

De effectiviteit van Inquiry Based Stress Reduction (IBSR) bij depressie: een gerandomiseerde klinische studie.

Gepubliceerd: 08-09-2015 Laatste bijgewerkt: 15-04-2024

Dit onderzoeksproject heeft tot doel om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg voor mensen met een depressieve stoornis, in Nederland en daarbuiten. Het verminderen van klachten en verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestart
Type aandoening	Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON47093

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

IBSR bij depressie

Aandoening

- Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG

Synoniemen aandoening

Depressiviteit, Droefgeestig, Neerslachtigheid

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: FortaGroep

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W, FortaGroep

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: CGT, Depressie, IBSR, RCT

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat van dit onderzoek is de ernst van de depressieve klachten gemeten met de Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory (BDI-II, Beck e.a. 1996), de BDI-II-NL. De BDI is een veelgebruikte (zie Richter, 1998) korte zelfrapportagevragenlijst voor het meten van de algehele ernst van een depressie. Het instrument is ontwikkeld voor het beoordelen van symptomen overeenkomstig de DSM-IV criteria (APA, 2000), en is het resultaat van 35 jaar verzamelde psychometrische data en klinische ervaring. Uitgebreid Nederlands onderzoek met een vertaling van de BDI-II heeft geresulteerd in een betrouwbare en valide Nederlandse versie, de BDI-II-NL (Van der Does, 2002). De vragenlijst bestaat uit 21 uitspraken van klachten waaruit de onderzochte persoon de meest karakteristieke uitspraak moet kiezen die het beste beschrijft hoe men zich *de afgelopen week met vandaag erbij* voelde. De antwoorden op deze symptomen bij elkaar opgeteld, levert de totaalscore; een maat voor de algehele ernst van depressie. De totaalscore kan een minimale, lichte, matig ernstige of ernstige depressie indiceren.

Secundaire uitkomstmaten

Secundaire uitkomstmaten (zie in de bijlage de Engelstalige versie van het onderzoeksvoorstel voor meer informatie over de vragenlijsten):

Ernst en aantal van psychische en / of lichamelijke klachten in de afgelopen

week:

SQ-48: Symptom Questionnaire 48 (Carlier, Schulte-Van Maaren, Wardenaar, Giltay, Van Noorden, Vergeer, & Zitman, 2012).

48 meerkeuze items

Kwaliteit van leven:

SF-36: Short Form Health Survey (Ware & Sherbourne, 1992). Nederlandse versie, Aaronson e.a. (1998).

36 meerkeuze items

Mate van acceptatie

AAQ-II: Nederlandse Versie (Jacobs e.a. 2008) van de Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond e.a. 2011).

10 meerkeuze items

Ernst van disfunctionele gedachten

DAS-A-17: De 17-item Nederlandse Versie (Leefregelvragenlijst; De Graaf e.a. 2009) van de Dysfunctional Attitude Scale (DAS-A; Weissman, 1978)

17 meerkeuze items

Mate van angstdispositie en toestandsangst:

ZBV: Zelfbeoordelvragenlijst (Van der Ploeg, 2000).

40 meerkeuze items

Aanwezigheid van een AS-I stoornis (DSM-IV-TR: APA, 2000)

SCID-I: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

(Nederlandse vertaling: Van Groenestijn e.a. 1998).

Afnametijd variabel

Paralinguale aspecten van spraak.

