

INNOVATIE

Wellness Recovery Action Plan in Nederland — Een herstelmethode bij psychische ontwrichting

Als je leven wordt bepaald door ziekte en zorg, begint herstel met het hervinden van je eigen verhaal. De methode van het Wellness Recovery Action Plan lijkt veelbelovend: concrete herstelondersteunende zorg met een duidelijke rol voor ervaringsdeskundigen. Door **Dienke Boertien, Marianne van Bakel & Jaap van Weeghel**

De begrippen herstel en ervaringsdeskundigheid zijn exponenten van een andere manier van denken over geestelijke gezondheidszorg. Om deze nieuwe denkwijze te ondersteunen en invulling te geven, introduceren we in Nederland WRAP: Wellness Recovery Action Plan. WRAP is een zelfhulpinstrument dat voortkomt uit het gedachtegoed van de herstelbeweging. Het helpt mensen met ernstige psychische aandoeningen om opnieuw grip op hun leven te krijgen. Ziekte en problemen worden niet ontkend, maar door aandacht voor de eigen kracht in een ander licht geplaatst. Onvermoede mogelijkheden voor eigen regie komen beter in beeld.

Al geruime tijd voelen medewerkers in veel ggz-instellingen de noodzaak om het herstelproces van cliënten leidend te maken en om herstelondersteuning een concrete vorm te geven. Maar hoe dat in praktijk te brengen? WRAP biedt volgens ons een goede mogelijkheid. We schetsen eerst de achtergronden van het herstelconcept. Vervolgens geven we informatie over WRAP en lichten we toe wat

de methode in Nederland kan toevoegen aan het bestaande aanbod.

Herstel en ervaringsdeskundigheid

Herstel is als vernieuwend concept vanaf de jaren negentig ontwikkeld in de cliëntenbeweging in de psychiatrie. De ontwikkeling begon in de Verenigde Staten en Nieuw-Zeeland, maar tekende zich later ook in andere landen af.¹⁻³ In Nederland heeft met name het HEE-team onder leiding van Wilma Boevink herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de ggz geïntroduceerd.⁴ Elders werd de eerste versie van de cursus Herstellen Doe Je Zelf ontwikkeld.⁵⁻⁶

In een herstelproces ontdekt iemand zijn eigen — vaak verloren gewaande — mogelijkheden tot een beter leven. Een groeiende stroom herstelverhalen en artikelen getuigt hoe ervaringskennis betekenis aan de symptomen heeft gegeven.⁷⁻¹¹ Vaak komt een herstelproces op gang vanuit de ontwrichting en

het rolverlies door een psychische aandoening.¹²⁻¹⁴ Gaandeweg worden mensen weer 'auteur van hun eigen verhaal'.

Maar als je leven vooral bepaald wordt door problemen, ziekte en zorg, is het niet vanzelfsprekend om weer aan dat eigen verhaal te gaan beginnen.¹⁵ Herstel is dan – evenals zelfmanagement of zelfhulp – vaak een loos woord. In dergelijke situaties kan ervaringsdeskundigheid uitkomst bieden.¹⁶

Ervaringsdeskundigheid is ontwikkeld op grond van persoonlijke ervaringen van pijn en herstel. Ervaringsdeskundigen weten hoe stigma, zelfstigma, uitsluiting en discriminatie voelen. Om een eigen verhaal te kunnen maken is het noodzakelijk los te komen van de algemene opvattingen binnen en over de psychiatrie. Die opvattingen zijn vaak negatief, bevestigen dat iemand afwijkt en niet binnen de heersende orde past. Deze opvattingen worden geïnternaliseerd. Als ze op jezelf van toepassing zijn, wordt stigma 'zelfstigma'.^{17,18} De herstelbeweging vraagt dan ook niet alleen aandacht voor individueel herstel maar bestrijdt ook discriminatie van mensen met psychiatrische aandoeningen.¹⁹

Ruimte bieden, niet overnemen

Het vraagt bepaalde competenties om anderen te ondersteunen in hun herstelproces. Als iemand de moed vindt om anders naar zijn eigen leven en belevingen te kijken, gaat dat op zoekende wijze, soms met hele kleine en nauwelijks waarneembare stappen. Dit proces vraagt van anderen dat zij ruimte bieden en niet in angstvallige beheersingsstrategieën vervallen. Het is soms moeilijk om niet over te nemen, geen hulp te bieden en niet de vrije ruimte waarin iemand zichzelf kan vinden, af te knippen.²⁰

