

# KWALITEITSJAARVERSLAG 2018

Hoofdstuk 5: Kritische processen (Management Review):

Februari 2019, auteurs, Peter Boom, Melissa Boersen, Jeroen Tembel



## 5.1. Inleiding

De praktijk heeft kritische processen vastgesteld voor het kwaliteitsmanagementsysteem en evalueert deze intern. Kritische processen zijn die processen die een zeer groot effect hebben op de continuïteit van de praktijk. Voortdurend worden er gegevens verzameld en metingen verricht. Deze gegevens zijn geregistreerd en worden afgehandeld c.q. opgevolgd, volgens de in het kwaliteitshandboek beschreven procedures.

De kritische processen die de praktijk heeft vastgesteld zijn:

- (Indirecte) Klachten van patiënten (5.2.1)
- Incidenten (5.2.2)
- Kwantitatieve patiëntengegevens (5.2.3)
- Interne evaluatie kwaliteitssysteem (5.2.4)
- Tevredenheid van patiënten (5.2.5)
- Professioneel handelen medewerkers (5.2.6)
- Risicovolle primaire en ondersteunende processen (5.2.7)

## 5.2 Metingen en uitkomsten kritische processen

De praktijk heeft zichzelf normen (=doelen) gesteld om de processen te kunnen meten, te kunnen evalueren en eventueel te kunnen verbeteren. In de tabellen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, worden gegevens geregistreerd en uitkomsten van steekproeven (o.a. patiëntenkaarten) en enquêtes verzameld. De indicatoren die bij 5.2.1 tot en met 5.2.7 zijn vastgelegd zijn ook geschikt om op te nemen bij de strategische scan die beschikbaar is voor Fysoptima Partners. Zie hiervoor; <http://www.fysoptima.nl/faciliteiten/ondersteuning/strategische-scan>

### 5.2.1 Overzicht (indirecte) klachten van patiënten

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

Beschrijf in de tabel hieronder welke (*ook* indirecte) klachten de praktijk heeft ontvangen in de diverse kwartalen van het afgelopen jaar.

Item	N	1e kwartaal 2018	2e kwartaal 2018	3e kwartaal 2018	4e kwartaal 2018
Klachten	Max 5 klachten per praktijk. Max 1 per therapeut.				
Bereikbaarheid (telefonisch)		1	1	0	0

#### Analyse van de (indirecte) klachten over 2018:

Begin dit jaar zijn er twee mondelingen opmerkingen geweest met betrekking op de bereikbaarheid van de telefoon. De klachten zijn niet officieel, meer bedoeld op opmerkingen ter verbetering. De oorzaak is gelegen op het feit dat de receptie alleen bezet is van 's morgens 8:00 tot 13:00 (dit is al een uitbreiding naar aanleiding van eerdere opmerkingen (zie vorig verslag)). Op basis van eerdere opmerkingen is het telefoonsysteem aangepast zodat de klanten nu ook een voicemail kunnen

inspreken. Daarnaast is er een doorverbindingssysteem geïnstalleerd zodat nieuwe klanten direct een fysiotherapeut te spreken kunnen krijgen of een bestaande klant kan worden doorverbonden naar zijn behandelaar. Ons valt op dat klanten nog wel wat moeite hebben met het systeem. We proberen daarom vereenvoudigen aan te brengen in overleg met de leverancier.

Er zijn in 2018 geen formele behandelde klachten geweest noch zijn er formele klachten door de klachtencommissie van het KNGF afgehandeld.

Item	Datum	Oorzaak	Oplossing
Telefonische bereikbaarheid	Jan- Juni 2018	-complex systeem -beperkte balie bezetting	-vereenvoudigen systeem daar waar kan. -duidelijke vermeldingen op website

#### Analyse van het systeem:

Medio 2017 is het telefoon systeem verbeterd, eind november 2017 is er een secretaresse aangenomen die meer uren maakt voor het vergroten van de bereikbaarheid. Desondanks blijft de bereikbaarheid een punt van aandacht. Door de slechte financiële marges in de fysiotherapie is uitbreiding van de balie niet mogelijk. Oplossingen dienen dus gevonden te worden in sociale media (what's app fysio, website & facebook). Deze mogelijkheden moeten optimaal gecommuniceerd worden door de fysiotherapeuten naar alle klanten. Daarnaast dienen de klanten gewend te raken aan doorkiesstelsel en aan het achterlaten van een voicemail bericht. Uitleg hierover tijdens de intake kan mogelijk helpen hierbij. Verder proberen wij met de technici het systeem zo mogelijk te vereenvoudigen.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4.1) volgende jaar:

- In 2019 registreert de praktijk maximaal 1 opmerking/verbeterpunt ter vergroting van het telefonische bereikbaarheid.

