

Idee en praktijk van de MSO-benadering in de extramurale epilepsiebestrijding

door H. S. M. Bakker en H. Smits

Inleiding

Epilepsie, als aandoening met een chronisch karakter, vraagt naast medische behandeling, vaak ook een sociaal-occupationele begeleiding. Dat betekent uitgaan van een benadering van de epilepsiepatiënt in Medisch, Sociaal en Occupationeel (MSO-) opzicht.

In dit artikel wordt bovengenoemd uitgangspunt nader uitgewerkt; bovendien wordt de toepassing van deze benaderingswijze in de praktijk, beschreven. Basis voor het artikel vormen de ervaringen die we in de loop der jaren tijdens ons sociologisch en sociaal-geneeskundig onderzoek in de extramurale epilepsievoorzieningen, m.n. in *polikliniek* en *sociaal adviesburo*, polsoc, voor epilepsie te Leeuwarden opdeden. Door de vele gesprekken met zowel epilepsiepatiënten als artsen en maatschappelijk werkers in het veld van de epilepsiebestrijding kregen onze ideeën over wat epilepsiebestrijding zou moeten inhouden, geleidelijk meer vorm. Dit artikel geeft weer op welke wijze we het epilepsieprobleem willen benaderen, en hoe ideeën hierover zijn om te zetten in praktische uitgangspunten voor zowel behandeling en begeleiding als voor wetenschappelijk onderzoek.

Alvorens hier op in te gaan, eerst een nadere precisering van het begrip epilepsie.

Door de vele verschijningsvormen is het beter van epilepsieën te spreken. Dit impliceert dat enkele typen epilepsie zijn te onderscheiden, die onderling een zowel medisch als sociaal verschillende prognose hebben.

De klassifikatie, zoals door ons gehanteerd, is tot stand gekomen na een enquête onder een tiental epileptologen, verbonden aan het Instituut voor epilepsiebestrijding te Heemstede.

De drie hoofdklassen:

primair gegeneraliseerde epilepsie, de sekundaire vorm van ge-

Schrijvers zijn resp. medisch sociologe en sociaal geneeskundige alg. gezondheidszorg, zenuwarts (sociaal psychiater). Beiden zijn werkzaam op het Stafburo Beleidsadvisering van het Instituut voor epilepsiebestrijding te Heemstede, Alg. Dir.: Dr. H. Meinardi.

neraliseerde epilepsie en de partiële epilepsieën zijn als volgt verder onderverdeeld:

klassifikatie van de epilepsieën

- A* primair gegeneraliseerde epilepsie met uitsluitend absences;
- B* primair gegeneraliseerde epilepsie met uitsluitend gegeneraliseerde tonisch-klonische insulden;
- AB* primair gegeneraliseerde epilepsie, zich uitend in zowel absences als gegeneraliseerde tonisch-klonische insulden;
- C* de sekundaire vorm van gegeneraliseerde epilepsie, o.a. de syndromen van West, Lennox-Gastaut;
- D* partiële epilepsie met elementaire symptomatologie zonder generaliserende tonisch-klonische aanvallen;
- E* partiële epilepsie met complexe symptomatologie zonder generaliserende tonisch-klonische aanvallen;
- F* partiële epilepsie met uitsluitend of zeer snel generaliserende tonisch-klonische aanvallen;
- DF* partiële epilepsie met elementaire symptomatologie tevens gepaard gaande met generaliserende tonisch-klonische aanvallen;
- EF* partiële epilepsie met complexe symptomatologie tevens gepaard gaande met generaliserende tonisch-klonische aanvallen;
- G1* waarschijnlijk epilepsie, diagnose (nog) niet vast te stellen;
- G2* geen epilepsie.

Deze klassifikatie, die vooral de soort aanval als kenmerk heeft, geeft aan de MSO-benadering meer reliëf: naast een beoordeling van het functioneren in medisch, sociaal en occupationeel opzicht, wordt de verschijningsvorm van de epilepsie in het oordeel betrokken, zie onder "Praktijk van de MSO-benadering".

Idee van de MSO-benadering

Epilepsie is over het algemeen een zich levenslang manifesterende aandoening (Smits, 1976). Daarom is het bij epilepsie, in tegenstelling tot een akute aandoening, niet voldoende zich slechts op grond van de medische dimensie, i.c. de aanvalsfrekventie, een oordeel over de toestand van de patiënt te vormen. In meer of mindere mate, zijn de sociale en occupationele dimensies aan de medische gerelateerd. Al is de medische, sociale en occupationele levensweg van elke patiënt afzonderlijk te beschouwen, de epilepsie maakt dat deze 3 wegen herhaaldelijk samenvallen, of elkaar kruisen.

