



# Lessons learned

## Regionale taskforces wachttijden GGZ

Februari 2019  
KPMG Health



Februari 2019

#### Disclaimer

Dit overzicht van *'lessons learned'* is tot stand gekomen naar aanleiding van de ondersteuning van de regionale taskforces die KPMG Health in opdracht van GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, MIND Landelijk Platform en MEER GGZ heeft uitgevoerd. De opdrachtgevers hebben om dit document gevraagd om opgedane ervaringen te benutten en daarmee de voortgaande activiteiten van de regionale taskforces in de verschillende regio's te ondersteunen. Dit is daarmee geen einddocument van KPMG. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit overzicht.

# Inleiding en inhoudsopgave

## Inleiding

Wachttijden zijn een complex probleem, waarvoor een eenduidige oplossing ontbreekt. In de zomer van 2017 zijn door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS afspraken gemaakt om de wachttijden in de ggz terug te dringen. De complexiteit maakt dat het terugdringen van wachttijden op verschillende niveaus moet worden aangepakt. Ten eerste moeten individuele partijen, zoals aanbieders en zorgverzekeraars, binnen hun beïnvloedingssfeer de wachttijden aanpakken. Ten tweede zijn er landelijke knelpunten, zoals het tekort aan (regie)behandelaren, die een rol spelen. Tot slot liggen knelpunten bij de samenwerking met andere partijen - en vooral – bij het gebrek aan activiteiten op regionaal niveau. Hierdoor komt de gewenste doorstroming van cliënten in het zorgnetwerk onvoldoende tot stand. De regionale taskforces hebben zich de afgelopen anderhalf jaar gericht op dit regionale niveau.

In de periode van oktober 2017 tot en met februari 2019 heeft KPMG Health in 23 regio's de opstart van regionale taskforces wachttijden GGz begeleid. In deze taskforces komen alle relevante partijen in een regio (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, cliënt- en naastenvertegenwoordigers, huisartsen, etc.) bij elkaar om regionale knelpunten rondom de wachttijden in de GGz te identificeren en op te lossen. De doelen van de regionale taskforces zijn:

- Creëren van randvoorwaarden voor een succesvol regionaal overleg.
- Identificeren van knelpunten in de regionale samenwerking met betrekking tot de wachttijden in de regio.
- Maken en uitvoeren van concrete actieplannen om de wachttijden in de regio te verlagen.

KPMG heeft een ondersteunende rol gehad in het opzetten van de regionale taskforces en begeleidde hen in het oppakken van deze doelen. Inmiddels zijn er al veel stappen door de regio's gezet om op basis van de regionale knelpuntenanalyse invulling te geven aan de actieplannen. Dit document beschrijft de belangrijkste *'lessons learned'* vanuit de ervaring van KPMG Health bij het ondersteunen van de regionale taskforces en is geschreven met als doel om de stuurgroep een overzicht te geven van de ontwikkelingen zodat zij voldoende context hebben tijdens de vervolgstappen van de regionale taskforces. Het geeft een overkoepelend, maar geen volledig, beeld van ervaringen in de regio's, doordat ervaringen en het krachtenveld per regio verschillen. Ook wordt er in de verschillende regio's gewerkt aan andere knelpunten en daarmee oplossingen. Uit de ervaringen in de regio's wordt duidelijk dat om het complexe probleem aan te pakken er een aantal verschuivingen in het regionale GGz landschap nodig zijn. En dat een deel van de oplossing in betere regionale samenwerking ligt. Dit document beschrijft:

Inhoudelijk: waar zitten de knelpunten en de oplossingen?