Analyse met PRAAT (Boersma & Weenink, 2018) van de opnamen van de therapie sessies: Toonhoogte, variabiliteit van de toonhoogte en de spreek snelheid.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Achtergrond (zie in de bijlage de Engelstalige versie van het onderzoeksvoorstel voor de referentielijst)

Depressie is een ernstige ziekte. In Nederland krijgt 18,7% van de bevolking in zijn leven te maken met een depressieve episode en 5,2% van de Nederlanders lijdt aan een depressieve stoornis (de Graaf e.a. 2010). Bij ongeveer de helft van alle patiënten die een depressieve episode doormaken is deze periode korter dan drie maanden (Spijker, e.a. 2002). Echter voor ongeveer een derde van deze patiënten duurt een episode langer dan twee jaar (Keller, 2001). Van alle depressieve patiënten ontwikkelt ongeveer 15-20% een chronische depressie (Eaton, 2008). Binnen Nederland ontvangt 58,5% van de depressieve patiënten behandeling (GGZ Nederland, 2013). De kosten voor depressie per jaar komen in Nederland uit op ongeveer 3 miljard euro, waarvan een derde bestaat uit de kosten voor behandeling (Slobbe e.a. 2011; de Graaf e.a. 2011). De kosten door depressies in Nederland in 2011 zijn berekend op 164.000 Disability Adjusted Life Years (DALY's; Poos e.a. 2014). Wanneer we afgaan op de DALY-maat blijkt dat depressie in 2004 in de wereld op de derde plaats stond van ziekten met de grootste ziektelast. De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat de ziektelast van depressie in 2030 van alle ziekten de grootste zal zijn (Lépine & Briley, 2011).

Psychotherapeutische interventies

Van alle psychotherapeutische interventies bij depressie zijn cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke psychotherapie (IPT) de meest empirische gevalideerde behandelingen (Cuijpers e.a. 2008; Lemmens e.a. 2011,

Cuijpers e.a. 2011). Beide psychotherapeutische behandelingen zijn empirisch ondersteunde psychologische behandelingen bij patiënten met een stemmingsstoornis (empirically-supported psychological therapies; EST's; Hollon & Ponniah, 2010). Cuijpers e.a. (2013) berekenden de effectgrootte van CGT bij depressie op basis van 115 studies en kwamen (na correctie voor publicatie bias, waarvoor de onderzoekers sterke aanwijzingen vonden) uit op een medium effectgrootte (g van 0.53). Een andere manier om naar de effectiviteit van CGT te bekijken is om te kijken naar het aantal mensen dat na behandeling met CGT niet meer depressief, oftewel hersteld, is. Schindler e.a. (2011) deden onderzoek bij 338 depressieve patiënten die behandeld werden met CGT bij een polikliniek van een universiteit en vonden dat 48% hersteld was van de depressie na behandeling en dat bij 5,7% de depressie significant was verslechterd. Wanneer de cijfers werden bekeken met de behulp van de 'Reliable Change Index' (RCI; Jacobson & Truax, 1991) zoals beschreven door Seggar e.a. (2002) daalde deze aantallen naar respectievelijk 43,2% en 3,2%. Gibbons e.a. (2010) deden soortgelijk onderzoek bij 217 depressieve patiënten die poliklinisch behandeld werden en vonden dat 61% hersteld was van de depressie na behandeling en dat bij 8% de depressie significant was verslechterd. Het herstelpercentage daalde naar 45% wanneer enkel patiënten werden meegenomen die bij de start van de behandeling een score op de BDI-II-NL hadden hoger dan de cut-off score (dit was 36% van de totale groep). Het bereiken van volledig herstel is belangrijk, omdat patiënten die dit niet bereiken vijf keer vaker terugvallen (Judd e.a., 2000), hetgeen vervelend is voor deze mensen en tevens bijdraagt aan de kosten van de GGZ in Nederland.

Een belangrijk deel van de depressieve patiënten die behandeld zijn met CGT en middels behandeling herstel van klachten hadden ervaren valt terug. Vittengl e.a. (2007) hebben terugvalpercentages onderzocht bij depressiebehandeling die in de 'acute'-fase werd ingezet (met als doel dusdanige klachtreductie dat er sprake is van herstel) en vonden dat 29% van deze patiënten terugvalt binnen een jaar en 54% binnen twee jaar. Wanneer een dergelijke behandeling werd voortgezet ook na de 'acute'-fase (met als doel behoudt van de klachtreductie en voorkomen van terugval) daalde de gemiddelde terugvalpercentages naar 10-12% direct na de behandeling tot 40-42% een periode na de behandeling (dit gemiddelde werd gemeten tussen de 114 en 153 weken na behandeling).