Een ervaringsdeskundige weet uit ervaring dat er soms ogenschijnlijk, vanaf de buitenkant gezien, weinig gebeurt, maar dat die fase '... later subjectief omschreven [kan] worden als "Ik begin te denken aan weer op gang komen"'.^{21,22} Een ervaringsdeskundige kan met eigen en andermans ervaringskennis vertrouwen en inspiratie bieden. Die wederkerige verkenning biedt steun. Ervaringsdeskundigheid wortelt in de traditie van zelfhulp, ondersteunt het proces van herstel maar laat de inhoud van het herstelproces nadrukkelijk bij de persoon die herstelt.²³

In Nederland zijn op veel plaatsen initiatieven genomen om deze onderscheidende kenmerken van ervaringsdeskundigheid in ggz-instellingen vorm te geven. HEE! en het Kenniscentrum voor Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid zetten programma's in die cliënten ruimte bieden voor eigen herstel en een stem geven in de omslag naar andere zorg. Onderzoek laat zien dat deze programma's effectief zijn in belangrijke aspecten van herstel zoals hoop, empowerment en veerkracht.^{6,24} Deze programma's worden door verschillende ggz-instellingen ingezet. Daarnaast stellen steeds meer instellingen ervaringsdeskundige medewerkers aan voor verschillende herstelondersteunende taken.

Ervaringsdeskundige methodisch ondersteunen

Parallel hieraan wordt steeds meer scholing voor ervaringsdeskundigheid aangeboden. Maar er zijn ook nog veel vragen. Moet ervaringsdeskundige een apart beroep zijn?²⁵⁻²⁶ Hoe onderscheidt de hulp van ervaringsdeskundigen zich van reguliere hulpverlening en in hoeverre sluit het ene op het

Ondersteun het herstelproces, maar blijf af van de inhoud

andere aan? Hoe ontstaat goede samenwerking? Moet scholing binnen of juist buiten de reguliere kaders worden gegeven?^{27,28}

Om de praktijkervaringen te bundelen en verdere ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid te ondersteunen, zijn het Trimbos-instituut (HEE!) en Kenniscentrum Phrenos in 2010 met het tweejarige project LIVE begonnen. Een brede inventarisatie van ervaringsdeskundige praktijken in de ggz leerde dat er weliswaar grote steun is voor meer inzet van ervaringsdeskundigheid, maar dat er ook nog veel knelpunten zijn.²⁹ Er blijkt behoefte te zijn aan concretere en methodischer ondersteuning van herstel en zelfhulp. Zo'n ondersteuningsprogramma moet toegankelijk zijn voor mensen met uiteenlopende achtergronden en diagnoses, en moet de ervaringsdeskundige houvast bieden bij de uitoefening van zijn specifieke competenties.

Ervaringen met WRAP in de Verenigde Staten en Nieuw-Zeeland wijzen erop dat dit instrument voor zelfmanagement in deze behoefte kan voorzien.³⁰⁻³² Een bezoek aan het eerste wereldcongres over WRAP in Philadelphia (VS) leverde ons meer kennis, inzicht en enthousiasme op over de mogelijkheden van een modelgetrouwe invoering van de WRAP in Nederland.

WRAP: bij vele problemen toepasbaar

WRAP is in de jaren negentig in de Verenigde Staten ontwikkeld door Mary Ellen Copeland. Toen zij te kampen had met depressies en psychoses, bood de zorg haar geen hoopvol perspectief en nauwelijks ondersteuning bij haar persoonlijk herstel. Zij ontwikkelde zelf manieren om zich beter te voelen en onafhankelijk te worden van de zorg. Dit lukte boven alle verwachting.³³ Zij was ervan overtuigd dat zij niet de enige was die ervaring met tekortschietende zorg had opgedaan, of die daarna de eigen kracht had hervonden. Die overtuiging bleek juist, zo leerde zij uit vele

gesprekken met anderen die een achtergrond van ernstige psychiatrische aandoeningen hadden. Op basis van al deze herstellervaringen is WRAP ontwikkeld.^{14,34}

WRAP is toepasbaar bij iedereen die in een kwetsbare situatie zijn regie en welbevinden wil vergroten. De methode is niet gebonden aan bepaalde diagnoses of aan specifieke problemen, maar is tot nu toe vooral toegepast bij mensen met ernstige psychische aandoeningen zoals psychotische stoornissen en bipolaire stoornis.

