



NUHP-vuistregels

Uitwerking van de NHG-richtlijn voor het adequaat registreren in het patiëntendossier.

Juli 2011

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft met het uitbrengen van de ADEPD richtlijn (Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier) gepoogd kaders te scheppen voor het registreren van contacten in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Het basisprincipe is het **episodegericht registreren**, waarbij de dossiervorming erop is gericht om met gebruikmaking van classificaties chronologische verzamelingen van medische gegevens over één patiënt vast te leggen. Voor de classificaties wordt de International Classification of Primary Care (ICPC) gebruikt, die in Nederland is geaccepteerd als standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk.

Binnen het Netwerk van Nijmeegse Universitaire Huisartspraktijken (NUHP) van het UMC St Radboud werd een project gestart met als doel de registraties in de patiëntendossiers te verbeteren, o.a. door in de opleiding tot huisarts meer aandacht aan het registreren te besteden. Gebleken is dat de registratieroutines in de opleidingspraktijken zeer divers zijn en dat men in de dagelijkse praktijk bij de dossiervorming tegen verschillende interpretatie- en classificatieproblemen aanloopt. Daarom werd gestart met het uitwerken van de ADEPD richtlijn in concrete vuistregels voor het adequaat registreren die ook in het onderwijs kunnen worden gebruikt. Dit gebeurde met behulp van een expertpanel van huisartsen die onder meer een bijzondere expertise hebben op het gebied van HIS-en en dossiervorming.

Bij het opstellen van de vuistregels heeft de praktische toepasbaarheid in de dagelijkse klinische praktijk voorop gestaan, maar in onze academische setting zijn standaardisering van de onderwijsomgeving en een goede datakwaliteit voor onderzoek belangrijke neven doelstellingen. Deze drie doelstellingen hoeven in principe niet strijdig te zijn met elkaar en in de discussies in het expertpanel is ook getracht steeds de drie doelstellingen mee te wegen in de keuzes die werden gemaakt. Met deze vuistregels die hierachter worden gepresenteerd hopen we de huisartspraktijken houvast te bieden bij het interpreteren en uitvoeren van de ADEPD richtlijn.

De aanbevelingen uit de ADEPD-richtlijn worden in de vuistregels nader geconcretiseerd of aangevuld. De vuistregels betreffen met name het aanmaken van een episode en het onderhouden van een episodelijst. De regels gaan in op de knelpunten en vragen die zich in de dagelijkse praktijk voordoen. Registratienetwerken, zoals bijv. LINH of CMR-NMP, hanteren op sommige onderdelen specifieke en meer verfijnde richtlijnen. Wij bevelen aan dat de deelnemers aan een dergelijk registratienetwerk de instructies van het betreffende netwerk opvolgen.

In ons netwerk tijdschrift Lijn 1 zullen de ADPED-richtlijn en de NUHP-vuistregels in de komende periode worden geïllustreerd met behulp van door het panel opgestelde casuïstiek die de registratiemoeilijkheden laten zien en de op de NUHP-vuistregels gebaseerde oplossingen. U wordt van harte uitgenodigd deel te nemen aan deze casuïstiek en de discussie daarover met ons aan te gaan.

De vuistregels en de begeleidende casuïstiek zullen tevens worden toegepast in implementatie- en onderwijsactiviteiten, waarin het belang van adequaat registreren in de patiëntendossiers aan de orde wordt gesteld.

DEFINITIELIJST

Attentiewaarden Sommige gezondheidsproblemen zijn dermate belangrijk dat ze altijd boven aan de lijst met episodes te zien moeten zijn; dit zijn de zogenaamde episodes 'met attentiewaarde'. De attentiewaardelijst doet aanbevelingen welke problemen steeds zichtbaar zouden moeten zijn.

Deze is in te zien op de site van het NHG (*HIS-tabel ICPC codes van episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde (tabel 50)*)

Deelcontact Een deelcontact bevat de gegevens van één gezondheidsprobleem (klacht, werkhypothese, diagnose) op één gegeven moment in de tijd. Een deelcontact betreft ook aantekeningen over contacten tussen praktijk en patiënt en tussen praktijk en derden over de patiënt, bijvoorbeeld een telefonisch overleg met de thuiszorg.