Ondanks dat enkele psychotherapieën bewezen effectief zijn als behandeling van depressieve klachten geldt dit slechts voor een deel van de patiënten en zijn de terugvalpercentages hoog. Verbetering van bestaande of betere nieuwe behandelingen zijn daarom nodig. Dit is de voornaamste behoefte die ten grondslag ligt aan dit onderzoek.

Inquiry Based Stress Reduction (IBSR)

IBSR is een regelmatig gebruikte verbale therapievorm die zich richt op het onderzoeken van gedachten. De methode is ontwikkeld door Byron Katie in 1986 (Katie, 2002). De centrale aanname is dat 'We lijden alleen als we een gedachte geloven die in strijd is met wat is'. De methode omvat het identificeren en vervolgens onderzoeken van gedachten volgens een gestructureerd proces. Het

onderzoeken van gedachten geschied door vier vragen te stellen en door vervolgens de gedachte om te keren naar het tegenovergestelde (in de bijlage vindt u een Engelstalige en meer uitgebreide versie van dit voorstel met een uitgebreidere uitleg van de methode). IBSR wordt toegepast door mensen in meer dan 30 landen (www.thework.com). Katie heeft duizenden mensen getraind in de methode met behulp van haar school. De IBSR methode wordt naar schatting gebruikt door honderden psychologen in Nederland (afgeleid van het aantal psychologen dat is getraind door Van Rhijn, de vierde auteur). Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT) accrediteert IBSR-cursussen voor therapeuten die in opleiding zijn tot cognitief gedragstherapeut. Bij andere specialistische verenigingen, zoals de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (FGzPt), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), kunnen deze cursussen gevolg worden in het kader van herregistratie.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat IBSR een gunstig effect heeft op het verminderen van klachten, waaronder angst- en depressieve klachten (Nye, 2011; Gaanderse, 2011; Leufke e.a. 2013, Lev-ari e.a. 2013; Smernoff e.a. in druk). De methode is onderzocht in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep (Nye, 2011; Lev-ari en Arber, 2014) alsook in een studie waarbij naast een controlegroep gebruik werd gemaakt van een conditie met een alternatieve interventie (Gaanderse, 2011). Deze therapievorm is veelbelovend. Een goede gerandomiseerde studie met voldoende proefpersonen waarbij het effect van IBSR wordt vergeleken met andere effectieve behandelingen is nodig (een uitgebreidere onderbouwing vanuit de wetenschappelijke literatuur vindt u in het Engelstalige onderzoeksvoorstel in de bijlage). In dit onderzoek willen wij onderzoeken in hoeverre deze methode bij een depressieve populatie werkzaam is in vergelijking tot de op dit moment beste behandeling; cognitieve gedragstherapie. Wij willen dat de patiënt kan profiteren van de beste beschikbare behandeling. Naast de effectiviteit willen we van beide behandelmethoden de veronderstelde onderliggend werkzame mechanismen onderzoeken om op deze manier inzicht te verschaffen in de verschillen tussen deze twee verbale behandelmethoden die zich richten op het onderzoeken van gedachten. Hiermee willen wij bijdragen aan het verbeteren en effectiever maken van (bestaande) behandelingen voor mensen met een depressie.

Emotie, cognitieve verandering en stem akoestiek.