WRAP bestaat uit zeven onderdelen die alle afgestemd zijn op het hoofddoel: 'Wat heb ik in welke situatie nodig en hoe kan ik mijn welbevinden vergroten?' Elk onderdeel besteedt aandacht aan een fase van meer of minder welbevinden. De onderdelen zijn Gereedschap voor een goed gevoel; Plan voor dagelijks onderhoud; Triggers en een actieplan; Vroege waarschuwingstekenen en een actieplan; Signalen van ontsporing en een actieplan; Crisisplan; Plan voor na de crisis.

Deelnemers maken het plan voor zichzelf en het blijft ook van henzelf. Het is niet bedoeld als een onderdeel van het behandelplan in het EPD.

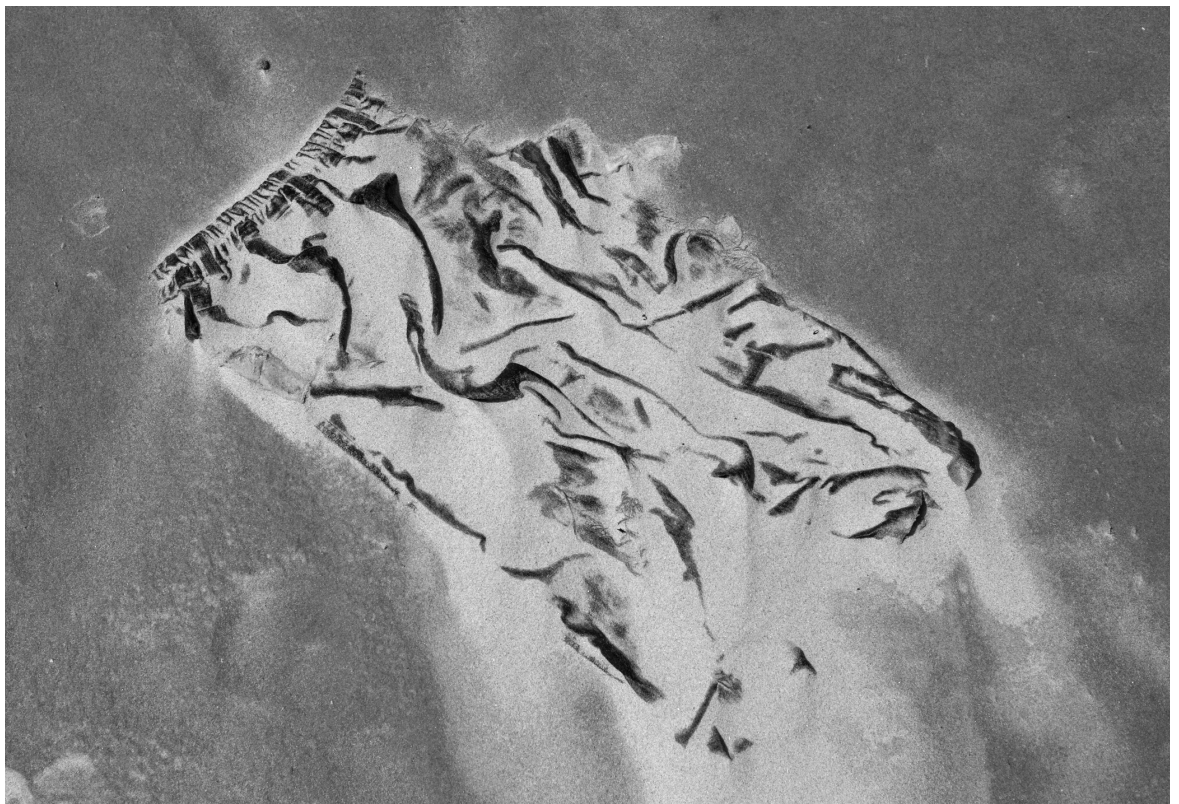


FOTO ANKE TEUNISSEN / HOLLANDSE HOOGTE

Het onderdeel 'crisisplan' bijvoorbeeld deel je met degenen die jij een rol vraagt te spelen bij een crisis. Dat kan de behandelaar zijn, maar ook familie en vrienden.