Diagnostisch archief Het deel van de administratie waarin de uitslagen van de (aangevraagde) diagnostiek wordt weergegeven. Deze administratie kan zichtbaar gemaakt worden bij iedere geopende episode. De ordening is gebaseerd op de NHG-labcodetabel.

EPD Elektronisch PatiëntenDossier. Onderdeel van een Huisarts Informatie Systeem (HIS) of Keten Informatie Systemen (KIS) waarin alle relevante gegevens omtrent de patiënt, de problemen en aandoeningen en het beleid worden geregistreerd.

Episode De episode bevat 'een chronologische verzameling van verschillende soorten medische gegevens (deelcontacten, meetwaarden, voorschriften, correspondentie) betreffende één gezondheidsprobleem van één patiënt die de toestandsverandering in de tijd weergeeft'. De naam van de episode beschrijft het gezondheidsprobleem in de bewoordingen van de huisarts. Naast een episodenaam heeft iedere episode een passende ICPC-code.

Episodelijst Een episodelijst is een overzicht van alle gezondheidsproblemen die bij één patiënt aanwezig zijn of aanwezig zijn geweest.

ICPC International Classification of Primary Care. Een coderingssysteem voor de huisartsenzorg waarin met behulp van letters en cijfers de klachten, symptomen en aandoeningen in tractusrubrieken en probleemrubrieken met onderverdelingen kunnen worden geclassificeerd.

Journal Een chronologische weergave van alle medische gegevens over de verschillende gezondheidsproblemen van één patiënt. De gegevens zijn divers van aard: aantekeningen over contacten met en over de patiënt, uitslagen, samenvattingen specialistenbrieven etcetera. Wanneer niet episodegericht of probleemgericht wordt geregistreerd heeft het journal een centrale rol in het EPD. Behoudendens de chronologie biedt het journal weinig structuur.

Meetwaarden Hieronder wordt verstaan geobjectiverde resultaten van diagnostiek, zoals bijvoorbeeld bloeddruk, Longfunctie, HbA1c.

Ruiters Etiketten (tweeletter codes) waarmee dossiers kunnen worden gemarkeerd die voldoen aan bepaalde selectiecriteria. (niet meer in elk HIS beschikbaar)

SOEP De SOEP-systematiek is een hulpmiddel om structuur aan te brengen in een deelcontact, door dit contact onder te verdelen in Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan. De letters geven houvast bij wat er in de verschillende regels, veelal in vrije tekst, dient te worden vastgelegd.

S = De reason for encounter genoemd door de patiënt, is de reden van bezoek of de hulpvraag (na verheldering) en de anamnese.

O = Objectief: bevat de resultaten van onderzoeksbevindingen van de zorgverlener, hieronder vallen ook eigen observaties (bijvoorbeeld patiënt is gespannen).

E = Evaluatie: bevat de werkhypothese en het denkproces.

P = Plan: bevat het diagnostisch- of behandelplan, het beleid en de verstrekte voorlichting, inclusief vermelding van eventueel overhandigd schriftelijk informatiemateriaal. Verder dient hier te worden vastgelegd wat met de patiënt is besproken of afgesproken.

NUHP vuistregels met betrekking tot het aanmaken en onderhouden van episodes

SOEP-registratie*

Voor ieder deelcontact dient een aparte SOEP aangemaakt te worden. Indien 'Objectief' in dit contact niet van toepassing is dient minimaal SEP ingevuld te worden.

O-regel: plaatsen van uitslagen

Uitslagen horen in het diagnostisch archief*. In principe worden uitslagen die voor meerdere episodes relevant zijn, gekoppeld aan de episode waarvoor de aanvraag is gedaan.

O-regel: gebruik van meetwaarden*

Indien er onder 'O' meetwaarden geregistreerd moeten worden, gebruik dan meetwaarden, die ook in het diagnostisch archief voorkomen*.

E-regel: wat doe je als je nog geen duidelijke diagnose hebt?

Maak gebruik van symptoomcodes. Zet DD's op E-regel. Benoem een episodetitel. De tekst van de episode niet automatisch laten overschrijven door de tekst die bij de ICPC-code hoort, tenzij deze beter past. De functie 'ICPC overschrijven' uitzetten in het HIS.

Gebruik géén algemeen journaal of verzamelcodes zoals A99.

Registratie van kleine aandoeningen

Maak ook voor kleine aandoeningen aparte episodes aan, deze kan men eventueel ook meteen sluiten. Gebruik géén algemeen journaal of verzamelcodes zoals A99.