Er is bewijs dat disfunctionele attitudes in depressie afhankelijk zijn van de emotie die een persoon ervaart. (Segal, Kennedy, Gemar, Hood, Pedersen & Buis, 2006). In andere woorden, een lage stemming triggert disfunctionele attitudes die een depressieve respons triggeren. Daardoor is het aannemelijk dat om deze disfunctionele attitudes in therapie te veranderen, deze attitudes toegankelijk moeten zijn doordat de persoon in kwestie in de juiste emotionele stemming moet zijn. Een manier om emoties te meten is het analyseren van de paralinguïstische aspecten van spraak. Emoties zoals angst, boosheid of verdriet activeren het stress systeem en beïnvloeden spierspanningen.

Vocalisatie is een product van verschillende spierspanningen in de borst en de keel die de paralinguale aspecten van spraak beïnvloeden. Bijvoorbeeld de toonhoogte, de reikwijdte van de toonhoogte, de variabiliteit van de toonhoogte, de luidheid en snelheid van spreken.(Darby, 1981; Scherer 1986).

Dit onderzoek is een samenwerkingsverband is tussen de Erasmus Universiteit Rotterdam en de FortaGroep. Wij willen bij 88 patiënten het effect van IBSR en CGT op de klachten onderzoeken op zowel korte als langere termijn. Tevens zal van beide behandelmethode de veronderstelde onderliggend werkzame mechanismen worden onderzocht. De behandelingen zullen plaatsvinden op vier verschillende behandellocaties van de FortaGroep in de periode 2015-2018. Er werken experts in IBSR bij depressieve klachten en CGT bij depressieve klachten mee aan dit onderzoek. Deze unieke samenwerking tussen psychologen en onderzoekers heeft tot doel om een kwalitatief hoogwaardig onderzoek uit te voeren volgens internationale standaarden en om IBSR, bij een aangetoonde superioriteit, te implementeren in Nederland en om daarmee de kwaliteit van de zorg voor het grote aantal depressieve patiënten in de GGZ in ons land te verbeteren. De uitkomsten kunnen een sterke verbetering in kwaliteit van leven betekenen voor een grote groep mensen.

Hoofdonderzoeksvraag

Is IBSR een effectieve interventie voor een poliklinische patiëntenpopulatie met een depressieve stoornis vergeleken met de standaardbehandeling (CGT) in het verlagen van depressieve symptomen gemeten met de BDI-II-NL (Van der Does, 2002), op korte termijn (aan het einde van de behandeling)? En op lange termijn (na respectievelijk 1 en 2 jaar na beëindigen van de behandeling)?

Hoofdhypothesen

Bij behandeling van een poliklinische patiëntenpopulatie met een depressieve stoornis is IBSR effectiever dan CGT in:

het verlagen van depressieve klachten, op korte en lange termijn

het voorkomen van terugval

het bereiken van herstel van de diagnose depressie

Doel van het onderzoek

Dit onderzoeksproject heeft tot doel om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg voor mensen met een depressieve stoornis, in Nederland en daarbuiten. Het verminderen van klachten en verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt staan centraal. Een gevolg van een betere behandeling, zoals hier onderzocht, is tevens een besparing aan kosten van de GGZ in Nederland.

Met dit onderzoek willen we de effectiviteit van een relatief nieuwe en veelbelovende behandelvorm, IBSR, onderzoeken en aantonen. Hiermee willen wij de behandeling van depressieve patiënten in Nederland te verbeteren en een

bijdrage leveren aan het kostenefficiënt houden van de GGZ in Nederland.

Hoofdonderzoeksvraag

Is IBSR een effectieve interventie voor een poliklinische patiëntenpopulatie met een depressieve stoornis vergeleken met de standaardbehandeling (CGT) in het verlagen van depressieve symptomen gemeten met de BDI-II-NL (Van der Does, 2002), op korte termijn (aan het einde van de behandeling)? En op lange termijn (na respectievelijk 1 en 2 jaar na beëindigen van de behandeling)?

Hoofdhypothesen

Bij behandeling van een poliklinische patiëntenpopulatie met een depressieve stoornis is IBSR effectiever dan CGT in:

- het verlagen van depressieve klachten, op korte en lange termijn
- het voorkomen van terugval
- het bereiken van herstel van de diagnose depressie

Een belangrijke subvraag is voor ons is:*

Heeft IBSR een ander onderliggend werkzaam mechanisme heeft dan CGT?