WRAP kan op allerlei manieren vorm krijgen: op papier, met foto's of met (symbolische) spulletjes in een letterlijk koffertje. De keuze voor een vorm maakt iedereen individueel. Het criterium is of de gekozen vorm bijdraagt aan het 'levend maken' van WRAP als een eigen groeidocument dat richting geeft in het dagelijks leven.

WRAP wordt inmiddels gebruikt in alle staten van de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Nieuw-Zeeland en Japan. In Schotland biedt het Scottish Recovery Network WRAP aan als één van zijn kernactiviteiten.³⁵ Het Copeland Center in Philadelphia organiseert wereldwijd de modelgetrouwe verspreiding en registratie van WRAP. Mental Health Recovery and WRAP in Dummerston, Vermont (VS), biedt een groeiend aantal publicaties aan.

Hoe werkt WRAP?

WRAP kan in hulpverleningsprogramma's gebruikt worden en maakt deze niet overbodig. Het helpt mensen hun levensverhaal te hervinden, onafhankelijk van de hulpverlening. Er zijn geen toelatingscriteria anders dan dat iemand zelf een WRAP wil maken om het leven weer in eigen hand te nemen.

Een WRAP maken, bijvoorbeeld in een mapje, schrift of wat iemand maar verkiest, gebeurt meestal in een aantal (groeps)bijeenkomsten die worden begeleid door zogenaamde 'facilitators'. In zo'n groep kunnen veel ervaringen worden uitgewisseld, wat voor veel mensen een meerwaarde heeft.

De term facilitator verwijst naar 'gemakkelijk maken': hij maakt het iemand gemakkelijker om de eigen kracht en mogelijkheden te ontdekken. Herstel en zelfhulp doen beide een beroep op de verantwoordelijkheid en het vermogen van mensen om hun leven in eigen hand te nemen en een eigen betekenis aan hun leven te geven.³⁶ De facilitator heeft zelf ervaringen van herstel met WRAP, en is getraind om dit proces bij anderen te ondersteunen. Het Copeland Center heeft de opleiding tot facilitator ontwikkeld.

Welbevinden als centrale as

Om dat proces van het vinden van betekenis, welbevinden en regie te ondersteunen, zijn enige aspecten van WRAP uiterst belangrijk. Ten eerste is dat de structuur. WRAP begint met 'het gereedschap voor een goed gevoel'. Dit deel vormt het hart van de methode. Gaandeweg (her)ontdekken mensen manieren om zich beter te voelen. Dat zorgt voor een andere blik: van beperkingen naar mogelijkheden. Het welbevinden groeit. De onderdelen die daarna volgen geven elk een toestand weer waarin dat welbevinden wankelt. Maar bij iedere toestand hoort ook een actieplan. Daarin kun je bepaalde gereedschappen uit de gereedschapskoffer opnemen die in die toestand kunnen helpen. De focus ligt niet op wat er mis gaat, maar op wat je kunt doen.

Deze andere blik loopt door alle onderdelen heen. Zelfs het onderdeel 'crisisplan', dat in werking gaat als iemand niet meer voor zichzelf kan zorgen, ondersteunt welbevinden en regie omdat je ermee kunt aangegeven wat je wel en niet wilt tijdens een crisis. Zo wordt het herstelconcept leidend en het welbevinden de centrale as waaromheen alles draait. Ziekte en problemen worden niet ontkend maar gezien in het licht van eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden.

Ten tweede zijn er de vijf sleutelbegrippen: hoop, eigen verantwoordelijkheid, persoonlijke ontwikkeling, opkomen voor jezelf en steun. Deze vormen het fundament voor de andere blik. De begrippen staan in nauwe relatie en versterken elkaar. Als je merkt dat de regie over je leven groeit zodra je meer verantwoordelijkheid neemt, krijg je ook meer hoop. Als je merkt dat je inderdaad gerichte steun kunt vragen, word je minder afhankelijk van wat een ander goed lijkt. Steun die uitstraalt dat na het donker ook altijd weer licht gloort, is hoopgevend, enzovoorts.

Ten derde is de gelijkwaardige ondersteuning door de facilitators in een gedeeld leerproces een onderscheidend kenmerk. Een belangrijk houvast daarbij is een aantal ethische grondbeginselen die zijn opgesteld door Mary Ellen Copeland. Deze bewaken het proces van gelijkwaardigheid en waarborgen dat ruimte geboden wordt om herstel en welbevinden te verkennen. De beginselen benadrukken onder meer vrijwillige deelname, deskundigheid over eigen herstel, het gedeelde leerproces van uitwisseling van ervaringen. Ze zorgen

voor een veilige omgeving met respect voor eigen en andermans (soms moeilijk te begrijpen) gevoelens. Ze leggen de nadruk op simpele en veilige zelfhulpstrategieën voor welbevinden en niet op ziekte en beperkingen. Het geven van adviezen wordt vermeden.