Uitgaan van de MSO-benadering van de epilepsiepatiënt, impliceert het bieden van MSO-gerichte hulpverlening. Hiermee wordt de MSO-gedachte steeds in een ander kader geplaatst. In het volgende worden de kaders, waarbinnen men het MSO-denken gestalte kan geven, weergegeven.

MSO-wisselwerking bij de epilepsiepatiënt

Uit recent onderzoek (Bakker, Smits, 1978-2) bleek dat er sprake

is van een per type epilepsie verschillende relatie tussen het medisch functioneren enerzijds en het sociaal-occupationeel functioneren anderzijds. De aard van deze relatie buiten beschouwing latend, kan gesteld worden dat bij de sekundaire vorm van gegeneraliseerde epilepsie, C (zie inleiding) de medische en sociale dimensie invloed op elkaar uitoefenen, terwijl van invloed van beide dimensies op elkaar bij de primair gegeneraliseerde epilepsie met alleen absences, A (zie inleiding) nauwelijks sprake is. Ook bij sommige partiële epilepsieën, D, E, F (zie inleiding) is een verband tussen de componenten medisch en sociaal gekonstateerd. Zonder nader onderzoek is niet te zeggen in welke mate en richting relaties voorkomen. Soms is sprake van een wederzijdse beïnvloeding medisch-sociaal; bij een ander type kan gedacht worden aan een gunstige invloed van een verminderde aanvalsfrekventie op het sociaal functioneren, terwijl het tenslotte ook mogelijk is dat beter sociaal functioneren de aanvalsfrekventie doet afnemen.

Het bovenstaande toont het belang en de noodzaak van de MSO-benadering van de epilepsiepatiënt aan: de medische en sociaal-occupationele dimensie oefenen invloed op elkaar uit. Dit vereist een 'integrale' aanpak bij de behandeling en begeleiding: epilepsie is een aandoening die een verbinding legt tussen werkers in het medische en het sociaal-occupationele veld (Smits, 1973).

MSO-wisselwerking binnen de polsoc

Binnen een *polikliniek* en *sociaal adviesburo*, *polsoc*, voor epilepsie zijn 3 velden van activiteit te onderscheiden: het administratief, het maatschappelijk of sociaal en het medisch taakveld.

Onder het *administratief taakveld* wordt verstaan alle bezigheden, handelingen en maatregelen die nodig zijn om de *polsoc* in bedrijf te houden.

Het *maatschappelijk of sociaal taakveld* wil zeggen: alle bezigheden en handelingen verricht voor en de maatregelen genomen t.b.v. de patiënt die de *polsoc* bezoekt, zowel op sociaal-ekonomisch als op sociaal-psychiatrisch terrein.

Met het *medisch taakveld* tenslotte, wordt bedoeld het complex van bezigheden, handelingen en maatregelen voor welker verrichting de medikus ingeschakeld is, t.b.v. de patiënt die de *polsoc* bezoekt (zie Smits, Bakker, Veenhof, 1976; Bakker, Smits 1978-1). Evenmin als het juist is slechts het medisch functioneren van de patiënt als enige criterium voor diens toestand te gebruiken, is het juist het medisch taakveld en daarmee het maatschappelijk taakveld afzonderlijk te beschouwen.

Stel, een patiënt heeft slechts contact met 1 taakveld, b.v. het medische. Zelfs dan kan, gegeven de wisselwerking medisch-sociaal, bij succesvolle behandeling tevens een verbetering in sociaal en occupationeel opzicht gekonstateerd worden. Evenzo: een maatschappelijk werkbegeleiding kan een vermindering van de aanvalsfrekventie tot gevolg hebben. De gedachte van een MSO-gerichte hulpverlening is ook, zij het toen nog niet zo be-