Pagina 5

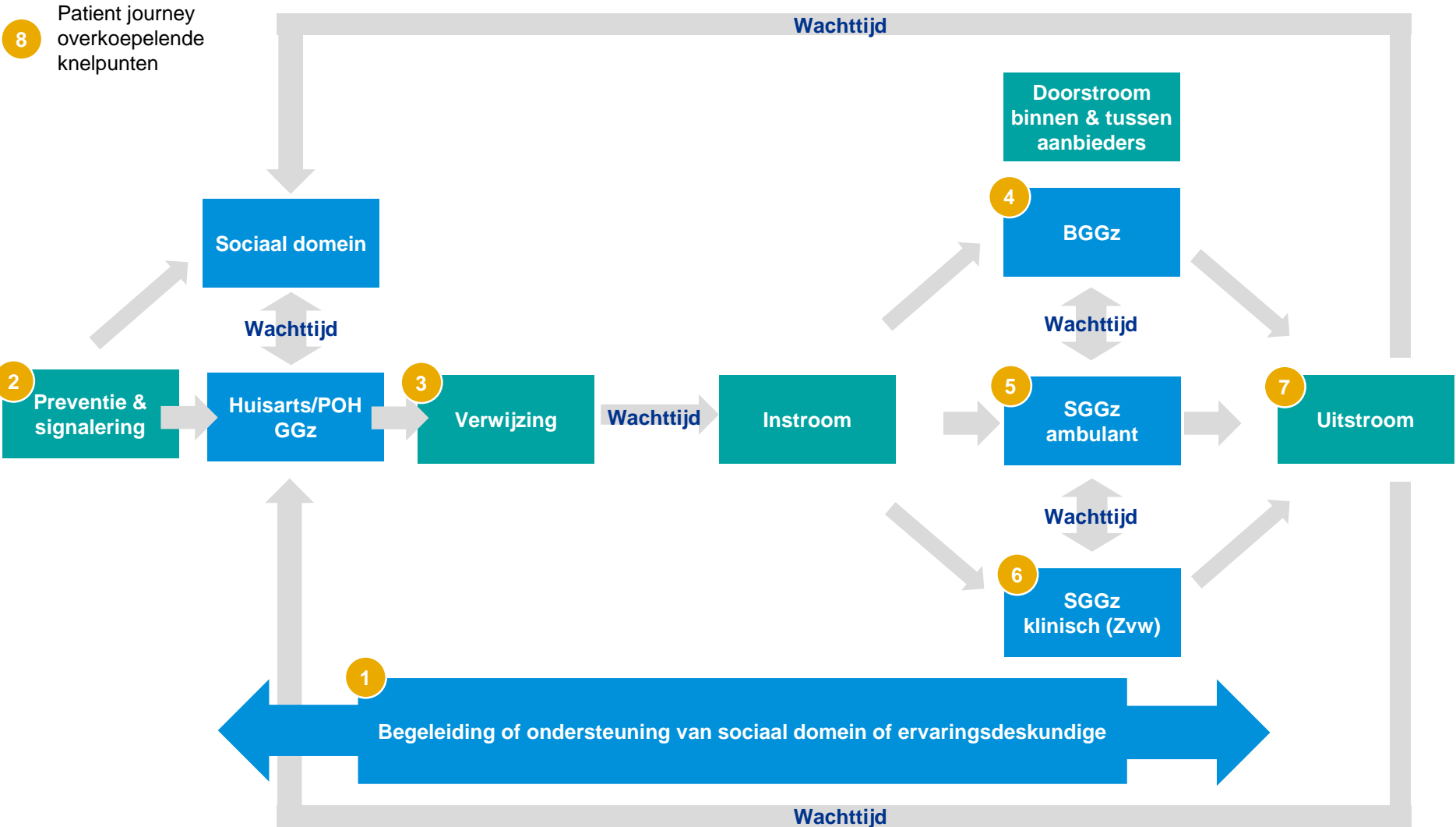
Praktisch: wat zijn de succesfactoren van de regionale taskforces?

Pagina 12



Inhoudelijk: waar zitten de knelpunten en de oplossingen?

# Belangrijkste knelpunten in de "patient journey" (1/3)



# Belangrijkste knelpunten in de "patient journey" (2/3)

## **Onvoldoende gebruik van het voorliggend veld (1)** vanwege:

- a) Onvoldoende kennis over de mogelijkheden in het voorliggend veld.
- b) Onvoldoende capaciteit in het voorliggend veld.
- c) Onvoldoende kennis en ervaring in het voorliggend veld.

## **Onvoldoende preventie (2)** van GGz problematiek vanwege:

- a) Geen of beperkt inzicht in de mogelijkheden tot preventie in de regio en/of onvoldoende ontwikkelde voorzieningen in de regio.
- b) Onvoldoende capaciteit en/of financiële middelen voor de preventie van GGz problematiek.
- c) Onvoldoende eigenaarschap van het probleem (wie is verantwoordelijk voor preventie en wie behaalt de voordelen?).