De uitwisseling van gelijksoortige ervaringen inspireert om het eigen verhaal verder te ontwikkelen. Bovendien draagt de uitwisseling bij aan de nuancering van de algemene beeldvorming en kan ze zelfstigma verminderen. Dit is de kracht van het verhalen vertellen en de kern van elke emancipatiebeweging.²³

Copeland en Mead leggen grote nadruk op het belang van weloverwogen gebruik van taal.³⁴ Taal is de sleutel om je eigen ervaringen te ontdoen

Hoe harder je trekt, hoe minder je krijgt

van het psychiatrisch jargon en in je eigen, 'gewone' woorden te benoemen. Door 'reframing' van de psychiatrische betekenis in een eigen betekenis kunnen mensen hun ervaringen met zichzelf en het gewone leven verbinden.

Een WRAP maak je niet even op een achternamiddag. Het vraagt tijd om op een andere manier te denken en daar gaandeweg een manier van leven bij te vinden. Herstel laat zich niet afdwingen: 'Hoe harder je trekt, hoe minder je krijgt'. Deze paradox wordt in WRAP heel mooi opgeheven. Dat wat als ziekte of stoornis gezien wordt, blijkt binnen de veranderde blik vaak een kracht te zijn (geweest), omdat het de beste manier was om te overleven. Het is de start van een 'interne transitie'; WRAP biedt structuur en groeit mee met het herstel.

WRAP modelgetrouw toepassen

Het is voor facilitators belangrijk om voortdurend te reflecteren op de essentiële kenmerken van WRAP en op de bijbehorende wijze van begeleiden. De manier van denken over moeilijke psychische ervaringen gaat in tegen de gangbare opvattingen.

Het is heel gemakkelijk om ongemerkt toch weer met die oude blik te denken over wat er mis is. Het Copeland Center heeft verschillende instrumenten ontwikkeld om scherp te blijven op de omkering in blik en op de ethische waarden die de basis zijn voor het herstelconcept.

Onderzoek en evidentie

In de Verenigde Staten staat WRAP te boek als een *evidence-based practice*.^b De eerste onderzoekspublicaties over WRAP verschenen pas enkele jaren geleden. Aanvankelijk ontbraken in de effectstudies nog controlegroepen. Zo onderzochten Doughty en anderen in Nieuw-Zeeland de invloed van een serie workshops over WRAP op zowel cliënten als hulpverleners in ggz-instellingen.³⁷ Na afloop van de workshop waren beide groepen in kennis en attitude meer op herstel georiënteerd. De eerste inhoudelijke uitkomsten van WRAP werden in de Verenigde Staten in twee pilotstudies met een pre-post design gemeten. Cook en anderen vonden significante verbeteringen in (door de respondenten zelf gerapporteerde) psychiatrische symptomen, herstel, hoop, opkomen voor eigen belangen en lichamelijke gezondheid.³⁰ Daarna toonden Starnino en anderen aan dat deelname aan WRAP leidde tot toename in hoop en herstel, maar niet tot afname in psychiatrische symptomen.³⁸ Alle respondenten in deze studie, en ook in de hierna te noemen onderzoeken, namen vrijwillig deel aan WRAP, hadden een ernstige psychische aandoening (schizofrenie of andere psychotische aandoening zoals een bipolaire stoornis of ernstige depressie) en waren cliënt van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

De *pilotstudy* van Starnino en anderen ging vooraf aan het eerste effectonderzoek naar WRAP met een vergelijkingsgroep. Het betrof een quasi-experimenteel onderzoek in Kansas,³⁹ waaruit bleek dat de WRAP-deelnemers significant meer verbetering lieten zien in symptomen en hoop, maar niet in herstel (gemeten met de Recovery Markers Questionnaire: een door cliënten in te vullen checklist met 28 aan herstel gerelateerde items).