wust, uitgangspunt bij het openen van de polsoc's geweest: naast medische behandeling mag sociale begeleiding niet ontbreken. Bovenstaand voorbeeld geeft aan dat het naast elkaar werken van arts en maatschappelijk werker niet voldoende is. Door 'met elkaar op te werken', kan men de eigen behandeling en begeleiding suksesvoller laten verlopen, bovendien kan men een bijdrage leveren tot de resultaten van het andere taakveld. Belangrijk middel tot nauwe samenwerking tussen medisch en maatschappelijk taakveld is voor wat betreft polsoc Leeuwarden het maandelijks werkoverleg. Op systematische wijze worden hierbij patiëntengegevens uitgewisseld. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door de overzichtelijkheid van de dossiers van de patiënten. De dossiervorming is een belangrijk onderdeel van het administratief taakveld t.b.v. de continuïteitsbewaking. Hierdoor blijft men op de hoogte van de activiteiten in het andere taakveld en kan men zo nodig de eigen werkzaamheden aanpassen, om aldus een zo optimaal mogelijk 'MSO-resultaat' te behalen.

Echter, niet alle patiënten die een polsoc bezoeken worden door deze polsoc alleen behandeld; een deel van hen wordt mede door andere voorzieningen begeleid. Bij opname in het intramurale deel van het Instituut wordt de behandeling zelfs tijdelijk geheel overgenomen. Maar ook buiten de polsoc blijft de MSO-benadering van belang.

MSO-wisselwerking binnen gezondheids- en welzijnszorg

In de meeste gevallen laat men zich om medische redenen bij de polsoc inschrijven, waarbij men na langere of kortere tijd al of niet maatschappelijk werk-begeleiding vraagt of krijgt aangeboden. Is het maatschappelijk werk-kontakt eenmaal gelegd, dan zal de maatschappelijk werker in sommige gevallen doorverwijzen naar een instantie die beter in het probleemgebied van de cliënt is gespecialiseerd, bv. een Sociaal Psychiatrische Dienst, Sociaal Pedagogische Dienst, Sociale Dienst van de Gemeente, een WSW-voorziening. In dit geval neemt een andere voorziening de sociale c.q. de occupationele dimensie voor haar rekening, maar ook dan bestaat de noodzaak van uitwisselen van MSO-gegevens tussen deze voorziening en de polsoc-funktionarissen. Hetzelfde geldt voor de situatie wanneer naast het inschakelen van een bepaalde voorziening ook de maatschappelijk werker van de polsoc bemoeienis houdt. Ook wanneer de behandeling of begeleiding tijdelijk wordt overgenomen door het intramurale deel van het Instituut blijft het belang van het uitwisselen van MSO-informatie bestaan. Vóór opname krijgen het opnameburo en het Stafburo Maatschappelijke Dienstverlening van het Instituut de beschikking over gegevens betreffende de patiënt: de status, vaak aangevuld met een milieurapport. Tijdens opname wordt de polsoc regelmatig geïnformeerd over het verloop, na ontslag volgt een uitgebreide ontslagbrief, zodat met al deze gegevens rekening gehouden kan worden bij het weer voortzetten van de poliklinische behandeling en begeleiding.

Het spreekt vanzelf dat de MSO-benadering evenzeer van toepassing is op epilepsiepatiënten die bij andere voorzieningen, bv. neurologische poliklinieken van academische en andere ziekenhuizen, al of niet vrijevestigde kinderartsen, neurologen en psychiaters onder behandeling zijn.

Duidelijk is dat de epilepsiepatiënt tijdens zijn 'karrière' vele tegenwoordigers uit de gezondheids- en welzijnszorg kan ontmoeten. Eis voor een goede en gerichte hulpverlening is een MSO-benadering, zowel mentaal als organisatorisch. D.w.z. mogelijkheden willen en kunnen bieden voor het verlenen van continue MSO-hulp op het juiste moment.

In het nu volgende wordt ingegaan op enkele toepassingsmogelijkheden van de MSO-benadering. Het toepassen van de MSO-idee ligt zowel binnen als buiten de polsoc, en geldt voor zowel de 'praktijk van alledag' als voor wetenschappelijk onderzoek.

Praktijk van de MSO-benadering

De MSO-schalen

Om de MSO-gedachte gestalte te geven zijn de MSO-schalen ontwikkeld. Het gaat hier om drie vijfpuntsschalen met behulp waarvan de Medische, aanvalsfrekwentie, de Sociale, niveau van sociaal functioneren en de Occupationele, mate van verrichte arbeid, dimensie van de epilepsiepatiënt gemeten kunnen worden. Toen in 1975 in de polsoc sociologisch en sociaal-geneeskundig onderzoek van start ging, werd dankbaar gebruik gemaakt van de sinds 1967 gehanteerde MSO-notering: over een aantal jaren konden de medische, sociale en occupationele 'levenslijn' van een groot aantal polsoc-bezoekers worden nagegaan. Duidelijk werd evenwel dat de oorspronkelijke schalen (Smits, 1970) verfijning behoeften, wilden ze goede meetinstrumenten zijn voor de 'praktijk van alledag' en voor onderzoeksdoelinden.