Het gebruik van ruiters*

Registreer diagnoses niet met behulp van ruiters maar met behulp van ICPC-codes. Voor de HIS-en die nog gebruik maken van Ruiters zijn de uitzonderingen: griepvaccinatie, uterusextirpatie en endocarditis profylaxe.

Vastleggen van terugkerende klachten en aandoeningen

Er zijn 2 uitvoeringsopties

a) Eén episode aanmaken die bij een terugkerend contact over de betreffende klacht of aandoening geactiveerd wordt.

b) Telkens nieuwe episodes aanmaken en deze weer inactiveren.

Om pragmatische redenen wordt **optie a sterk aanbevolen**. Het inactiveren kan in een HIS automatisch worden ingesteld. Stel inactivering in bij een 'klachtenvrij' interval van twee jaar.

Toekennen van attentiewaarde *

Conform de attentiewaardenlijst van ADEPD (zie bijlage), zodat de belangrijkste episodes bij opening van het dossier steeds zichtbaar zijn.

Veranderen van een episodetitel en ICPC-code en desgewenst veranderen van de datum van de episode

Algemeen

Bij voortschrijdend inzicht in een klacht of aandoening of na bevestiging van de diagnose d.m.v. een specialistenbrief dient de huisarts de episodetitel en/of de ICPC-code actief aan te passen.

De huisarts zorgt actief ervoor dat episodetitel steeds zo veel mogelijk het 'true level of understanding' benadert.

Uitvoeringsopties

a) **Koppelen van episodes** = een nieuwe episode aanmaken, de oude afsluiten en deze koppelen aan de nieuwe episode en de startdatum van een nieuwe episode actief inbrengen.

b) **Herbenoemen** = de eerdere episode van een nieuwe episodetitel en ICPC-code voorzien / datum aanpassen.

Optie a heeft de voorkeur indien HIS het toelaat. Specificatie

De mogelijkheid van het veranderen van de startdatum van een episode is HIS-afhankelijk. Indien het HIS het toelaat, dient men zelf de startdatum van de nieuwe gekoppelde diagnose te bepalen.

Inactiveren van episodes

Stel het HIS zo in dat een episode na twee jaar automatisch niet meer actief is.

P.M. Chronische aandoeningen blijven automatisch actief wanneer je ze een attentiewaarde toekent.

Het registreren van comorbiditeit

Maak een aparte episode aan bij "voldoende zorgzwaarte" (klinische relevantie).

Uitslagen die relevant zijn voor meerdere aandoeningen komen in het meetwaardenschermbild en worden gekoppeld aan de episode waarvoor de diagnostiek is aangevraagd. (dit gebeurt automatisch zo klinkt het ingewikkelder dan het vis, meetwaarden zijn altijd inzichtelijk via de route diagnostisch archief, vanuit welke episode dan ook)

Registreer in de dominante episode en laat de andere episode(s) actief maar leeg tot het moment dat die aandoening klinisch relevante zorgzwaarte krijgt. Registreer daarna ook binnen de episode van de comorbiditeit en geef deze een attentiewaarde.

