt niet weg, dat de meeste meldingen in deze waarneemdienst diagnostisch redelijk goed geïnterpreteerd konden worden. De resultaten van de studie verschaffen dan ook een acceptabel inzicht in de 'epidemiologie van de waarneming'.

De uitkomsten van de studie worden verspreid over een aantal hoofdstukken gepresenteerd. Aanvragen voor spoedvisites bleken vrij constant te zijn verdeeld over de gehele waarneem-

periode, zowel overdag als 's nachts. De meerderheid van minder of geen spoed vergende visites concentreerde zich daarentegen in de vroege avonduren. De gemiddelde visitieduur bedroeg 30 minuten.

Het diagnostisch niveau na de 'telefoonanamnese' bleek, zoals te verwachten, lager dan na het huisbezoek; er reesterden met andere woorden minder symptoomdiagnosen nadat eenmaal een huisbezoek was afgelegd. De auteur verschaft in enkele hoofdstukken, in een groot aantal tabellen, cijfers over het diagnostisch spectrum en het diagnostisch niveau op verschillende momenten van het waarnemingsproces. Het diagnostisch niveau van de telefoonwaarneming bleek geen duidelijke verschillen te vertonen naar dag- of nachtmeldingen. Wat betreft de vervolgens afgelegde visites was dat wel het geval. 's Nachts bleek er, vergeleken met waarnemingsvisites overdag of in de avonduren, duidelijk vaker sprake van min of meer evidente en duidelijk te classificeren pathologie.

In het boek komen vervolgens een aantal organisatorische en medisch-inhoudelijke aspecten met betrekking tot deze waarnemingsdienst aan de orde. Het zou te ver voeren hier nader op in te gaan. Vermeldenswaard is nog dat de telefontdienst een redelijk grote trefzekerheid bleek te bereiken bij de beslissing of en met welke urgentie een melding beantwoord dient te worden. Met de daarbij toch niet te veronachtzamen missers weet de auteur weinig raad. Het 'dilemma' ('je kunt nooit weten') blijkt ook in deze opzet van de waarneming nauwelijks of niet oplosbaar. Terecht wijst de auteur erop, dat onzekerheid nooit geheel is uit te bannen en hoogstens kan worden beperkt door voldoende deskundigheid en ervaring op alle beslissingsniveaus, gekoppeld aan een sluitende organisatie.

De resultaten van deze studie wat betreft het aangeboden morbiditeitspakket zijn niet vergelijkbaar met cijfers uit de verschillende morbiditeitsstudies. De moeite die de auteur zich in deze geeft blijft zonder conclusies. Slechts een derde van alle huisartsgeneeskundige diagnostische codes bleek te worden benut. Het is aanlokkelijk te veronderstellen, maar slechts een deel van de waarheid, dat het huisartsgeneeskundig handelen sensu strictu zich overwegend in de normale werktijden afspeelt.

De auteur, huisarts te Wenen, heeft met zijn onderzoek een lastige, maar (voor grote steden) toenemend relevante problematiek geattaqueerd. Het is geen boek voor 'de huisarts', maar het beschreven onderzoek is wel van belang voor diegenen die zich met de epidemiologische en procesmatige kanten van primaire hulpverlening in het algemeen en wat betreft waarneming in het bijzonder bezighouden.

H.G.M. van der Velden

Minimizing medical mistakes. The art of medical decision making Riegelman RK. Boston: Little, Brown and Company, 1991; 228 pagina's, prijs NLG 63,20. ISBN 0-316-74523-5.

De titel van deze paperback suggereert een nieuwe toevoeging aan de al grote stapel boeken over medische beslisgeving. Bij lezing blijkt echter dat dit boek een zeer apart karakter heeft. Het gaat dit keer niet over beslismomen opbouwen en kappen, kansberekeningen, utiliteiten schatten en sensitiviteitsanalyse; het accent ligt op de toepassing van de beslisgeving in de medische praktijk van alle dag. De 'behandeling' van een patiënt wordt van A tot Z doorlopen, waarbij de gedachtengang van de arts op rationele wijze wordt geanalyseerd. Alle momenten waarop een arts fouten kan maken, worden beschreven en bovendien wordt aangegeven hoe deze fouten kunnen worden voorkómen.