In een ander artikel (Bakker, 1978), is ingegaan op waarom en op welke wijze de 3 schalen zijn herzien.

Volledigheidshalve geven we hier de 3 schalen nogmaals weer.

M-schaal, meet de aanvalsfrekwentie.

- 1 – meer dan 365 aanvallen per jaar tot meerdere per dag.
- 2 – 52-365 aanvallen per jaar of 1 per dag (ook clusters aanvallen).
- 3 – 4- 52 aanvallen per jaar of 1 per kwartaal tot 1 per week (ook clusters aanvallen).
- 4 – 1- 4 aanvallen per jaar tot 1 per kwartaal.
- 5 – aanvalsvrij.

Naast het geven van een M-skore, de aanvalsfrekwentie, wordt elke patiënt tevens volgens de klassifikatie van de epilepsieën, zie 1, ingedeeld.

S-schaal, meet het niveau van sociaal functioneren.

- 1 – Sociaal gedesïntegreerd.

- 2 – is zeer storend in gezin/leefgroep.
 - (evt.) op werk/school/dagverblijf: zeer veel problemen en/of verzuim.
 - de sociale kontakten beperken zich geheel tot gezin/leefgroep, (evt.) tot werk/school/dagverblijf.
 - geen of nauwelijks geografische mobiliteit.
- 3 – is storend in gezin/leefgroep.
 - (evt.) op werk/school/dagverblijf: veel problemen en/of verzuim.
 - de sociale kontakten beperken zich hoofdzakelijk tot gezin/leefgroep (evt.) tot werk/school/dagverblijf; er worden geen nieuwe kontakten geïnitieerd.
 - geografische mobiliteit beperkt.
- 4 – is enigszins storend in gezin/leefgroep.
 - (evt.) op werk/school/dagverblijf: vrij veel problemen en/of verzuim.
 - heeft moeite sociale kontakten goed te onderhouden en te initiëren.
 - geografische mobiliteit matig.
- 5 – goed sociaal functioneren.
 - funktioneert goed in gezin/leefgroep.
 - funktioneert (evt.) goed op werk/school/dagverblijf.
 - sociale kontakten worden goed onderhouden/nieuwe kontakten worden geïnitieerd.
 - geografische mobiliteit 'normaal'.

O-schaal, meet de mate van verrichte arbeid.

- 1 – voortdurend zonder werk/heeft nooit gewerkt.
- 2 – werkt tijdelijk niet/gaat tijdelijk niet naar school/dagverblijf/ doet tijdelijk de huishouding niet.
- 3 – werkt ½ dagen/gaat ½ dagen naar school/dagverblijf/heeft hulp in de huishouding nodig; of: verzuimt herhaaldelijk wegens epilepsie.
- 4 – werkt meer dan ½ dagen, maar volbrengt over het algemeen geen volledige werk-/schoolweek/dagverblijf; of: verzuimt vrij regelmatig wegens epilepsie.
- 5 – verricht volledige dagtaak/gaat hele dagen naar school/dagverblijf; verzuimt zelden of nooit wegens epilepsie.

De schalen worden voorlopig niet ingrijpend gewijzigd. Dit om de vergelijkbaarheid van de MSO-skores in de tijd niet in gevaar te brengen. Dat betekent niet dat de schalen niet bij voortduring kritisch moeten worden bekeken. Met name tijdens de evaluatiegesprekken met polsok-funktionarissen die de MSO-notering zijn gaan gebruiken, worden vaak waardevolle suggesties gegeven voor verbetering van de schalen.

Een volgende verfijning zal zich m.n. op de volgende punten richten:

- komen tot een standaardperiode waarover de medische, sociale en occupationele dimensie beoordeeld worden, bv. half jaarlijks of jaarlijks. Dit vooral met het oog op de M-schaal.

- het ondervangen van de door sommigen als te groot frequentiegebied beschouwde waarde 3 van de M-schaal.