Onze subhypothesen bij deze subvraag zijn:*

IBSR heeft een ander onderliggend werkzaam mechanisme heeft dan CGT.

IBSR vergroot het niveau van acceptatie waardoor depressieve klachten verminderen.

CGT verminderd disfunctionele denkpatronen waardoor depressieve klachten verminderen.

*zie het onderzoeksvoorstel in de bijlage voor meer subvragen en subhypothesen.

Er is een relatie tussen baseline metingen van paralinguale aspecten van spraak (toonhoogte, variabiliteit van de toonhoogte en spreek snelheid) en de ernst van de depressie gemeten met de BDI-II-NL

Paralinguale aspecten van spraak (toonhoogte, variabiliteit van de toonhoogte en spreek snelheid) veranderen gedurende therapie

Veranderingen in paralinguale aspecten van spraak gedurende therapie zijn geassocieerd met verminderen van depressieve klachten.

Er zijn verschillen tussen CGT en IBSR in het triggeren van emoties zoals gemeten door paralinguale aspecten van spraak en deze verschillen houden verband met het verminderen van de ernst van de depressie zoals gemeten door de BDI-II-NL.

De hoeveelheid emoties van de therapeut hebben invloed op de uitkomst van therapie

Onderzoekopzet

Het gekozen onderzoeksdesign om onze onderzoeksvragen op een zo goed mogelijke manier te beantwoorden is een gerandomiseerd onderzoeksdesign met een controlegroep (Randomized Clinical Trial; RCT). Hierbij willen wij zorgen dat de dataverzameling wordt uitgevoerd door personen die blind zijn voor de behandelconditie van de patiënt. RCT's zijn de gouden standaard wanneer het aankomt op het onderzoeken van het effect van een behandeling (Schulz, 2010). Daarnaast is een RCT zeer geschikt om onderliggend werkzame mechanismen te onderzoeken (Haaga en Stiles, 2000; Nock, 2007). Aangezien er sprake is van een RCT met een controlebehandeling die effectief is gaan wij uit van een kleine tot gemiddelde effectgrootte om te onderzoeken of de nieuwe behandeling, IBSR, effectiever is om depressieve klachten te verlagen.

Onderzoeksproduct en/of interventie

De interventie in de experimentele groep is IBSR. In de controlegroep bestaat de interventie uit treatment as usual, oftewel CGT. De IBSR interventie bestaat uit psycho-educatie over depressie en de invloed van ons denken op hoe wij ons voelen. Vervolgens worden op een gestructureerde manier disfunctionele gedachten in kaart gebracht. De volgende stap bestaat uit het op geprotocolleerde wijze onderzoeken van gedachten met behulp van 4 vragen en het omkeren van een gedachte (zie het Engelstalige onderzoeksvoorstel in de bijlage voor een uitgebreidere uitleg). De gebruikte formulieren zullen wij als bijlage meeleveren. Participanten zullen huiswerkopdrachten meekrijgen die hoofdzakelijk bestaan uit het onderzoeken van gedachten. De behandeling zal afsluiten met het maken van een plan voor de toekomst om de inzichten mee te nemen naar de toekomst en hiermee een terugval in depressieve klachten te voorkomen.

Inschatting van belasting en risico

Participanten krijgen twee intakegesprekken met twee verschillende psychologen en een behandeling van 16 sessies. De behandeling kan eventueel korter duren (data van een participant wordt meegenomen indien iemand minimaal vijf sessies heeft gehad en stopt in overeenstemming met het advies van de psycholoog). De belasting vanuit de intake en behandeling verschilt niet met de standaardprocedure, zoals deze nu wordt gehanteerd wanneer iemand zich aanmeldt met een depressieve stoornis.