De auteur onderscheidt 'bad outcomes', waarbij de handelwijze goed is maar helaas verkeerd uitpakt, en 'errors', fouten die zijn te wijten aan een verkeerde aanpak. De 'errors' worden verder onderverdeeld in fouten door gebrek aan kennis en fouten als gevolg van een verkeerde strategie. De auteur stelt zich vooral tot doel laatstgenoemde fouten te voorkómen.

Het boek bestaat uit drie delen, waarin diagnostiek, therapie en de arts-patiënt relatie aan de orde komen. Om de foutenbronnen op deze drie gebieden toe te lichten, worden de termen SHADE, PESTER en TRUST geïntroduceerd. Deze termen zijn gevormd uit de eerste letters van belangrijke trefwoorden voor respectievelijk diagnostiek (Symptom, Hunch, Alternatives, Disease and Explanation), therapie (Prediction, Effectiveness, Safety, Therapeutic decisions, Execution of therapy, Reflection upon the results) en de arts-patiënt relatie (Therapeutic Relationships, Uncertainty Sharing, Truth). Aan de hand van deze trefwoorden wordt zeer consequent nagegaan waar foutenbronnen kunnen optreden en hoe fouten voorkómen of geminimaliseerd kunnen worden.

Het is knap hoe de auteur er in slaagt de beslisgeving theorie terug te vertalen naar de medische praktijk. Vooral de verbinding tussen beslissingen over de handelwijze bij één patiënt en bevindingen op groepsniveau komt hier duidelijk naar voren. Het boek is daarom ten zeerste aan te bevelen, niet alleen aan medische studenten, maar ook aan praktiserende artsen; de medicus practicus wordt zich bewust van het eigen medisch handelen en realiseert zich op welke manieren hij fouten en vooral foute beslissingen kan minimaliseren. De titel van het boek had niet treffender gekozen kunnen worden.

Henrica C.W. de Vet

Therapie in de interne geneeskunde Meinders AE, et al, red. Utrecht: Bunge, 1992; 964 pagina's, prijs NLG 164,50. ISBN 90-6348-277-0.

Spanningsklachten Starmans K, Van Rijen M. Utrecht: LVG, 1992; 74 pagina's, prijs NLG 11,-. ISBN 90-72225-14-7. Te bestellen door overmaken van het bedrag op bankrekening 69.93.64.779 t.n.v. LVG o.v.v. 'Spanningsklachten'.

Lage rugklachten Wouterlood IE, Van Rijen M. Utrecht: LVG, 1992; 54 pagina's, prijs NLG 10,50. ISBN 90-72225-15-5. Te bestellen door overmaken van het bedrag op bankrekening 69.93.64.779 t.n.v. LVG o.v.v. 'Lage rugklachten'.

Homeopathie. Het wonder van het gelijke [Skeptische Notitie no.6] Van der Smagt CP. Utrecht: Skepsis, 1992; 76 pagina's, prijs NLG 15,-. ISBN 90-73517-06-0. Te bestellen door overmaken van het bedrag op postgiro 568808 t.n.v. Stichting Skepsis te Utrecht, o.v.v. 'Homeopathie' (girotelgebruikers ook adres vermelden).

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines Genève: World Health Organization, 1992; 370 pagina's, prijs SWF 50,-/USD 45,-. ISBN 92-4-154422-8.

Sportmedische diagnose en therapie. Deel 1. Onderste extremiteiten Hendriks ERHA. Lochem: de Tijdstroom, 1992; 169 bladzijden, prijs NLG 90,-. ISBN 90-352-1421-8.

SAN laboratoriumboek 1992. Een handleiding voor laboratoriumdiagnostiek in de eerste lijn 2e dr. Persijn JP, red. Haarlem: SAN, 1992; 444 bladzijden. ISBN 90-73595-02-9. Te bestellen bij: Samenwerkende Artsenlaboratoria in Nederland, Postbus 6096, 2001 HB Haarlem; telefoon 023-261925; fax 023-256121.

Praktische verloskunde Treffers PE. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 277 bladzijden, prijs NLG 55,-. ISBN 90-313-1393-9.

Draaiboek incontinentie bij vrouwen Utrecht: Aletta, Centrum voor Vrouwegezondheidszorg. Te bestellen door overmaking van NLG 31,- op giro 38.06.700 van VGC Aletta, Utrecht.

Voorlichting en verandering 2e dr. Kok GJ, Meertens RW, Wilke HA. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1992; 181 bladzijden, prijs NLG 42,-. ISBN 90-01-47922-7.