

## Lokale/regionale gezondheidsenquête

Garretsen, H.F.L.

*Published in:*  
Epidemiologie en basisgezondheidszorg

*Publication date:*  
1989

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*  
Garretsen, H. F. L. (1989). Lokale/regionale gezondheidsenquête. In W. Davidse, J. K. S. van Ginneken, & H. P. A. van de Water (Eds.), *Epidemiologie en basisgezondheidszorg: Analyse van volksgezondheid door basisgezondheidsdiensten* (pp. 53-61). (Gezondheidsbeleid / WVC; No. 7). Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright, please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

H.F.L. Garretsen

---

8. LOKALE/REGIONALE GEZONDHEIDSENQUETES

Gezondheidsenquêtes en de epidemiologische functie van de Basisgezondheidsdienst

---

8.1 Inleiding

In deze bijdrage wordt ingegaan op het gebruik van gezondheidsenquêtes op lokaal en regionaal niveau en de plaats van deze methode binnen het geheel van epidemiologische methoden welke bij basisgezondheidsdiensten opgang doen. Onder een gezondheidsenquête kan worden verstaan een onderzoek onder een representatieve steekproef van een bevolking dat verricht wordt om informatie te verkrijgen over gezondheid en gezondheidszorg.

In paragraaf 8.2 wordt aandacht besteed aan de gezondheidsenquête, aan de functie van een dergelijke enquête en aan de beperkingen van deze methode.

Op de plaats van de gezondheidsenquête in het geheel van epidemiologische methoden welke bij basisgezondheidsdiensten kunnen worden gebruikt wordt ingegaan in paragraaf 8.3.

Tot slot wordt in deze bijdrage aandacht besteed aan het functioneren van epidemiologen in Basisgezondheidsdiensten (paragraaf 8.4). Dit meer algemene onderwerp wordt ook aan de orde gesteld omdat de keuze van epidemiologische methoden mede wordt bepaald door de visie welke men heeft op het functioneren van epidemiologen in Basisgezondheidsdiensten. In de in deze bijdrage gepropageerde visie is de gezondheidsenquête een bruikbaar instrument.

---

8.2 De gezondheidsenquête

In deze paragraaf wordt ingegaan op het gebruik van de gezondheidsenquête. Onderwerpen welke aan bod komen zijn: welke functies zijn te onderscheiden (8.2.1), welke onderwerpen zijn op te nemen (8.2.2), welke beperkingen zijn er en wat beïnvloedt het gebruik van de resultaten (8.2.3).

---

8.2.1 Functies

In de eerste plaats speelt de vraag: wat is nu het nut van een gezondheidsenquête, wat kan men ermee bereiken?

Een uitgebreide, concrete uitwerking van het doel van een onderzoek is belangrijk. Dit zal vanzelfsprekend per onderzoek anders worden ingevuld.

Om een idee te geven zal in het onderstaande ingegaan worden op een aantal redenen waarom gezondheidsenquêtes kunnen worden uitgevoerd. Voor de duidelijkheid is geprobeerd verschillende functies van een gezondheidsenquête apart te benoemen. Zo is een aantal mogelijke

functies onderscheiden, welke elkaar natuurlijk deels overlappen (zie ook Garretsen en Wierdsma, 1985).

En het gaat om mogelijke functies. Sommige functies zullen slechts zeer ten dele kunnen worden ingevuld, of pas kunnen worden ingevuld als een enquête jaren achtereen wordt gehouden.

Het betreft de volgende functies:

- Gegevensverzameling in verband met de planning van voorzieningen en activiteiten. Door een gezondheidsenquête kunnen gegevens worden verkregen welke soms méde van belang zijn bij de planning van voorzieningen en/of activiteiten.  
Bijvoorbeeld:
  - . opinies van bewoners over voorzieningen en over het eventueel gemis aan voorzieningen;
  - . gegevens in verband met verwijzing/patiëntenstromen;
  - . het vaststellen van doelgroepen/risicogroepen en het mogelijk bepalen van de "bewerkelijkheid" van verzorgingsgebieden/wijken, het leveren van basismateriaal voor GVO-activiteiten.
- Evaluatie van activiteiten. Doordat gegevens door de jaren heen beschikbaar zijn kunnen deze soms mede gebruikt worden bij het nagaan van de vraag of ondernomen activiteiten effect hebben.  
Bijvoorbeeld:
  - . in hoeverre leiden veranderingen in het aanbod van zorg tot veranderingen in het gebruik van zorg?;
  - . in hoeverre hebben ondernomen voorlichtingsacties effect?
- "Vinger aan de pols". Door het verzamelen van informatie over gezondheids(zorg)zaken door de jaren heen, kan een "vinger aan de pols" worden gehouden; wat speelt er, welke trends?  
Bijvoorbeeld:
  - . zijn er veranderingen te ontdekken in de opinie over bepaalde vormen van zorg?;
  - . is er sprake van een toe- of afname van bepaald gezondheidsbedreigend gedrag?
- Klachteninventarisatie en behoeftepeiling. Een gezondheidsenquête brengt grote groepen inwoners als het ware rechtstreeks in contact met "de gemeente". Op deze wijze kan de bevolking de mogelijkheid worden gegeven "klachten te spuien" aangaande gezondheids(zorg)zaken en wensen te uiten (bijvoorbeeld klachten over mogelijke verontreiniging).  
Daarnaast kan de GGD bepaalde concrete behoeften peilen, medewerking vragen, mensen vragen deel te nemen aan bijvoorbeeld een cursus eerste hulp bij hartstoring.
- Opstellen "gezondheidsindicatoren" per wijk of buurt. Het is mogelijk per wijk gezondheidsindicatoren te beschrijven, welke een beeld geven van de situatie van een wijk ten opzichte van andere wijken. Mogelijk is de positie van de wijken ten opzichte van elkaar te vergelijken ten aanzien van:
  - a. de zorg;
  - b. de gezondheidsbeleving en voorzover mogelijk de gezondheidstoestand;
  - c. de leefstijl en
  - d. andere buurtfacetten.

Bijvoorbeeld ten aanzien van de vraag of een wijk al dan niet een risicowijk vormt met betrekking tot bijvoorbeeld psycho-sociale problematiek zijn (in de ideale situatie, bij voldoende respondenten) gegevens te leveren met betrekking tot onder andere het percentage gebruikers van ambulante geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van andere wijken, de algemene "behoefte" aan deze soort zorg, de percentages relevante risicogroepen, percentages "slechte" subjectieve gezondheidsbeleving, enzovoort.

- Gebruik voor specifieke GGD-activiteiten. In een gezondheidsenquête kunnen zonder problemen zeer concrete vragen worden opgenomen welke van specifiek belang zijn voor een bepaalde GGD-taak/-afdeling. De GG en GD-Utrecht heeft onder andere de volgende voorbeelden onderkend:
  - . weten ouders wat ze van de JGZ kunnen verwachten en waar het goed voor is?
  - . hoe vaak willen ouders dat hun kind door de jeugdarts wordt gezien?
  - . is het bekend dat het bij ongelukken en spoedgevallen het beste is om eerst de ambulancedienst te bellen en dan de huisarts?
  - . is men bereid getraind te worden in het geven van eerste hulp bij een hartaanval?
- Dienstverlening aan derden/omnibusfunctie. Ook anderen kunnen een zinvol gebruik van te verkrijgen gegevens maken. Ook is het mogelijk derden de kans te bieden om vragen in de enquête (tegen vergoeding) te laten meenemen, voorzover een en ander in de enquête past en niet conflicteert met het gemeentelijk beleid. Verder is het mogelijk gezamenlijke enquêtes uit te voeren, zoals nu een aantal Rotterdamse gemeentelijke diensten gezamenlijk een omnibusenquête uitvoert.

Tot zover een aantal mogelijke functies van een gezondheidsenquête (voor een overzicht van landelijke enquêtes, zie Kars-Marshall en andere, 1983).

Wat is nu het speciale van lokale/regionale enquêtes?

Groots opgezette, nationale gezondheidsenquêtes worden reeds lang verricht, in Nederland bijvoorbeeld door het CBS. In toenemende mate worden lokale/regionale enquêtes verricht. In Rotterdam bijvoorbeeld is sinds 1983 een aantal enquêtes uitgevoerd, zowel rond specifieke onderwerpen als zeer algemene enquêtes en zowel enquêtes onder de gehele bevolking als onder specifieke groepen zoals bijvoorbeeld Turken (zie onder andere Uniken Venema, 1987; Toet, 1988; Reelick, 1988a; Van Deursen en anderen, 1988; Van der Mheen, 1988). Vanaf 1987 heeft de afdeling een grote rol met betrekking tot een toen gestarte jaarlijkse omnibusenquête van de gemeente Rotterdam. De afdeling voert de enquêtes uit en formuleert zelf de helft van de vragen (Reelick, 1988b).<sup>11</sup>

Gebleken is dat, vergeleken met landelijke enquêtes, lokale/regionale enquêtes extra informatie opleveren welke voor een plaatselijk volksgezondheidsbeleid van belang is. Dit omdat:

- informatie verkregen wordt over plaatselijk werkzame voorzieningen;
- informatie mogelijk is op wijk- en/of buurniveau;
- de mogelijkheid bestaat in te spelen op lokale problemen, ook actuele.