De MSO-notering en de 'praktijk van alledag'

Hierboven is al een voordeel van het hanteren van de MSO-notering genoemd, nl. het in de tijd kunnen volgen van de MSO-toestand van epilepsiepatiënten. In dit verband is de 'signaalfunctie' van de MSO-schalen van belang. Een wijziging in 1 of meerdere skores is voor arts en evt. maatschappelijk werker een teken dat bij hun patiënt iets aan het veranderen is: het kan noodzakelijk zijn medische behandeling en sociale begeleiding bij te stellen. Met andere woorden: men kan het toekomstige medische of sociale beleid of beide m.b.t. een patient mede op diens 'MSO-beeld' baseren. Met nadruk stellen we dat het hier gaat om een hulpmiddel. We willen niet suggereren dat behandeling en begeleiding op geleide van de 3 MSO-skores alleen mogelijk is. Daarnaast blijft vaak en soms veel meer MSO-informatie noodzakelijk. De MSO-skores staan wel borg voor een zekere alertheid t.o.v. de toestand van de patiënt.

Daarnaast kunnen de MSO-skores een evt. vervanger sneller inzicht in de toestand van de patiënt geven, bv. waar het gaat om de bepaling van de juiste bij het beeld passende medikatie. Het betreft hier de *uitwisseling van gegevens*.

De MSO-skores vereenvoudigen tevens de uitwisseling van gegevens tussen arts en maatschappelijk werker op de polsoc. Met behulp van bepaalde skores kan men sneller iemand 'plaatsen', al blijft, zoals gezegd, meer informatie noodzakelijk.

Het bovenstaande houdt in dat men, gegeven een bepaalde MSO-notering, gemakkelijker over iemand kan praten. Zo zou men de MSO-notering een soort *kommunikatiemiddel* kunnen noemen. Nog duidelijker komt dit tot uiting in de MSO-notitie in de standaardbrief aan de huisarts. Naast enkele behandelingsgegevens, deelt de polsoc-arts tevens in de vorm van de MSO-notering aan de huisarts mee hoe de patiënt naar zijn mening functioneert.

Naast hulpmiddel in de praktijk biedt de MSO-notering enige mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek.

De MSO-notering voor onderzoeksdoeleinden.

1. MSO-verloop per patiënt(-engroep)

Het is duidelijk dat het systematisch noteren van MSO-skores aan de hand van betrouwbare schalen, vele epidemiologische en katamnesticke gegevens verschaft.

Het is belangrijk de M-, S- en O-lijnen van zowel individuele als groepen van patiënten te volgen. Per type epilepsie, zie klassificatie onder 1, kan men bv. de richting van de M- t.o.v. de S-lijn volgen. Deze en andere gegevens zullen meer inzicht in de wisselwerking tussen medisch en sociaal functioneren moeten geven. Twee aspecten zijn hier van belang. De hoogst mogelijke score is 3 maal 5. Gebleken is dat deze score niet voor iedereen haalbaar is.

Zo moet men bv. bij de sekundaire vorm van gegeneraliseerde epilepsie over het algemeen genoeg nemen met lagere scores dan bij de primaire vorm met alleen absences. Bij deze laatste vorm kunnen 1 of meerdere 'lage' scores aansporen tot medicijnverandering of maatschappelijk werkbegeleiding of beide. Bij de eerstgenoemde vorm moet men vaak met die lage scores genoeg nemen. Op deze wijze kan, na verwerking van MSO-gegevens van grote groepen patiënten, voor elke vorm van epilepsie een optimum berekend worden.

Verder blijkt dat bij het ene type sneller dan bij andere deze optimale scores worden behaald. Ook deze tijdsintervallen zullen per type epilepsie moeten worden vastgesteld. Als van die verschillende epilepsietypen zowel het maximaal haalbare als de tijd waarin dit te bereiken is bekend zijn, is men in staat een gerichte en reële MSO-hulpverlening te bieden.

2. MSO-verloop en effectiviteit van behandeling en begeleiding
In april 1977 ging het onderzoek CLEO A21 (CLEO = Commissie Landelijk Epilepsieonderzoek) van start. Dit onderzoek wil structuur, werkwijze en effectiviteit binnen de Nederlandse extramuraal epilepsievoorzieningen zichtbaar maken. In dit onderzoek neemt de MSO-methodiek een belangrijke plaats in, zie Bakker, Smits, 1978-2.