#### Beoordeling systeem:

- het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid.
- De input vanuit de medewerkers en melding van bijlage 3.3.3 en de PREM geven voldoende inzicht om het uitgezette beleid te evalueren.

Geen actie noodzakelijk

## 5.2.2. Overzicht incidenten

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

Beschrijf in de tabel hieronder welke incidenten hebben plaatsgevonden in de praktijk in de kwartalen van het afgelopen jaar.

Item	N	1e	2e	3e	4e
		kwartaal 2018	kwartaal 2018	kwartaal 2018	kwartaal 2018
	Max 1 per therapeut				
reanimatie		-	1	-	-

### Analyse van de incidenten over 2018

In het jaar 2018 zijn er geen incidenten gemeld. Wel kan als incident aangemerkt worden dat wij 1 patiënt hebben moeten reanimeren met behulp van de defibrillator. Deze reanimatie is succesvol verlopen. Debriefing leverde op dat onze gezamenlijke BHV trainingen aan de basis hebben gestaan van deze succesvolle reanimatie. Wel hebben wij geconstateerd dat wij geen onderling noodhulp systeem hebben en dat daar wel behoefte aan is. Tevens hebben wij de defibrillator moeten vervangen.

In 2018 zijn er geen formeel behandelde incidenten geweest noch zijn er formele incidenten door de Inspectie voor de gezondheidzorg afgehandeld.

### Analyse verbeter systeem

In 2018 heeft er 1 incident plaatsgevonden. Verbeteractie is dat direct na debriefing op alle telefoons een noodknop is geplaatst. Het testen van dit systeem zal jaarlijks plaatsvinden bij de ontruimingsoefening. Tevens hebben wij dit incident besproken tijdens de BHV-training.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

Er zijn geen kwaliteitsdoelstellingen voor 2019

**Beoordeling systeem:**

het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. De input vanuit de medewerkers en melding van bijlage 3.3.3 geven voldoende inzicht om het uitgezette beleid te evalueren.

**Geen actie noodzakelijk**

### 5.2.3. Overzicht kwantitatieve patiëntengegevens

Gegevens 01-01-2018 t/m 31-12-2018, Managementrapportage Intramed

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

Instroom

N: instroom DTF = 1250

N: met verwijzing = 1000

N; instroom per leeftijdscategorie = + 2%

N; instroom per geslacht = streven naar 50%/50%

N: recidieven binnen 12 maanden opnieuw behandeld aan dezelfde klacht = <10%

N; aantal zittingen voor patiënten uitbehandeld = 70% <10 zittingen

N: behandelgemiddelde <12

#### Instroom per leeftijdscategorie

Leeftijd	Aantal 2017	2018
0-19 jaar	357	426
20-39 jaar	827	853
40-59 jaar	755	860
60-79 jaar	506	661
80 jaar en ouder	109	136
Leeftijd onbekend	2	
	2556	2940

#### Recidieven aantal

	Aantal 2017	Aantal 2018
Binnen 12 maanden opnieuw behandeld aan dezelfde klacht	108	133
Binnen 12 maanden behandeld o.b.v. andere klacht	666	653
Geen recidief	2067	2532

#### Instroom per geslacht 2016

Geslacht	Aantal 2017	Aantal 2018
Man	1152	1169

vrouw	1404	1361
-------	------	------

### Instroom per verwijzing of DTF

	Aantal 2017	Aantal 2018
Verwijzing	1004	1121
DTF	1670	1556
Behandeling gestart in voorgaande perioden	958	1253

### Aantal zittingen voor patiënten uitbehandeld

	Aantal 2017	Aantal 2018
1 zitting	152	138
2-3 zittingen	386	403
4-6 zittingen	548	524
7-9 zittingen	379	390
10-12 zittingen	227	222
12-18 zittingen	230	195
19-24 zittingen	101	89
Meer dan 24 zittingen	175	126
	2198	1846

### Gemiddeld aantal zittingen per patiënt

1 zitting	138	1
2-3 zittingen	403	2,7
4-6 zittingen	524	5,3
7-9 zittingen	390	8,2
10-12 zittingen	222	11,1
12-18 zittingen	195	15,3
19-24 zittingen	89	21,5
>24 zittingen	126	59,6
totaal	1864	10,6

Spiegelinformatie		2017 t/m Sept.	2018 t/m Sept.
Behandelindex praktijk*: Zilveren Kruis	<110	107	112
Behandelindex praktijk*: VGZ	<140	123	123
Behandelindex praktijk*: CZ	<140	109	106
Behandelindex praktijk*: ZZ/ENO/ONVZ	<140	108	133
Behandelindex praktijk* Menzis	<140	101	89
Behandelindex praktijk* De Friesland	<140	107	101
		109	110

\*

De behandelindex, het gewogen behandelgemiddelde op praktijkniveau, verkregen uit de spiegelinformatie per kwartaal van CZ, Zilveren Kruis en VGZ Zorgverzekeraars.