De eerste RCT

De beperking van het onderzoek van Fukui e.a. was dat er nog geen modelgetrouwheidsmaat voor WRAP bestond, waardoor men niet kon bepalen in hoeverre WRAP naar behoren werd uitgevoerd.³⁹ Zo'n modelgetrouwheidsmaat was er wel bij de eerste randomized controlled trial (RCT).³² Deze werd in zes regio's in de staat Ohio uitgevoerd. In totaal 519 personen met ernstige psychische aandoeningen die reguliere ambulante zorg ontvingen, werden *at random* toegewezen aan de WRAP-groep of de controleconditie (wachtlister voor WRAP, met gebruikelijke zorg). Gedurende drie jaar zijn er, verspreid over vijf periodes, WRAP-groepen gehouden, telkens in acht wekelijkse bijeenkomsten. De groepen werden begeleid door twee facilitators. De modelgetrouwheid van de WRAP-uitvoering werd wekelijks gemeten.³²

Vergeleken met de deelnemers aan de controle-groepen hadden de WRAP-deelnemers zowel onmiddellijk na de interventie als zes maanden later significant minder last van symptomen, hogere scores op hoop en een hogere subjectieve kwaliteit van leven. Bovendien bleek uit een multivariate analyse dat de WRAP-deelnemers significant beter voor hun eigen behoeften en belangen opkwamen in hun contacten met ggz-hulpverleners.⁴⁰

Onderzoek in Nederland

Deze positieve onderzoeksbevindingen uit de Verenigde Staten roepen de vraag op of WRAP ook in de Europese c.q. Nederlandse context succesvol zou kunnen zijn. Het Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos starten in 2012 met subsidie van ZonMw een onderzoek naar het effect van WRAP op mensen die een traject van Individual Placement and Support (IPS) volgen of een andere vorm van Supported Employment (SE) ontvangen. Daarnaast zijn er plannen om ook in Nederland een *multisite* RCT naar WRAP uit te voeren.

Uitkomsten van deze en andere (kwantitatieve en kwalitatieve) onderzoeken naar WRAP kunnen meer zicht geven op de vraag hoe herstelondersteunende zorg eruit moet zien. Onderzoek naar de effectiviteit van de WRAP biedt tevens onderbouwing voor de kernkwaliteiten van ervaringsdeskundigheid en voor een goede borging in de opleiding voor ervaringsdeskundigen.

Is WRAP in Nederland nuttig?

WRAP biedt, mits goed aangeboden, een concreter en veelomvattender houvast voor persoonlijke herstelprocessen dan tot nu toe beschikbaar is. WRAP sluit goed aan bij bestaande instrumenten en methoden, zoals de cursus Herstellen Doe Je Zelf en de Herstelwerkgroepen van HEE!, en biedt een heldere structuur. WRAP kan ook richting geven aan herstelondersteunende zorg omdat de cliënt de regie heeft en leert om, waar nodig, een hulpvraag te formuleren. De laatste jaren zijn methodieken geïntroduceerd als *Illness Management and Recovery*,⁴¹ en *Shared Decision Making*.⁴² Deze methoden hebben des te meer zin als er een omslag in het denken over ziekte en herstel heeft plaatsgevonden, waardoor cliënten met een groeiende eigen inbreng kunnen samenwerken met reguliere hulpverleners. Ook het Strength-model van Rapp en anderen kan herstelondersteuning vanuit hulpverlening bieden, als het herstelconcept al meer is geïnternaliseerd.⁴³ Zo kunnen bewezen behandelinterventies en individuele herstelprocessen elkaar steeds meer versterken.⁴⁴

WRAP geeft ook ervaringsdeskundigen een concreet instrument om hun rol te vervullen, met elementen die onderscheidend zijn voor ervaringsdeskundigheid. Nu is het nog vaak zoeken, voor zowel de ervaringsdeskundigen als de ggz-organisatie, om de kerntaken van ervaringsdeskundigheid te formuleren. Dit biedt meer zicht op de noodzakelijke competenties voor ervaringsdeskundige ondersteuning bij herstel. Van deze concrete competenties kan ieder instrument en elke opleiding in ervaringsdeskundigheid voordeel hebben.

WRAP is geen instrument specifiek voor ondersteuning bij psychische aandoeningen maar kan ook in een andere context ondersteunen bij het hervinden van regie en welbevinden, zoals in de forensische zorg en de maatschappelijke opvang, maar ook in de somatische zorg waar ervaringsdeskundigheid steeds meer wordt ingezet. Er lijken volop toepassingsmogelijkheden van WRAP in de toekomst.