Van de MSO-scores over een geruime tijd kan men, tot op zekere hoogte, het effect van de behandeling en begeleiding aflezen. Een eerste stap tot een vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit in verschillende voorzieningen is het invoeren van de MSO-notering in de overige polsoc's van het Instituut. Naast Leeuwarden wordt sinds langere of kortere tijd de MSO-notering in de polsoc's Amsterdam, Rotterdam, Apeldoorn, Heemstede, Den Haag, Utrecht, Arnhem en Enschede gebruikt. De laatstgenoemde polsoc gaat uit van het epilepsiecentrum 'Kempenhaeghe' te Heeze. Na ongeveer 2 jaar na de invoering kan met 'meten' begonnen worden. Bekeken wordt dan het MSO-verloop van de patiëntenbestanden of van een representatief deel daarvan. Om de vergelijkbaarheid tussen de polsoc's zo groot mogelijk te maken, vinden in de 1e fase van de invoering van de MSO-notering veelvuldig evaluatiegesprekken met de betrokkene(n), meestal de poliarts en evt. de maatschappelijk werker(-s), plaats. Aan de hand van gevallen worden M-, S- en O-noteringen besproken, zonodig worden de schalen nader toegelicht. Op deze wijze wordt bereikt dat ieder op eenzelfde wijze de schalen hanteert.

Na vergelijking van de MSO-resultaten per polsoc zal getracht worden de oorzaak c.q. oorzaken van eventuele verschillen op te sporen. Deze oorzaken kunnen velerlei zijn, zoals: verschil in samenstelling patiëntenbestand, relatiepatroon met instanties uit de regio, de op de polsoc beschikbare mankracht, enz.

3. MSO-netwerk

Het invoeren van de MSO-notering in meerdere epilepsievoorzieningen heeft nog een ander voordeel. Wanneer een patiënt naar een andere regio verhuist en bij een andere voorziening on-

Idee en praktijk van de MSO-benadering

der behandeling komt, kost het vaak veel moeite na enige tijd inzicht in zijn functioneren te krijgen. Als ook deze andere voorziening de MSO-notering zou gebruiken, zou het beeld van de patiënt snel beschikbaar zijn. Eerder is al gepleit voor het opzetten van een 'MSO-netwerk', Bakker, Smits, 1978-2. Met behulp hiervan is de medische, sociale en occupationele toestand van elke patiënt vanaf het debuut te volgen, onverschillig bij welke voorzieningen hij of zij zich achtereenvolgens onder behandeling stelt.

Idee en praktijk praktijk en idee

We hopen met het voorgaande, idee en praktijk van de MSO-benadering duidelijk te hebben gemaakt. Idee en praktijk zijn afzonderlijk behandeld, maar hebben zich niet onafhankelijk van elkaar ontwikkeld. Toepassing in de praktijk helpt ons onze ideeën over de MSO-methodiek verder te vormen; nieuwe en gemodificeerde ideeën hebben op hun beurt invloed op onze toepassing van de MSO-benadering. Idee en praktijk zijn twee niet te scheiden begrippen: beide krijgen pas inhoud, wanneer zij in voortdurende wisselwerking met elkaar staan.

Dit artikel is, zoals in de inleiding al vermeld, een weergave van ons denken, gegroeid op basis van onze onderzoekservaringen, waarover we in de loop der jaren hebben gepubliceerd.

Volledigheidshalve volgt hier een opgave van die publikaties:

- Smits, H. (1970), Een katamnestic onderzoek van een groep patiënten uit het Instituut voor epilepsiebestrijding, Stafleu, Leiden.
- Smits, H. (1973), Epilepsie en wat dan! Tijdschr. v. psychiatrie, 382-398.
- Smits, H. H. S. M. Bakker, A. Veenhof (1976), Extramurale activiteit in het kader van de epilepsiebestrijding. De polsoc als informatieverend systeem; een bijdrage aan informatika, T. soc. geneesk. 54, 106-116.
- Smits, H. (1976), Arbeid en Sociotherapie, Tijdschr. v. psychiatrie, 583-591.
- Bakker, H. S. M., H. Smits (1978-1), Extramurale activiteit in het kader van de epilepsiebestrijding II, T. soc. geneesk. 56, 58-63.
- Bakker, H. S. M., (1978), Meetinstrumenten ter beoordeling van de toestand van epilepsiepatiënten, T. soc. geneesk. 56, 145-150.
- Bakker, H. S. M., H. Smits (1978-2), Weten door Meten in de extramurale epilepsiebestrijding, uitg. Instituut voor epilepsiebestrijding, Heemstede.