De Behandelindex kan bij over- en onderschrijding van de doelmatigheidsnorm (grenswaarde behandelindex) negatieve respectievelijk positieve consequenties hebben.

Benchmarkgegevens (Parabench/ Intramedpraktijken: 171)

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

N= kleiner of gelijk aan de benchmark (groen)

N= niet meer dan 10% hoger dan de benchmark (rood)

Item	2017	Benchmark 2018	Praktijk 2018
1.Wachttijd Patiënten	0,3	3,1	0,3
2.Instroom nieuwe patiënten	82,6%	77,3%	78,8%



3.Behandel Gemiddelde	10,6	9,6	9,5
4.Omzetper Patiënt	€349	€313	€291
5.Behandelduur: weken	13,3	11,5	9,8
6.Recidieven	3,7%	5,7%	5,1%

### Analyse van de kwantitatieve patiëntgegevens over 2018

De normen betreft de instroom, recidieven als gemiddelde zijn behaald. Ook de benchmark normen zijn ruimschoots behaald.

De normen betreft behandelindex zijn behaald. Behoudens de behandelindex norm Zilveren Kruis. Het handelt hier om de zg. plus-norm. Omdat wij geen plus-praktijk willen zijn heeft dit geen consequenties voor ons. Wel was de norm belangrijk om vroegtijdig in het nieuwe KNGF kwaliteitsbeleid in te stromen. Dat is ons in 2016/2017 gelukt. In het beleidsplan kan de norm voor Zilveren Kruis daarom worden bijgesteld naar <120

De behandelindex cijfers zo als door de zorgverzekeraars aangeleverd gelden tot en zijn tot en met september 2018. Deze behandelindex cijfers wijken in totaliteit nauwelijks af van de totale behandelindex 2017.

Wat er tot nu geanalyseerd kan worden is dat de normen van VGZ, CZ, ZZ/ENO/ONVZ als Menzis vrijwel zeker behaald zijn.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk4) volgend jaar

- In 2019 is de kwaliteitsdoelstelling om de instroom via het DTF boven de 800 aanmeldingen te houden.
- In 2019 is de kwaliteitsdoelstelling om de instroom via verwijzing boven de 1000 aanmeldingen te houden.

- In 2019 is de kwaliteitsdoelstelling om het aantal recidieven binnen 12 maanden onder de 10% te houden.
- In 2019 is de kwaliteitsdoelstelling om het behandelgemiddelde onder de 11,0 (intramed) te houden.
- In 2019 kan de behandelindex norm voor Zilveren Kruis stijgen naar 120

#### Beoordeling systeem:

het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid.

De input vanuit Intramed en analyse van de gegevens aan de hand van Parabench elk half jaar geven voldoende inzicht om het uitgezette beleid te evalueren.

Geen actie noodzakelijk

#### 5.2.4. Overzicht interne evaluatie kwaliteitssysteem

##### Analyse van de verbeteracties over 2018

In 2018 hebben wij een externe audit gehad. Uit de toetsing kwamen geen tekortkomingen. Hierdoor is ons HKZ certificaat weer verlengt met 3 jaar.

Geen actie noodzakelijk.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- De kwaliteitsdoelstelling is om in 2019 de externe audit te behalen als dan niet na verbetering van tekortkomingen.

##### Beoordeling systeem:

De audit geeft voldoende feedback voor het continueren van het kwaliteitsmanagementsysteem. Het systeem voldoet.