Participanten krijgen wel te maken met een extra belasting, zoals de afname van de SCID-I tijdens de intakefase en het invullen van additionele vragenlijsten. Standaard vinden er Routine Outcome Measurements, ROM-metingen, plaats met behulp van de SQ-48 (48 meerkeuze items) voorafgaand aan de behandeling, bij evaluatie en bij ontslag. De vragenlijsten die vanwege het onderzoek extra worden afgenomen zijn de BDI-II-NL (21 meerkeuze items), de SF-36 (36 meerkeuze items), de ZBV (40 meerkeuze items), de AAQ (10 meerkeuze items) en de DAS (17 meerkeuze items).

De SCID-I, de SF-36 en de ZBV worden afgenomen bij intake, ontslag en de follow-up metingen na 1 en 2 jaar. De BDI-II-NL, de AAQ en de DAS worden

afgenomen bij intake, sessie 4, sessie 8, sessie 12, ontslag en de follow-up metingen na 1 en 2 jaar.

Er lijkt geen sprake van een hoog risico. Beide behandelingen worden momenteel gebruikt bij het behandelen van mensen met een depressie. Eerder onderzoek heeft geen bijzonder risico aangetoond. Alle gesprekken zijn met professionele psychologen (die supervisie krijgen). Mochten klachten toenemen of er sprake zijn van een crisissituatie (zoals bij suïdidaliteit of een andere ernstige verstoring die voortzetting de behandeling volgens protocol verhindert) dan vindt dropout plaats en zal adequate zorg geboden worden.

Er bestaat een kans dat mensen een behandeling krijgen die inferieur is aan de standaardbehandeling. Anderzijds kan het ook zijn dat zij, in overeenstemming met onze verwachtingen, juist een betere behandeling krijgen en de eersten zullen zijn die hier bewezen van profiteren.

Contactpersonen

Publiek

FortaGroep

Hoofdweg 482
Rotterdam 3067GK
NL

Wetenschappelijk

FortaGroep

Hoofdweg 482
Rotterdam 3067GK
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

1. Patiënten komen in aanmerking voor deelname wanneer bij intake blijkt dat er sprake is van een depressieve stoornis (licht tot matig) als hoofddiagnose. Dit zullen wij vaststellen door afname van de SCID-I (Van Groenestijn, 1999).
2. Leeftijd 18 jaar of ouder
3. Niet tegelijkertijd elders onder behandeling voor depressie klachten
4. Niet in psychotherapie geweest in het afgelopen jaar
5. Geen medicatie voor depressieve klachten of een onveranderde dosis in de afgelopen 2 maanden
6. De bereidheid om niet elders in psychologische behandeling te gaan gedurende deze behandeling en de bereidheid af te spreken geen dosisverandering van de medicatie te maken (veranderingen in dosering resulteren in dropout)
7. Voldoende beheersing van de Nederlandse taal

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

De exclusiecriteria die gehanteerd worden zijn:

1. aanwezigheid van suïcidaliteit (uitgevraagd bij intake en gemeten via de BDI-II-NL bij de voormeting),
2. wanneer iemand voldoet aan de DSM-IV criteria van een ernstige depressieve stoornis, psychotische stoornis of bipolaire stoornis,
3. wanneer er sprake is van neurologische klachten of belemmerende factoren zoals Alzheimer,
4. wanneer er sprake is van substantieel middelen gebruik of misbruik,
5. wanneer iemand niet de tijd heeft om huiswerkopdrachten te maken.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Interventie onderzoek

Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blinding:	Open / niet geblindeerd
Controle:	Geneesmiddel
Doel:	Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestart
(Verwachte) startdatum:	15-10-2015
Aantal proefpersonen:	88
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	08-09-2015
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam (Rotterdam)
Goedgekeurd WMO	
Datum:	18-09-2018
Soort:	Amendement
Toetsingscommissie:	METC Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam (Rotterdam)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL51699.078.15