* Verwijst naar definities in definitielijst

Overwegingen bij de gemaakte keuzes

Registratieprobleem	Discussie
<p>SOEP-registratie Indien dit (objectief) in dit contact niet van toepassing is dient minimaal SEP ingevuld te worden.</p>	<p>In principe dient een volledige SOEP aangemaakt te worden, maar niet in alle contacten komt 'O' voor (bijvoorbeeld in een telefonisch contact of in een contact om administratieve redenen). ADEPD adviseert: minimaal EP</p> <p>NUHP adviseert: minimaal SEP in te vullen</p>
<p>O-regel: plaatsen van uitslagen Uitslagen horen in het diagnostisch archief. Het diagnostisch archief is oproepbaar in elke geopende episode. In principe worden uitslagen die voor meerdere episodes relevant zijn gekoppeld aan de episode waarvoor de aanvraag is gedaan.</p>	<p>ADEPD adviseert: voor een enkele uitslag is koppeling aan een episode vrij logisch en de relevantie blijft tot die episode beperkt. De ADEPD werkgroep vindt koppeling van uitslagen die voor meerdere episodes van belang kunnen zijn niet zinvol en geeft de voorkeur aan het meteen opzoeken van de uitslagen in het diagnostisch archief en uitslagen ongekoppeld op te slaan in het diagnostisch archief.</p> <p>NUHP adviseert: Sommige uitslagen zijn voor meerdere aandoeningen relevant. Omdat het diagnostische archief oproepbaar is in elke geopende episode, bevelen we ten sterkste aan alle uitslagen in het diagnostisch archief te plaatsen en een uitslag die voor meerdere aandoeningen relevant is te koppelen aan alle relevante aandoeningen.</p>
<p>O-regel: gebruik van meetwaarden Waar mogelijk voor "O" meetwaarden gebruiken die in het diagnostisch archief staan.</p>	<p>ADEPD adviseert: -</p> <p>NUHP adviseert om voor 'O' meetwaarden te gebruiken uit het diagnostisch archief en de Labcodetabel te gebruiken</p>
<p>E-regel: wat doe je als je nog geen duidelijke diagnose hebt? Maak tot de diagnose duidelijk is gebruik van symptoomcodes. Eventuele DD's op de E-regel zetten. De tekst van de episode niet automatisch laten overschrijven door de tekst die bij de ICPC-code hoort, tenzij deze beter past. De functie "ICPC overschrijven" uitzetten in het HIS.</p> <p>Gebruik géén algemeen journaal of verzamelcodes zoals A99</p>	<p>ADEPD adviseert: Maak diagnoses niet specifiekere dan gerechtvaardigd is; voorkom schijnzekerheid. Benoem een episodetitel en de daarbij behorende ICPC "at true level of understanding". Aarzel niet om symptoomdiagnoses te gebruiken.</p> <p>NUHP adviseert: volg het ADEPD advies en beveelt aan de eigen omschrijving op de E-regel niet automatisch te laten overschrijven door de tekst van de ICPC codering.</p>
<p>Registratie van kleine aandoeningen Maak ook voor kleine aandoeningen aparte episodes aan, deze kan men eventueel ook meteen sluiten. Gebruik géén algemeen journaal of verzamelcodes zoals A99.</p>	<p>ADEPD adviseert: maak geen episodes aan in het algemeen journaal. Houd de episodelijst overzichtelijk door zoveel mogelijk alle gegevens over één gezondheidsprobleem binnen één episode aan te brengen. Maak bij twijfel een nieuwe episode aan.</p> <p>NUHP adviseert conform ADEPD</p>

Registratieprobleem	Discussie
<p>Het gebruik van ruiters Registreer diagnoses niet met behulp van ruiters maar met behulp van ICPC-codes. Er zijn enkele uitzonderingen waar geen ICPC-codes voor zijn waarvoor het gebruik van ruiters wel aan te bevelen is, n.l. bij griepvaccinatie, uterusextirpatie, endocarditis profylaxe.</p>	<p>ADEPD adviseert: <i>ruiters dienen beperkt te blijven tot niet in ICPC-codes uit te drukken zaken en/of administratieve of managementetiketten. Het advies is om met name de ruiters waarvoor een ICPC-equivalent bestaat, te vervangen door een met een ICPC-code gelabelde regel op de episode/probleemlijst. Het definiëren van eigen ruiters dient beperkt te blijven tot het gebruik voor tijdelijke of praktijkspecifieke selecties.</i></p> <p>NUHP adviseert: vermijd het gebruik van ruiters, deze verdwijnen ook uit de nieuwe HISSEN. Wij adviseren gebruik te maken van attentiewaarden.</p>
<p>Vastleggen van terugkerende klachten en aandoeningen 2 Uitvoeropties: a) Eén episode aanmaken die bij een terugkerend contact over de betreffende klacht of aandoening geactiveerd wordt. b) Telkens nieuwe episodes aanmaken en deze weer inactiveren. Om pragmatische redenen wordt optie a aanbevolen. Het deactiveren kan in een HIS automatisch worden ingesteld. Stel deactivering in bij een 'klachtenvrij' interval van twee jaar.</p>	<p>ADEPD adviseert: <i>Leg opeenvolgende (deel)contacten en andere gegevens voor eenzelfde aandoening of klacht vast in dezelfde episode. Binnen een episode kan per deelcontact onderscheid worden gemaakt tussen een gezondheidsprobleem dat zich voor de allereerste keer voordoet ('nieuw'), een gezondheidsprobleem dat zich na een klachtenvrij interval opnieuw voordoet ('opnieuw'), en een vervolcontact ('vervolg'), dat wil zeggen een contact dat samenhangt met een vorig contact zonder een klachtenvrij interval, zoals een controle na een pneumonie.</i></p> <p>Nadeel van optie a) vormen de lange en tenslotte onoverzichtelijke episodes. Voordeel van optie a) is het herkenbaar zijn van patronen in het ziektebeloop.</p> <p>NUHP adviseert conform ADEPD maar geeft alleen een nadere specificatie van wat onder een nieuwe episode moet worden verstaan. Hiervoor gebruiken we een klachtenvrij interval van twee jaar, waarna een episode wordt geïnactiveerd. Mocht zich alsnog een nieuw feit voordoen behorende bij de afgesloten episode dan kan deze weer worden geactiveerd.</p> <p>Een verfijning is ook nog het gebruik van attentiewaarden bij chronische aandoeningen die men in beeld wil houden. Deze worden niet na 2 jaar geïnactiveerd.</p>
<p>Toekennen van attentiewaarde Conform de attentiewaardenlijst van ADEPD (zie bijlage), zodat de belangrijkste episodes bij opening van het dossier steeds zichtbaar zijn.</p>	<p>ADEPD adviseert: <i>door zo goed mogelijk episodes "met bijzondere attentiewaarde" vast te leggen is het overzicht over de belangrijke zaken veilig gesteld. Op grond van consensus is een lijst opgesteld van alle klachten, ziekten en aandoeningen die vallen onder de episodes "met bijzondere attentiewaarden". Deze lijst kan in een HIS gebruikt worden om het onderhoud van een episodelijst te ondersteunen.</i></p> <p>NUHP adviseert conform ADEPD</p>