## **Onvoldoende signalering (2)** van GGz problematiek in het voorliggend veld en bij de huisarts vanwege:

- a) Onvoldoende kennis en ervaring met GGz problematiek om goed te signaleren.
- b) Onvoldoende capaciteit en/of financieel middelen om GGz problematiek goed te signaleren.
- c) Onvoldoende bewustzijn van het belang van vroeg signaleren van GGz problematiek.

## **Verkeerde verwijzingen (3)** van de huisarts / POH naar de basis GGz (BGGz) of specialistische GGz (SGGz) door:

- a) Onvoldoende inzicht in het aanbod, de capaciteit en de wachttijden van verschillende aanbieders in de regio.

## b) Onvoldoende inzicht in zorgvraag van cliënten, door:

- Beperkte expertise bij POH-GGz/huisarts
- Beperkte capaciteit bij POH-GGz/huisarts
- Ontbreken of onderbenutting van de consultatie functie bij de huisarts.

## **Suboptimale benutting van kleinere aanbieders, vrijgevestigden en BGGz (4 & 5 & 6).**

Deze aanbieders beschikken niet over de mensen en middelen om cliënten met een complexere zorgvraag in geval van crisis te behandelen. Daarbij komt dat zij cliënten – indien nodig – niet snel kunnen doorverwijzen naar een instelling met crisisfunctie. Dit leidt tot een grote verantwoordelijkheid voor crisisgevoelige cliënten, waardoor crisisgevoeligheid vaak een uitsluitingscriterium is. De aanbieders verwijzen crisisgevoelige cliënten door naar een instelling met crisisfunctie, terwijl een groot deel van deze cliënten behandeld zou kunnen worden bij deze aanbieders.

Daarnaast is de beschikbare tijd in de BGGz niet altijd toereikend om complexere problematiek te behandelen. Dit zorgt voor beperkingen in de behandeling van complexere problematiek; teveel complexe trajecten is financieel niet haalbaar (kosten en inkomsten staan niet meer in verhouding).

## **Suboptimale inzet van groepsbehandelingen (4 & 5 & 6)** in BGGz en SGGz.

Voor bepaalde specifieke (complexe) groepsbehandelingen bestaan wachtlijsten bij verschillende instellingen doordat het volume cliënten voor deze groepsbehandelingen per aanbieder relatief laag is. Dit betekent dat er op verschillende plekken in de regio cliënten wachten op het vollopen van hetzelfde type groepsbehandeling.

# Belangrijkste knelpunten in de "patient journey" (3/3)

Het samenvoegen van deze wachtenden kan eerder een nieuwe groep creëren. Daarnaast zijn er soms onvoldoende specialistische behandelaars aanwezig in een regio om optimaal gebruik te maken van specialistische groepsbehandelingen.

Tot slot, wordt er regelmatig gekozen voor een individuele behandeling i.p.v. een groepsbehandeling omdat de cliënt hier de voorkeur aan geeft. Het capaciteitstekort kan wel verminderd worden wanneer breder gekeken wordt naar mogelijkheden tot groepsbehandeling.

**Afsluiting behandeling later dan noodzakelijk (7)**, doordat:

- a) Professional durft niet los te laten omdat:
  - I. Er geen mogelijkheid is tot snel opschalen na afschalen, wat angst geeft dat de cliënt weer op een wachtlijst komt.
  - II. Er geen aansluiting is met andere voorzieningen door gebrek aan capaciteit bij deze voorzieningen (o.a. beschermd wonen).
  - III. Er geen vertrouwen is in het professionele vangnet.
  - IV. Er geen sociaal vangnet is voor de cliënt.
- b) Er is geen inzicht of de behandeling (voldoende) effectief is geweest/ de hulpvraag is opgelost, doordat de behandeling niet (goed) wordt geëvalueerd.