Voor een overzicht van in enquêtes gebruikte vragenlijsten, zie Project Epidemiologie in BaGD's, 1986.

## 8.2.2

### Onderwerpen en prioriteitsstelling

Gezondheidsenquêtes maken het mogelijk een breed scala aan onderwerpen mee te nemen. Dit is mede afhankelijk van het doel van het onderzoek. In deze bijdrage wordt uitgegaan van de gezondheidsenquête als "breed signalerend instrument". Gedacht kan dan worden aan variabelen/topics op de volgende gebieden:

- gezondheidstoestand en -beleving, bijvoorbeeld chronische ziekten, arbeidsverzuim, klaaggedrag;
- gebruik van en opinie over zorg; contacten en mening over hulpverlening;
- medische kennis;
- leefstijl; rook- en drinkgedrag, voeding, medicijngebruik, copinggedrag, beweging, gezondheidsbedreigend gedrag;
- (opinie over) fysieke en maatschappelijke omgeving;
- persoonsvariabelen, met name ook variabelen die een indicatie geven van sociaal-economische status, hetgeen van belang is voor wat betreft het bepalen van ongelijkheid in gezondheid;
- onderzoeksvariabelen zoals verantwoording van non-respons, sociale wenselijkheidsschaal, opinie over enquête enzovoort. Bij eventuele interviews ook of anderen bij het gesprek aanwezig waren en persoonsgegevens van de enquêteurs.

Duidelijk is dat het onmogelijk is alle genoemde onderwerpen/vragen goed in het onderzoek op te nemen.

Bij een jaarlijks te herhalen enquête is het wel mogelijk om naast een vast deel aan vragen ook een variabel deel op te nemen zodat in de loop der jaren veel topics aan bod kunnen komen. Toch zal het vaak nodig zijn prioriteiten te stellen, hetgeen het best kan gebeuren aan de hand van tevoren opgestelde criteria, zodat een en ander duidelijk en controleerbaar is.

Mogelijke criteria/overwegingen in het geval van "brede gezondheidsenquêtes als signalerend instrument" zijn:

- in eerste instantie streven naar een breed algemeen overzicht van de gezondheidsbeleving en medische consumptie van de gehele bevolking;
- dit betekent in eerste instantie een uitbreiding in de breedte, niet in de diepte; eerder een meer algemene behandeling van veel onderwerpen dan een meer diepgaande behandeling van een beperkt aantal onderwerpen;
- een regionale/lokale gezondheidsenquête dient meer aandacht te besteden aan zaken welke van belang zijn voor het regionale/gemeentelijke beleid en minder aandacht aan zaken welke meer van belang zijn voor het gehele land of zaken welke meer van belang zijn in zuiver methodologisch/wetenschappelijk opzicht. In verband hiermee kan in enige mate prioriteit worden gegeven aan plaatselijk werkzame voorzieningen (met name eerste lijn, RIAGG) en voorzover mogelijk aan wijkgebonden resultaten;
- methodologische overwegingen: variabelen moeten te meten zijn door middel van betrouwbare en valide vragen.

Daarnaast moet ruimte blijven voor, vaak éénmalige, zaken die zich ad hoc aandienen. Ingesprongen dient te kunnen worden op actuele gebeurtenissen. Ook moet ruimte blijven voor specifieke terreinen welke

voor een bepaalde regio wel belangrijk genoeg zijn om er dieper op in te gaan. Tenslotte dienen onderwerpen vanzelfsprekend te passen in het beleid van de basisgezondheidsdienst en in het beleid van de betreffende lokale overheden.

### 8.2.3

#### Beperkingen en gebruik van de resultaten

De gezondheidsenquête kent een aantal beperkingen. De informatie zal niet altijd even hard en betrouwbaar zijn, maar dat geldt voor meer methoden. Goed in het oog gehouden moet worden dat een gezondheidsenquête in principe een "grootschalig, kwantitatief onderzoek" is. Dit heeft voordelen. Gegevens worden verkregen van veel personen en veel analyses zijn mogelijk. Maar er zijn ook nadelen. Bijvoorbeeld informatieverlies doordat gewerkt wordt met, deels zelf voorgecodeerde, vragenlijsten. Verder spelen problemen rond de non-respons en doen zich verschijnselen als onderschatting en overschatting voor.