Geen actie noodzakelijk

## 5.2.5. Overzicht patiënt tevredenheid/ kwalitatieve patiëntengegevens

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

Item	Norm	2017	2018
Algemene beoordeling	8	8,73	8,75
Netpromotorscore	>50	64,02	63
Aantal aangeboden activiteiten bij Qualiview	700	1680	1498
Aantal verstuurde uitnodigingen via Qualiview	400	965	1130
Aantal ingevulde enquêtes via Qualiview	250	328	333
Contact	3,5	4,78	4,76
Behandelplan	3,90	4,61	4,57
Praktijk	3,45	4,47	451

### Analyse van het patiënttevredenheidsonderzoek over 2018

Onze praktijk heeft voor het jaar 2018 gebruik gemaakt van de vragenlijsten van “Qualiview”. Ons patiënttevredenheidsscore is 8,75 (praktijkgemiddelde, ieder medewerker scoort gemiddeld hoger dan een 8). Het cijfer is vergelijkbaar met 2017. Er zijn geen grote afwijkingen t.o.v. andere praktijken (benchmark) en/ of onderlinge verschillen.

Onze norm voor respons vragenlijsten staat op 250. De respons van de praktijk was in 2018: 333. Trend is dat elk jaar de aantallen groeien en in voorgaande jaren hebben wij telkens de norm aangepast. Dit jaar zijn wij tevreden met de aantallen. Naast dat er ook een collega is weggegaan zullen we de normen niet verder omhoog bijstellen.

Item	Datum	Oorzaak	Oplossing

Analyse verbeter systeem:

Onze normen zijn behaald. De controle om dit doel te kunnen behalen wordt per half jaar geëvalueerd, opgenomen in Doelstellingen & Activiteitenplan 2019

Geen actie noodzakelijk.

Kwaliteitsdoelstellingen voor 2019 die uit deze analyse voortkomen worden opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan volgende jaar (2019):

- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2019 om een respons van 250 op de patiënten tevredenheidsonderzoeken te krijgen.
- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2019 om de aangeboden activiteiten boven de 700 uit te laten komen.
- De kwaliteitsdoelstelling is voor 2019 om een algemene beoordeling van minimaal een 8 te halen.

Beoordeling systeem

het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. Het analyse/meet instrument, van Qualiview, voldoet.

Geen actie noodzakelijk

### 5.2.6. Overzicht professioneel handelen medewerkers:

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

Item	Norm	2 <sup>e</sup> kwartaal 2018	4 <sup>e</sup> kwartaal 2018
Patiëntendossier	80%	87% (88-85)	87% (91-84)

Het patiëntendossier wordt getoetst volgens bijlage 5.5.6 van het HKZ-handboek: Checklist beoordeling patiëntendossiers. Er zijn 2 dossiers per therapeut getoetst. Toetsing vindt intercollegiaal plaats. De collega's die de dossiercheck uitvoeren wisselen per kwartaal.

De norm die de praktijk stelt is 80%, cijfers daaronder worden kritisch bekeken en besproken.

Casuïstiekbespreking vinden onder andere plaats tijdens de intervisie bijeenkomsten. Daarnaast vindt er wekelijks overleg plaats in de praktijk waarbij een ieder een casus kan inbrengen. Verder laat iedere therapeut patiënten (indien zij hiermee akkoord gaan) waarbij de voortgang niet verloopt als gepland of waarbij de diagnostiek een probleem vormt in de praktijk intercollegiaal zg. second opinion

<i>Item</i>	<i>Datum</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Oplossing</i>

Analyse verbeter systeem:

Onze normen zijn behaald. De controle om dit doel te kunnen behalen wordt per half jaar geëvalueerd, opgenomen in doelstellingen & activiteitenplan 2018-2019.

Geen actie noodzakelijk. Wel willen wij de kwaliteitsdoelstelling van 2018 meenemen naar volgend jaar.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- De kwaliteitsdoelstelling voor 2019 is dat de dossiercontrole met minimaal 80% wordt getoetst volgens bijlage 5.5.6.

**Beoordeling systeem:**

het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. Het meetinstrument, bijlage 5.5.6., voldoet. Medewerkers worden na controle direct aangesproken op eventuele tekortkomingen in de dossiervorming. Indien het geval worden deze dossiers dezelfde week nog aangepast waarna een tweede check zal plaatsvinden.

Geen actie noodzakelijk.

### 5.2.7. Risicovolle primaire en ondersteunende processen

N= norm (doel) die de praktijk zichzelf stelt!

#### Analyse van risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiënt niveau over 2018:

Aan de hand van bijlage 2.6.1. is er een analyse gemaakt risicovolle primaire en ondersteunende processen en risico-inventarisatie op organisatie- proces- en patiënt niveau.

Het gemiddelde behandelindex was 114 van jan- tot sept. Met deze behandelindex zijn wij in relatie tot de te contracteren zorg tevreden. Wij houden wel graag figuurlijk de vinger aan de pols en stellen ons zelf een doel om moeilijkheden te voorkomen in de toekomst om de index onder de 130 te houden, behoudens voor Zilveren Kruis hiervoor geldt 115.