**Nazorgtraject is suboptimaal (7)**, omdat:

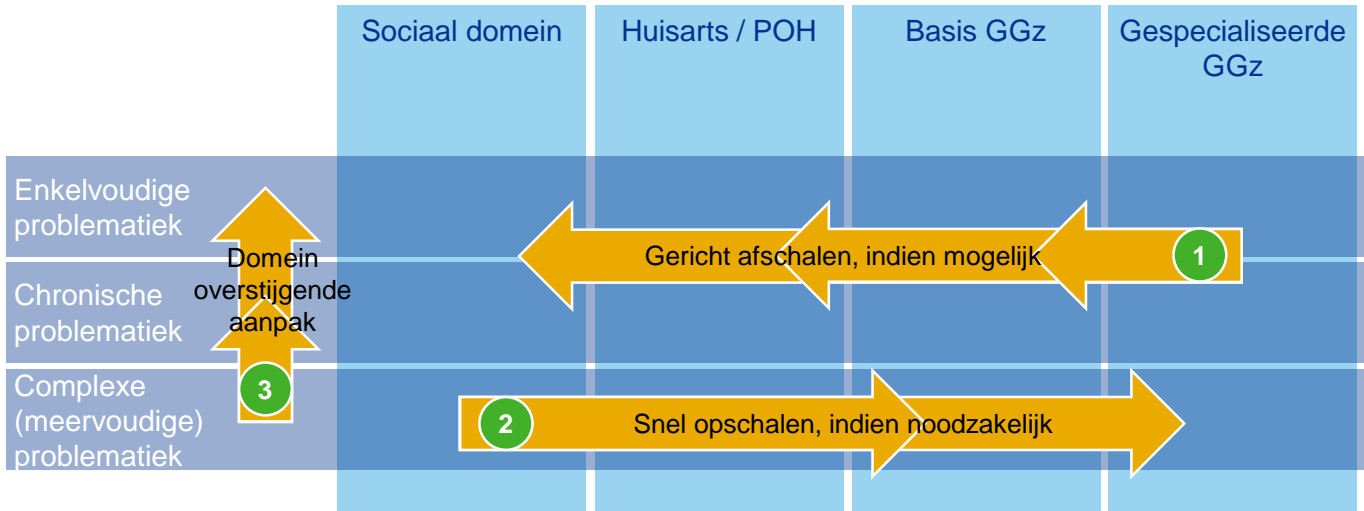
- a) Er onvoldoende al tijdens (het einde van) de behandeling wordt samengewerkt met andere partijen (o.a. huisarts, sociaal domein en maatschappelijke ondersteuning) en er onvoldoende sprake is van een 'warme overdracht'.
- b) Er geen mogelijkheid is tot snel opschalen in het geval van terugval/ crisis.

**Onvoldoende samenwerking behandelende en ondersteunende partijen (8)**. De harde knip in de financiering van behandeling (Zvw zorg) en begeleiding / ondersteuning (WMO zorg) zorgt ervoor dat de overgang tussen de verschillende soorten zorg en ondersteuning niet vloeiend verloopt. Dit heeft effect op de kwaliteit van de zorg, doordat behandeling en ondersteuning niet goed aansluiten.

Er zijn nog **onvoldoende (geschikte) mogelijkheden om informatie over de cliënt in de keten / het netwerk te delen en de mogelijkheden die er zijn worden onvoldoende benut (8)**. Hierdoor is de communicatie bij het gezamenlijk begeleiden en/of behandelen van één cliënt door verschillende aanbieders (huisartsen, sociaal domein, aanbieders BGGz en/of aanbieders SGGz) suboptimaal. Er is veelal een tekort aan rechtstreeks contact tussen aanbieders; communicatie vindt teveel uitsluitend schriftelijk plaats. Daarbij is tijdigheid van communicatie een aandachtspunt. Dit resulteert bijvoorbeeld in dubbele handelingen.

Er is **onvoldoende kennis over e-health (8)** en afstemming over wanneer e-health in te zetten om instroom in BGGz en SGGz te voorkomen en ter ondersteuning van de behandeling. Hierdoor wordt e-health onvoldoende benut door de huisarts / POH GGz, door zorgaanbieders en door ondersteuners. Deels wordt dit veroorzaakt door onbekendheid met en overeenstemming over welke e-health behandeling voor welke cliëntgroep effectief is.

# Welke verschuivingen willen we teweeg brengen binnen het zorg-landschap?



Om de wachttijden te laten dalen worden drie belangrijke verschuivingen gezien:

- 1. Gericht afschalen, indien mogelijk:** Cliënten worden waar mogelijk dichtbij huis (of dichtbij in het (zorg)netwerk) geholpen, indien van toepassing door een multidisciplinair team.
- 2. Snel opschalen, indien noodzakelijk:** Problematiek, en met name complexe (meervoudige) problematiek, wordt snel gesignaleerd en herkend, zodat cliënten snel naar de juiste plek verwezen kunnen worden en de juiste behandeling kunnen starten.
- 3. Domein overstijgende aanpak:** Complexe (meervoudige) problematiek wordt bij instroom en tijdens de behandeling vanuit een multidisciplinair oogpunt bekeken met als doel een integraal beeld en behandelplan te creëren voor de cliënt en gericht te behandelen / ondersteunen op basis van de hulpvraag.