Ook dient gesteld te worden dat meningen en behoeften van mensen gemeten worden zoals ze die uitspreken op basis van hun huidige kennis en op basis van de huidige situatie waarin ze verkeren. De vraag kan worden gesteld in hoeverre zo de "werkelijke behoeften" van de mensen worden gemeten.

Afhankelijk van het doel van het onderzoek zullen de beperkingen van het onderzoek verschillen. Respons en beperkingen kunnen ook verschillen al naar gelang de gebruikte methoden van gegevensverzameling. (Wierdsma en Garretsen, 1985)

Van extreem belang is natuurlijk de vraag of en in hoeverre er wat met de resultaten gebeurt. Deze vraag speelt al vanaf het allereerste begin van het onderzoek. Afhankelijk van het doel van het onderzoek speelt dan al de vraag wie bij het onderzoek wordt betrokken, wanneer en hoe. Te overwegen valt om diegenen van wie verwacht zou kunnen worden dat ze wat met de resultaten van het onderzoek moeten gaan doen, zo snel mogelijk bij een en ander te betrekken, in een begeleidingsgroep of minder formeel. Te denken valt hierbij aan bewoners, vertegenwoordigers van de zorgvoorzieningen en vertegenwoordigers van de opdrachtgever (bijvoorbeeld vaak beleidsambtenaren).

Andere factoren van invloed op het al of niet benutten van de onderzoeksresultaten zijn:

- de onderzoeksstructuur: ligt het probleem van onderzoek binnen het taakgebied van de organisatie of niet, is de onderzoeker verbonden aan de organisatie zelf of werkt hij/zij als extern consultant?; (zie onder andere van de Vall, 1980);
- de persoon van de onderzoeker: naast onderzoekstechnische vaardigheden zijn ook organisatorische vaardigheden en contactuele eigenschappen van belang;
- de wijze en vorm van presentatie van onderzoeksresultaten: wanneer wordt gerapporteerd, hoe en aan wie? Vorm van aanbevelingen? Persbericht?

De gang van "onderzoeksresultaat tot beleidsadvies", de opstelling van de aanbeveling is essentieel (zie onder andere Uniken Venema en Garretsen, 1988). Van belang is zich steeds te realiseren dat er meer onderzoeksmethoden zijn. De vraag is van belang wat de plaats van de gezondheidsenquête is in het geheel van epidemiologische methoden. Hierop wordt in paragraaf 8.3 ingegaan.

De plaats van de gezondheidsenquête in het geheel van epidemiologische methoden

Een epidemioloog bij een basisgezondheidsdienst kan vele activiteiten uitvoeren.

Gedacht kan worden aan meer uitvoerende taken, zoals bijvoorbeeld het organiseren van een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker; aan het toepassen van verschillende onderzoeksmethoden en vooral ook aan de beleidsadvisering (Garretsen, 1987). Een overzicht van mogelijke epidemiologische taken wordt gegeven in het schema.

#### Epidemiologische taken

- . Continue gegevensverzameling bij de bevolking.  
Gegevens verzamelen bij de bevolking over de bevolking en over voorzieningen, gegevens over gezondheidstoestand bevolking, gezondheidsbeleving, leefstijlen, gebruik van en behoefte aan zorg, opinie over voorzieningen, trends, enzovoort.
- . Continue gegevensverzameling bij voorzieningen.  
Gegevens verzamelen bij voorzieningen over voorzieningen (en deels cliënten); gegevens over aanbod en produktiviteit van voorzieningen, verwijzingen, bereik, trends, enzovoort.
- . Ontwikkelen cliëntenregisters (gegevensbestanden waarin cliëntengegevens geautomatiseerd zijn opgenomen die voortdurend worden bijgewerkt).  
Gegevens verzamelen bij voorzieningen over cliënten (en deels voorzieningen). Gegevens over aantallen en soort cliënten, verloop in de tijd, enzovoort.
- . Bevolkingsonderzoek als het onderzoek op baarmoederhalskanker.  
Het gaat hierbij dus niet om een onderzoek onder de bevolking met enquêtes, maar meer om een vorm van screening.
- . Inventariseren en koppelen informatiestromen.  
Het continu verzamelen van gegevens over diverse relevante gezondheidskenmerken en daarmee samenhangende factoren (bijvoorbeeld buurtkenmerken) door middel van het raadplegen en koppelen van bestaande registers (informatiestromen) enzovoort, bijvoorbeeld registratiesystemen van uitvoerende GGD-afdelingen met andere (gemeentelijke) diensten en (gezondheids-)instellingen.
- . Eenmalige projecten, interne- en externe dienstverlening en automatisering.  
Diverse grotere en kleinere onderzoeken, veelal gericht op risicogroepen en/of probleemwijken; inspelen op bestuurlijke aanwijzing.  
Ondersteuning van andere GGD-afdelingen en programmagerichte werkverbanden in de uitvoerende taak van de GGD.  
Ondersteunen van derden (instanties in de regio, andere overheden en andere) al of niet in betaalde opdracht, alleen voorzover ook van belang voor de gemeente Rotterdam en schilgemeenten.