Kwaliteitsdoelstelling voor 2019 die uit deze analyse voortkomt, wordt opgenomen in Doelstelling en Activiteitenplan (hoofdstuk 4) volgende jaar:

- In 2019 zal de praktijk de behandelindex permanent bewaken en behouden op of onder de 115 voor zilveren kruis.
- De behandelindex voor de andere verzekeraars (zie tabel) dienen onder de 130 te blijven

Beoordeling systeem: het proces verloopt van registratie, analyseren en (eventueel) implementeren van verbeteracties ten aanzien van het interne evaluatie kwaliteitssysteem naar tevredenheid. Het analyse instrument, bijlage 2.6.1, voldoet.

Geen actie noodzakelijk.



Beoordeling systeem algemeen:

	Interne of externe veranderingen die van invloed kunnen zijn op het kwaliteitsmanagementsysteem
1	<p><u>Beschrijving van ontwikkelingen, veranderingen en verwachtingen.</u> <u>Denk aan ontwikkelingen met betrekking tot omgeving, organisatie, financiering, visie/missie, lange termijn doelen, wetgeving, en normen.</u></p> <p>De gezondheidszorg is sterk in beweging. De praktijk is marktgericht gaan denken en werken. Zo is er begin 2018 een acquisitieplan geschreven op basis van client profielen en specifieke vaardigheden van de diverse therapeuten. De praktijk ziet ook in 2018 preventieve activiteiten als aandachtspunt. Daarnaast zal de praktijk oog hebben voor de vergrijzing van de bevolking en de daaraan gekoppelde zorgvragen. Wij spelen hierop in door een nieuwe geriatrisch fysiotherapeut te laten opleiden. De verwachting is dat de praktijk in de nabije toekomst het plan heeft de samenwerking met de huisartsen vorm te geven door meer contact te leggen met huisartsen. Dit gaat hand in hand met de introductie van ons nieuwe maatschapslid.</p>
	Status corrigerende en preventieve maatregelen
	<p>De praktijk heeft op basis van het beleidsplan van dit jaar en vorige jaren doelstellingen bepaald (zie hoofdstuk 4).</p> <p>De doelstellingen van het voorgaande jaar worden geëvalueerd op effectiviteit in hoofdstuk 5.3 Indien een doelstelling niet het beoogde resultaat oplevert is deze, indien gewenst, weer opgenomen bij hoofdstuk 4.</p> <p>Het doelstellingen en activiteitenplan 2018 hoofdstuk 4 (dit jaar) en 2017 (vorig jaar) laat een overzicht zien van de status van de corrigerende en preventieve maatregelen.</p>

### Hoofdstuk 5.3. Evaluatie doelstellingen beleidsplan voorgaande jaar:

Voorbeeld: (zie hoofdstuk 4.1 van de doelstellingen vorig jaar)

Doelstelling	Wel/niet gerealiseerd	Oorzaak/opmerkingen
In 2018 heeft iedere therapeut voldaan aan de verplichte BHV vervolg-/update cursus.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Onze doelstelling voor 2015-2020 is dat alle therapeuten de verplichte accreditatie punten zullen halen voor behoud van het CKR van het KNGF.	Nog niet gerealiseerd	Lopend
Implementatie Physitrack	Deels gerealiseerd	Geen acties nodig
Implementatie van behandelindex als doelmatigheid tool.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2018 is de instroom via het DTF boven de 800 aanmeldingen te houden.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2018 is de instroom via verwijzing boven de 1000 aanmeldingen te houden.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2018 is het aantal recidieven binnen 12 maanden onder de 10% te	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk

houden.		
Onze kwaliteitsdoelstelling voor 2018 is om het behandelgemiddelde onder de 12 te houden.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Jaar specifieke doelstelling voor 2018 is dat de BSN controle op 80 % wordt getoetst bij de jaar controles van onze dossiers.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Jaar specifieke doelstelling voor 2018 is dat de DTF brieven en eindbrieven op 100%.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Jaar specifieke doelstelling voor 2018 is om een respons van 250 op de patiënten tevredenheidonderzoeken te krijgen.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
Jaar specifieke doelstelling voor 2018 is om de aangeboden activiteiten boven de 700 uit te laten komen.	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk

In 2018 bedraagt de dossierscore minimaal 80% getoetst met bijlage 5.5.6. Bij de dossiercontrole volgens bijlage 5.5.6 in 2016 bedraagt de dossierscore minimaal 80%	Wel gerealiseerd	Geen actie noodzakelijk
--	------------------	-------------------------