# De oplossing komt uit een combinatie van acties op individueel, regionaal en landelijk niveau (1/2)

Oplossingsrichting	Individuele partijen	Regionaal	Landelijk
Gericht afschalen, indien mogelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BGGz en SGGz: Creëren van flexibiliteit om het opschalen van cliënten waar nodig te faciliteren.</li> <li>▪ Huisartsen: Meer uitgaan van de hulpvraag (medisch en sociaal); breder kijken dan enkel de zorgvraag en daarbij behorende instellingen.</li> <li>▪ Gemeenten: Ondersteuning dichtbij huis goed organiseren (versterken sociale domein en laagdrempelige voorzieningen) en kijken naar de mogelijkheden voor het inzetten van ervaringsdeskundigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regionale afspraken maken over de aansluiting tussen het medische en sociale domein (afstemmen aanbod, op-/afschalen) om instroom te voorkómen en uitstroom te bevorderen.</li> <li>▪ Afspraken maken over de mogelijkheden van de consultatiefunctie om de gespecialiseerdere kennis ook in lagere echelons in te zetten.</li> <li>▪ Afspraken maken over doorverwijzingen naar de crisisdienst waardoor kleinere aanbieders een complexere doelgroep kunnen bedienen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zorgen dat de VNG goed aangehaakt is, zodat de verbinding met de gemeenten ook op dit niveau goed wordt gelegd.</li> </ul>
Snel opschalen, indien noodzakelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BGGz en SGGz: korte aanmeld-wachttijd en snelle triage waardoor patiënten snel op de juiste plek terecht komen.</li> <li>▪ Huisarts / POH / gemeenten: genoeg ervaring en relaties opbouwen om complexe problematiek snel te signaleren.</li> <li>▪ Zorgverzekeraars: goed overzicht houden over de beschikbare capaciteit in de regio en snel schakelen over de contractering met aanbieders bij veranderingen rondom benodigde capaciteit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Multidisciplinaire triage met veel kennis van de mogelijkheden van de verschillende aanbieders in de regio.</li> <li>▪ Korte lijnen en afspraken over doorverwijzen om cliënten die onverhoopt niet direct goed zitten snel op de juiste plek te krijgen.</li> </ul>	

# De oplossing komt uit een combinatie van acties op individueel, regionaal en landelijk niveau (2/2)

Oplossingsrichting	Individuele partijen	Regionaal	Landelijk
Domein overstijgende aanpak	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ BGGz en SGGz: Evaluatie van de behandeldoelen en duidelijk afspraken over de criteria om te stoppen met behandelen.</li><li>▪ Huisarts en gemeenten: Ervaring en relaties opbouwen om eventuele terugval snel te signaleren bij patiënten die worden terugverwezen.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Afspraken maken over een multidisciplinaire triage waarbij oog is voor alle elementen (medisch en sociaal) van de hulpvraag en het opzetten van een gezamenlijk behandel- en ondersteuningsplan.</li><li>▪ Afspraken maken over de afschaling van cliënten en de mogelijkheden om weer op te schalen wanneer dit noodzakelijk is.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ruimte bieden om eventuele knelpunten bij overgang van bekostigingsstelsels op te lossen.</li></ul>



Praktisch: wat zijn de  
succesfactoren van de  
regionale taskforces?