Voor het uitvoeren van de genoemde epidemiologische taken worden de volgende methoden in verhouding veel gehanteerd:

- gebruik van sterfte- en andere statistieken, ook met betrekking tot aan gezondheid gerelateerde terreinen als wonen, werken, verkeer enzovoort;
- onderzoeken onder de bevolking zoals gezondheidsenquêtes;
- kwalitatieve benaderingen;
- gezondheidszorgonderzoek, waaronder cliëntenregisters.

Van belang is dat verschillende methoden op elkaar worden afgestemd en op een goede wijze gecombineerd. Gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking (inclusief het gebruik van zorg) kunnen worden verkregen uit bestaande statistieken, bij de voorzieningen en/of van de bevolking zelf. Afhankelijk van de te verzamelen gegevens zal worden gekozen voor een bepaalde methode. Zo zullen bijvoorbeeld gegevens over diagnoses en medische verrichtingen het beste kunnen worden verkregen van databanken van gezondheidszorgvoorzieningen.

Maar, deze gegevens hebben alleen betrekking op mensen die daadwerkelijk een hulpverleningscontact hebben gehad. Geen informatie is zo beschikbaar over bijvoorbeeld personen die wel een bepaalde behoefte aan hulp hebben, maar die niet daadwerkelijk om hulp vragen. Ook zijn zo geen gegevens beschikbaar over de opinies van cliënten over voorzieningen, over opgedane ervaringen e.d. Voor dit soort gegevens moet naar de bevolking zelf toe worden gegaan.

Gegevens van de bevolking zelf kunnen worden verkregen door kwantitatief en door kwalitatief onderzoek. Indien kwantitatieve informatie wordt gezocht voor een populatie kan goed gebruik worden gemaakt van een gezondheidsenquête onder een representatieve steekproef. Indien exploratief te werk wordt gegaan, indien een diepgaander beeld van een buurt moet worden verkregen of indien een bepaald probleem, al of niet samen met bewoners, moet worden uitgediept kan ook worden gedacht aan kwalitatieve benaderingen, zoals interviews met sleutelfiguren, groepsinterviews, observatie, analyse van bronnen als lokale media/wijkblaadjes, enzovoort.

Een beeld van de gezondheidssituatie in een bepaald gebied kan dus het beste worden verkregen door verschillende methoden aanvullend op elkaar te gebruiken.

Eén van deze methoden is de gezondheidsenquête. Of een gezondheidsenquête als instrument vaak wordt gebruikt is mede afhankelijk van de taakopvatting van de epidemioloog bij de Basisgezondheidsdienst; deze taak kan bijvoorbeeld gezien worden als zeer themagericht versus breed "signalerend" en dergelijke. Hierop wordt in paragraaf 8.4 kort ingegaan.



## Het functioneren van epidemiologen bij basisgezondheidsdiensten

De taken van de epidemioloog bij de Basisgezondheidsdienst vloeien voort uit de taken van deze basisgezondheidsdienst. Als hoofdtaken van de epidemioloog zijn te noemen:

- inzicht in gezondheidssituatie verkrijgen;
- beleidsadvisering;
- bijdrage in uitvoerende taak.