Registratieprobleem	Discussie
<p>Veranderen van een episodetitel en ICPC-code en desgewenst veranderen van de datum van de episode</p> <p>Algemeen Bij voortschrijdend inzicht in een klacht of aandoening of na bevestiging van de diagnose d.m.v. een specialistenbrief dient de huisarts de episodetitel en/of de ICPC-code actief aan te passen.</p> <p>De huisarts zorgt actief ervoor dat episodetitel steeds zo veel mogelijk het 'true level of understanding' benadert.</p> <p>Uitvoeropties</p> <p>a) Koppelen van episodes = een nieuwe episode aanmaken, de oude afsluiten en deze koppelen aan de nieuwe episode.</p> <p>b) Herbenoemen = de eerdere episode van een nieuwe episodetitel en ICPC-code voorzien.</p> <p>Optie a heeft de voorkeur indien HIS het toelaat.</p> <p>Specificatie De mogelijkheid van het veranderen van de startdatum van een episode is HIS-afhankelijk. Indien het HIS het toelaat, kan men desgewenst zelf de startdatum van de nieuwe gekoppelde diagnose bepalen.</p>	<p>ADEPD adviseert: hernoem een episodenaam en/of ICPC-code, als er nieuwe, objectieve gegevens zijn die deze verandering rechtvaardigen.</p> <p>De NUHP expertgroep discussieerde aan de hand van het volgende voorbeeld: 'een patiënt heeft een gestoorde glucose tolerantie. Na jaren wordt de diagnose DM gesteld. Bij het nalaten van het aanmaken van een nieuwe episode, lijkt het of de patiënt al veel langer deze chronische ziekte zou hebben gehad en mogelijk niet goed is behandeld al die jaren'</p> <p>We zitten hier met een dilemma: Enerzijds herdefiniëring van gestoorde glucosetolerantie in DM, maar dat suggereert dat DM vanaf het begin van de symptomen heeft bestaan. Anderzijds het afsluiten/inactiveren van de symptoomcode gestoorde glucosetolerantie en het openen van een nieuwe episode DM met een nieuwe startdatum. Dit betekent dat vanaf dat moment ook indicatoren voor behandeling van DM gaan gelden en dat deze gecalculeerd kunnen worden. Met andere woorden het beleid bij gestoorde glucose tolerantie mag anders zijn dan het beleid bij de episode DM.</p> <p>Geopperde registratie-oplossingen waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodes koppelen. - Bij het veranderen van de diagnose een nieuwe episode aanmaken en de oude afsluiten. (hoe hou je het eerdere beloop dan zichtbaar?) - Bij verandering diagnose de E- regel van de episode aanpassen - Zorg voor een goede E-regel, laat deze niet overschrijven met de tekst die bij de ICPC code staat, laat je DD keuzes erin staan. - De episode herbenoemen maar de datum van ingang laten staan (dan zou de patiënt al eerder DM hebben) <p>NUHP adviseert: maak een nieuwe episode DM aan en koppel deze aan de oude episode van gestoorde glucosetolerantie die wordt afgesloten. Hierdoor blijft het beloop van de aandoening duidelijk. NB Zorg er wel voor dat u actief de actuele startdatum van DM invult, anders wordt deze overschreven door de datum van de eerdere episode Het instellen van de juiste startdatum i.v.m. het koppelen van diagnoses is nog afhankelijk van het HIS.</p>
<p>Inactiveren van episodes Stel het HIS zo in dat een episode na twee jaar automatisch niet meer actief is.</p> <p>P.M. Chronische aandoeningen kunnen actief blijven door middel van het toekennen van attentiewaarden.</p>	<p>ADEPD adviseert: een episode kan naar inzicht van de huisarts geïnactiveerd worden en komt dan op een niet-actieve episodelijst terecht. Al naar gelang de noodzaak moet een dergelijke episode weer hergebruikt kunnen worden.</p> <p>NUHP adviseert: wij specificeren het advies van ADEPD door een handvat te geven voor de termijn waarop een episode geïnactiveerd zou moeten worden. Deze wordt gesteld op twee jaar.</p>