# Wat zijn de succesfactoren voor een regionale taskforce

- Het gevoel dat de wachttijden een **gezamenlijk probleem** zijn van de partijen in de regio.
- De **juiste mensen aan tafel**, enerzijds de juiste organisaties, zoals een grote GGz aanbieder uit de regio en een zorgverzekeraar, en anderzijds de juiste mensen uit die organisatie. Deze mensen zitten niet alleen aan tafel, maar **spreken ook commitment uit** om de regionale taskforce met elkaar tot een succes te maken (het wordt expliciet gemaakt dat dit minimaal betekent dat iedereen tijd investeert in de taskforce).
- **Praktische organisatie is gewaarborgd**. Iemand (of via een roulatiesysteem) is verantwoordelijk voor het organiseren van de bijeenkomsten, versturen van de uitnodigingen en voorbereiden van de bijeenkomsten. Idealiter heb je ook iemand die de acties najaagt gedurende de periode tussen bijeenkomsten. Meest succesvol wanneer er leiderschap is van 1 of 2 grote spelers in de regio (grote GGz aanbieder, zorgverzekeraar, gemeente of samenwerkingsverband van huisartsen).
- Een **actiegerichte houding** van (bijna) alle mensen aan tafel. De groep moet het idee hebben dat iedereen (binnen de eigen mogelijkheden) een steentje wil bijdragen aan de oplossingen.
- **Vertrouwen tussen partijen** aan tafel en waar nodig doorzettingsmacht, zolang dit niet aanwezig is kan er oneindig gepraat worden, maar komt er geen actie.
- Verschillende taskforces vinden het fijn dat er een duidelijk **link is met de landelijke tafel**. Het is wel van belang dat ze voldoende het gevoel hebben dat problemen die ze aandragen daar ook serieus besproken worden en er ook op landelijk niveau aan oplossingen wordt gewerkt.

# Welke reacties zien we regelmatig in de verschillende taskforces (1/3)

Partij	Observaties mogelijke knelpunten samenwerking	Tips
Huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>De betrokkenheid van huisartsen is vaak afhankelijk van de organisatiegraad van de huisartsen in de regio en de passie van één of meerdere huisartsen voor de GGz problematiek.</li> <li>Doordat de huisartsen vaak minder verenigd zijn, is het moeilijk voor één huisarts om de gezamenlijke mening van de huisartsen in te brengen in de discussie en de besproken oplossingsrichtingen te ‘verkopen’ aan zijn / haar achterban.</li> <li>Huisartsen zien het wachttijdenprobleem soms meer als een probleem van de GGz aanbieder, zij voelen zich niet echt onderdeel van het probleem.</li> <li>Veel bijeenkomsten zijn tijdens spreekuurtijd van de huisarts, dit maakt het lastig voor huisartsen om aan te sluiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Betrek waar mogelijk de meer georganiseerde groepen huisartsen uit de regio.</li> <li>Vraag de betrokken huisarts(en) om bij zijn / haar achterban problematiek op te halen, zodat de taskforce een breder beeld heeft van wat er speelt bij de huisartsen.</li> <li>Plan de bijeenkomsten waar mogelijk aan het begin / eind van de dag en maak de bijeenkomsten niet te lang. Geef huisartsen eventueel ook de mogelijkheid om aan te sluiten voor een deel van de vergadering.</li> </ul>
BGGz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het is wisselend of de BGGz het probleem ook echt erkent als een gezamenlijk probleem. Dit is ook sterk afhankelijk van de wachttijden in de BGGz in de regio.</li> <li>Vaak heel welwillend om mee te werken op oplossingsrichtingen, maar zoeken de problemen vaak buiten zichzelf (‘de zorgverzekeraar geeft ons niet genoeg minuten per product’, ‘de zorgverzekeraar heeft een omzetplafond waardoor we niet kunnen groeien’, ‘de SGGz neemt onze patiënten niet snel genoeg op in geval van crisis’).</li> <li>Specifiek voor vrijgevestigden (BGGz en SGGz) gelden een aantal vergelijkbare knelpunten als voor de huisarts: 1) de bijeenkomsten tijdens spreekuurtijd zijn lastig, 2) de vrijgevestigden zijn vaak minder georganiseerd en kunnen daarom minder voor de groep spreken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Benadruk dat de taskforce niet alleen gaat over problemen, maar vooral over oplossingen. De oplossingsrichtingen die gekozen worden bieden vaak nieuwe kansen voor de BGGz aanbieders.</li> <li>Daag partijen binnen de taskforce uit om ook de hand in eigen boezem te steken en te kijken op welk gebied ze zelf nog kunnen verbeteren.</li> <li>Voor de specifieke knelpunten rondom de vrijgevestigden, zie ook de tips hierboven.</li> </ul>