Dit takenpakket leidt tot een beleidsgerichte werkwijze. Zeer onlangs is een aantal stellingen geformuleerd over de meest wenselijk gedachte klemtonen in het werk van epidemiologen bij basisgezondheidsdiensten (Garretsen en Klingenberg, 1989). Deze stellingen zijn onlangs ook bediscussieerd in het Platform van Epidemiologen bij Basisgezondheidsdiensten. Samengevat komt de strekking op het volgende neer:

- de lagere overheid wordt in toenemende mate de grootste afnemer van het produkt van de basisgezondheidsdiensten. Dit leidt tot (nog meer) beleidsgericht werken;
- naast de externe epidemiologie blijft ook de informatievoorziening binnen de dienst, de interne epidemiologie, wel van belang. Echter vooral ook om de epidemiologische benaderingswijze binnen het werk van uitvoerende GGD-afdelingen te integreren. Hierbij werkt de epidemioloog niet als hulpje voor uitvoerende afdelingen, doch hij/zij behoudt zijn eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van ondernomen activiteiten en de doelstellingen ervan;
- het werk van de epidemioloog dient zo zichtbaar mogelijk gemaakt te worden voor de bevolking en de epidemioloog dient zo goed mogelijk te weten welke "werkelijke behoeften" er leven. Deze behoeften dienen het uitgangspunt voor het werk te vormen. Nagedacht moet daarom worden over het betrekken van de bevolking bij het werk ("community involvement");
- epidemiologie bij een basisgezondheidsdienst is een functie welke een multidisciplinaire aanpak vergt;
- de epidemioloog heeft een brede signalerende taak. Een "tijdige" signalering van dreigende gezondheidsproblemen" is noodzakelijk (commissie-Dekker). Een dergelijke signalering geschiedt beter met meer algemene epidemiologische projecten ("breed vangnet") dan met het alleen werken aan één thema. Algemene projecten kunnen natuurlijk wel leiden tot de signalering van bepaalde zaken en tot daarop gebaseerde themagerichte acties.

Vooraf in het kader van een "brede signalering" is de gezondheidsenquête een bruikbaar instrument. Als gesteld zijn meerdere epidemiologische methoden echter te onderscheiden, en is het vaak nuttig meerdere methoden naast elkaar te gebruiken.

Een brede signalering door middel van bijvoorbeeld een gezondheidsenquête kan informatie opleveren welke aanleiding geeft tot voortgezet, diepgaander, gericht onderzoek.

Het uitvoeren van kwalitatief onderzoek naast of volgend op het uitvoeren van gezondheidsenquêtes kan leiden tot een verdieping van gevonden resultaten en tot betere interpretatiemogelijkheden.

- DEURSEN, C.G.L. VAN, H.F.L. GARRETSEN & A.F. ALGRA. Gezondheid, leefstijl en ziekteverzuim bij Rotterdamse gemeenteambtenaren. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport nummer 40, 1988.
- GARRETSEN, H.F.L. & A.I. WIERDSMA. Een lokale/regionale gezondheids-enquête, wenselijkheid en mogelijkheden vanuit de basisgezondheidsdienst. T. voor Sociale Gezondheidsz. 63 (1985) 589-591.
- GARRETSEN, H.F.L. Beleidsplan Epidemiologie. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport nummer 25, 1987.
- GARRETSEN, H.F.L. & I. KLINGENBERG. Discussie: functioneren van epidemiologen bij basisgezondheidsdiensten. T. voor Sociale Gezondheidsz. 67 (1989) 34-35. (ook GGD-nieuws).
- KARS-MARSHALL, C., M. POLLEMANS & Y. SPRONK-BOON. Feeling the nations pulse. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1983.
- MHEEN, H. VAN DE. De gezondheid van adolescenten. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport nummer 44, 1988.
- PROJECT EPIDEMIOLOGIE IN BAGD. Voorbeeld-vragenlijsten, gezondheids-enquêtes. Amsterdam, GG en GD Amsterdam, 1986.
- REELICK, N.F. Het voorkomen van psychosociale problemen in de Beverwaard. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport 39, 1988a.
- REELICK, N.F. Een gezondheidsuitstapje met de omnibus. GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport 51, 1988b.
- TOET, J. De gezondheidsprofielen van vijf Rotterdamse buurten. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport nummer 38, 1988.
- UNIKEN VENEMA, P. De gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse Rotterdammers. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapport nummer 33, 1987.
- UNIKEN VENEMA, P. & H.F.L. GARRETSEN. Van onderzoeksresultaat tot beleidsadvies. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, interne notitie, 1988.
- VALL, M. VAN DE. Sociaal beleidsonderzoek. Alphen a/d Rijn, Samson, 1980.
- WIERDSMA, A.I. & H.F.L. GARRETSEN. Gezondheidsenquête, per post of op bezoek? T. Sociale Gezondheidsz. 63 (1985) 592-595.