Registratieprobleem	Discussie
<p>Het registreren van comorbiditeit Maak een aparte episode aan bij “voldoende zorgzwaarte” (klinische relevantie). Uitslagen die relevant zijn voor meerdere aandoeningen komen in het meetwaardenscherm en worden gekoppeld aan de episode waarvoor de diagnostiek is aangevraagd.</p> <p>Registreer in de dominante episode en laat de andere episode(s) actief maar leeg tot het moment dat die aandoening klinisch relevante zorgzwaarte krijgt. Registreer daarna ook binnen de episode van de comorbiditeit en geef deze een attentiewaarde.</p>	<p>ADEPD adviseert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Leg een ziekte en de bijkomende aandoeningen vast in aparte episodes.</i> 2. <i>Het advies is om alle gegevens (verslagen, voorschriften, uitslagen, brieven) van de bijbehorende aandoeningen bij de hoofdaandoening vast te leggen</i> 3. <i>Als op een bepaald moment een bijkomende aandoening veel zorg met zich meebrengt, zullen gegevens in de desbetreffende episode terechtkomen.</i> <p>NUHP adviseert conform ADEPD. Voldoende zorgzwaarte is afhankelijk van het oordeel van de zorgverlener.</p>

Leden Projectteam

Annelies Jacobs	senior-onderzoeker IQ healthcare
Alfons Olde Loohuis	huisarts-docent ELG, NUHP-lid
Leon Willems	huisarts-docent ELG, NUHP-lid
Renske Spanninga	huisarts, CMR praktijk, NUHP-lid, stafid ELG
Netty van Balsfoort	stafid ELG
Carla Walk	consulente LINH / CMR Peilstations/ NUHP IQ healthcare
Irma Maassen	(vanaf december 2008), onderzoeksmedewerker IQ healthcare
Marjan Knippenberg	(tot december 2008) , onderzoeksmedewerker IQ healthcare

Leden expertpanel

Alfons Olde Loohuis	huisarts-docent ELG, NUHP-lid
Wim de Grauw	huisarts, senior-onderzoeker stafid afdeling ELG, NUHP-lid en deelnemer NMP
Henk Schers	huisarts, senior-onderzoeker stafid afdeling ELG, NUHP-lid en deelnemer NMP
Hans Peerden	huisarts en LINH-praktijk
Coen Smit	huisarts, NUHP-lid, LINH-praktijk, lid werkgroep ADEPD, Master in Health Information Management (MHIM)
Erik Marten	huisarts en NUHP-lid
Henk van de Hoogen	LINH-CMR-NMP adviseur
Carel Bakx	huisarts, senior-onderzoeker, stafid afdeling ELG, NUHP-lid en CMR praktijk
Tejo Janssen	huisarts, LINH-praktijk en NUHP-lid

Adviseur

Kees van Boven	huisarts en ICPC-deskundige, stafid afdeling ELG
----------------	--