# Welke reacties zien we regelmatig in de verschillende taskforces (2/3)

Partij	Observaties mogelijke knelpunten samenwerking	Tips
Specialistische GGz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ We zien verschillen tussen de problemen en houding van integrale en algemene GGz aanbieders:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrale GGz aanbieders blijven vaker hangen in het capaciteitsprobleem en de doorstroom in de keten. Zij zijn minder geneigd naar de eigen mogelijkheden te kijken, zoals de optimalisatie van eigen processen.</li> <li>- De algemene GGz aanbieders zien vaak mogelijkheden om meer patiënten te helpen. Hierbij ervaren zij voornamelijk de afspraken met de zorgverzekeraar en de mogelijkheden tot opschalen naar de integrale instellingen in geval van crisis als belemmerend.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daag partijen binnen de taskforce uit om ook de hand in eigen boezem te steken en te kijken op welk gebied ze zelf nog kunnen verbeteren.</li> <li>▪ Zorg voor een goede analyse met samenhang tussen de verschillende knelpunten en oplossingsrichtingen.</li> <li>▪ Begin met het identificeren van kleine stappen, zodra de verschillende partijen daadwerkelijk verschil gaan merken kun je verder uitbouwen.</li> <li>▪ Denk out-of-the-box voor oplossingsrichtingen en geef elkaar de ruimte voor een experiment.</li> </ul>
Gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De betrokkenheid van gemeenten en de mate waarin zij de wachttijden als een gezamenlijk probleem zien is wisselend per gemeente.</li> <li>▪ De manier waarop het sociaal domein is georganiseerd kan sterk verschillen per gemeente, vaak bevat één regio meerdere gemeenten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bespreek met elkaar de toekomstvisie voor de regio en op welke manier juiste zorg op de juiste plek het best vorm gegeven kan worden, hierbij wordt de cruciale rol van gemeenten vaak snel duidelijk.</li> <li>▪ Maak afspraken met meerdere gemeenten tegelijk en kijk op welke manier dezelfde afspraken binnen de verschillende invulling van het sociaal domein past.</li> </ul>

# Welke reacties zien we regelmatig in de verschillende taskforces (3/3)

Partij	Observaties mogelijke knelpunten samenwerking	Tips
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Er bestaan duidelijke verschillen tussen de zorgverzekeraars en de bereidwilligheid om out-of-the box oplossingen te bespreken. Denk bijvoorbeeld aan het openstaan voor het opzetten van regionale experimenten en het verkennen van de mogelijkheden binnen de huidige regelruimte.</li> <li>▪ Zorgverzekeraars zijn kritisch op de rol die aanbieders binnen de wachttijden op zich nemen en sturen vaak op afspraken binnen de contractering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zet met elkaar duidelijk kaders over wat er in de taskforce wordt besproken en welke discussies thuishoren in de contractonderhandelingen.</li> <li>▪ Daag de zorgverzekeraar uit om ook duidelijk aan te geven waar de kritieke punten zitten bij out-of-the-box oplossingen. Laat eventueel landelijke partijen (stuurgroep wachttijden, VWS, NZa, etc.) aansluiten bij vergaderingen om de mogelijkheden van vernieuwende oplossingen met elkaar te bespreken.</li> <li>▪ Spreek duidelijke verwachtingen naar elkaar uit over welke effort je verwacht van de individuele partijen in de regio en welke punten je gezamenlijk oppakt.</li> </ul>
Cliënten- en naastenvertegenwoordigers	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deze leden vinden het niet altijd makkelijk om de, voornamelijk meer strategische, discussies te volgen. Wanneer zij goed betrokken worden en specifieke vragen gesteld worden hebben ze heel waardevolle (en soms verrassende) input in de discussie.</li> <li>▪ Wanneer specifieke projecten worden uitgewerkt in subgroepen van de taskforce worden de leden vanuit de cliënten- en naastenvertegenwoordiging niet altijd optimaal betrokken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zorg dat je de deelnemers vanuit de cliënten- en familierraad goed betreft en stel gerichte vragen.</li> <li>▪ Zorg dat de deelnemers vanuit de cliënten- en familierraad ook betrokken worden bij de specifieke projecten die worden opgepakt vanuit de taskforce.</li> </ul>



# Thank you

**Karin Lemmens**

*Director, KPMG Health*

Tel: + [31] 6 12513683

Lemmens.Karin@kpmg.nl

**Karin Vernooij**

*Manager, KPMG Health*

Tel: + [31] 6 5275 5964

Vernooij.Karin@kpmg.nl





**KPMG on social media**



**KPMG app**

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.