Vervolg in Nederland

HEE! en Kenniscentrum Phrenos hebben een plan ontwikkeld om WRAP modelgetrouw in Nederland te kunnen aanbieden. De eerste fase is de training van 19 facilitators door trainers van het Copeland Center. De facilitators zullen het komende jaar in de instelling waar zij als ervaringsdeskundige werken, WRAP-groepen gaan draaien. HEE! en Kenniscentrum Phrenos zullen in nauwe samenwerking met de SBWU, GGZ Oost-Brabant, Pameijer, GGZ Eindhoven-de Kempen en GGZ Noord-Holland-Noord de implementatie van de WRAP vormgeven. In het najaar van 2012 krijgen de facilitators van het Copeland Center een opleiding tot 'train-de-trainer' en kunnen zij vervolgens andere ervaringsdeskundigen opleiden tot facilitator.

Gedurende dit eerste jaar wordt Nederlandstalig scholingsmateriaal ontwikkeld dat gecertificeerd zal worden door het centrum van publicaties van WRAP in Vermont (VS), onder leiding van Mary Ellen Copeland.

De implementatie van WRAP kan er in Nederland toe bijdragen dat het emancipatoire herstelconcept breed toegankelijk wordt. Dit vraagt van organisaties de bereidheid om ervaringsdeskundigheid en WRAP-groepen te faciliteren en de expertise om de zorg die zij bieden af te stemmen op de wensen en vermogens van hun cliënten. Het lijkt waarschijnlijk dat dit van werknemers in de zorg een transitie in het denken over ziekte en over hun eigen rol vraagt. De wending die in de methode van de WRAP besloten ligt, kan bijdragen aan het bestrijden van het stigma van psychiatrische aandoeningen en aan het herstel van ontwrichtende psychische ervaringen.

Noten

- a www.live-ervaringsdeskundigheid.nl
b <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=208>

Literatuur

- 1 Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988; 11: 11-19.
- 2 Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16(4): 11-23.
- 3 Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field Schizophrenia Bulletin 2006; 32(3): 443-450.
- 4 Boevink W, Beuzekom J van, Gaal E, et al. Samen werken aan herstel: Van ervaringen delen naar kennis overdragen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2002.
- 5 Henkens H, Hof R van 't, Jacobs H, et al. Werkboek en handleiding herstellen doe je zelf. Tilburg: Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid; 1996.
- 6 Gestel-Timmermans JAWM van. Recovery is up to you; Evaluation of a peer-run course. Tilburg: Universiteit van Tilburg; 2011.
- 7 Brown W, Kandirikira N. 'Recovering Mental Health in Scotland: Report on narrative investigation of mental health recovery' Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007.
- 8 Lauveng A. Morgen ben ik een leeuw, hoe ik mijn schizofrenie overwon. Amsterdam: Arbeiderspers; 2007. (Oorspronkelijke Noorse uitgave 2005).
- 9 Boevink W. Mijn moeizame weg van stoornis naar samenhang; een ervaringsdeskundige verkenning van de relatie trauma-psychose. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2008; 63(11): 903-911.
- 10 Romme M, Escher S, Dillon J, et al. Living with voices, 50 stories of recovery. Birmingham: City University; 2009.
- 11 Timmer H, Plooy A. Weten van leven: Ervaringskennis van mensen met langdurig psychische aandoeningen. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2009.
- 12 Deegan P. Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *The Journal of Psychosocial Nursing* 1993; 31(4): 7-11.
- 13 Boevink W. (red) Verhalen van herstel, samenwerken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- 14 Copeland ME. Wellness Recovery Action Plan®. Dummerston, Vermont: Peach Press; 1997.
- 15 Oosterbaan H, Boogaards M, Roosen-schoon BJ. Cliënten over herstel. Onderzoek in een rehabilitatiecentrum. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2001; 56(3): 147-161.
- 16 Kole N. De hulpeloosheid en hopeloosheid voorbij: Gesprek met een ervaringsdeskundige. *Deviant*, 2011; 69: 16-18.
- 17 Weeghel J van. Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. Wat zijn goede anti-stigma strategieën? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2005; 60(4): 378-395.
- 18 Saleebey D. Culture, Theory, and narrative: The Intersection of Meanings. *Practice Social Work* 1994; 39(4): 351-359.
- 19 Cohen O. How do we recover? An analysis of psychiatric survivor oral histories *Journal of Humanistic Psychology* 2005; 45: 333-354.
- 20 Boertien DJ, Rooijen S van. Ervaringskennis in de ggz, een noodzaak. In:

- Psychiatrische Rehabilitatie, jaarboek 2010-2011. Amsterdam: SWP; 2011, 35-46.
- 21 Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding CM. The person-key to understanding mental illness: towards a new dynamic psychiatry III. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161 (Suppl. 18): 19-26.
 - 22 Shiers D, Rosen A, Shiers A. Perspectives in Early Intervention, Beyond early intervention: can we adopt alternative narratives like 'Woodshedding' as pathways to recovery in schizophrenia? *Psychiatry* 2009; 3: 163-171.
 - 23 Mead M, Hilton D, Curtis L. Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 25: 134-141.
 - 24 Boevink W. Onderzoek naar effectiviteit HEE-trajecten (in progress).
 - 25 Weerman A, Schuitema A, Berends Y. Ggz-ervaringskennis in de reguliere SPH-opleiding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2011; 66(5): 330-344.
 - 26 Bakel M van et al. Ervaringsdeskundigheid (1-4). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2011; 66(11) 813-822.
 - 27 Erp N van, Hendriksen-Favier A, Hoeve M, Boer M. Werken met begeleiders in de ggz met ervaringsdeskundigheid; een onderzoek naar voordelen, valkuilen en belangrijke condities voor de inzet en scholing van BGE'ers. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
 - 28 Erp N. van, Boertien D, Scholtens G, Rooijen S. Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning; voorbeelden uit de geestelijke gezondheidszorg Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
 - 29 Erp N, Wezep M van, Meijer M, et al. Werk en opleiding voor ervaringsdeskundigen Transitie-experiment Eindhoven. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
 - 30 Cook JA, Copeland ME, Hamilton MM, et al. Initial outcomes of a Mental Illness Self-Management Program Based on Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatric Services* 2009; 60: 246-249.
 - 31 Cook JA, Copeland ME, Corey L, et al. Developing the evidence base for peer-led services: changes among participants following wellness recovery action planning (WRAP education in two statewide initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 34(2): 113-120.
 - 32 Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using wellness recovery action planning. *Schizophrenia Bulletin* advance access. (march 14th 2011).
 - 33 Copeland ME. Living without depression and manic depression. Oakland: Harbinger; 1994.
 - 34 Copeland ME, Mead S. Wellness recovery action plan & peer support, personal, group and program development. Dummerston: Peach Press; 2004.
 - 35 SRN (Scottish Recovery Network). WRAP. A tool to help people better manage their mental health and well-being and support recovery from mental health problems. Glasgow: SRN; 2009.
 - 36 Ridgway P. Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. Spring 2001; 24(4): 335-343.
 - 37 Doughty C, Tse S, Duncan N, McIntyre L. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008; 20: 1-7.
 - 38 Starnino VR, Mariscal S, Holter MC, et al. Outcomes of an Illness Self-Management Group Using Wellness Recovery Action Planning (brief report). *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 34(1): 57-60.
 - 39 Fukui S, Starnino VR, Mariscal S, et al. Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) Participation on Psychiatric Symptoms, Sense of Hope, and Recovery *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2011; 34(3): 214-222.
 - 40 Jonikas JA, Grey DD, Copeland ME, et al. Improving propensity for patient self advocacy through wellness recovery action planning: Results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal* 2011; published online: 14 december 2011.
 - 41 Gingerich S, Mueser, K. Illness management and recovery. In: Drake R, Mersers M, D. Lynde (red). Evidence-based mental health practice: A textbook. New York: Norton. 2005.
 - 42 Liontos LB, Lashway L. Shared decision making. Oregon, Eric: University of Eugene; 1997.
 - 43 Rapp CA, Goscha RJ. The Strengths Model, case management with people with psychiatric disabilities. Oxford: Oxford University Press; 2006.
 - 44 Davidson L, Drake RE, Schmutte T, et al. Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health Journal* 2009; 45: 323-332.

Samenvatting

Het Wellness Recovery Action Plan (WRAP) is een in de VS ontwikkeld zelfhulpinstrument voor herstel. Het zou een belangrijke toevoeging kunnen zijn aan het bestaande aanbod van ervaringsdeskundige herstelondersteuning in Nederland. Recent onderzoek in de VS laat positieve uitkomsten zien op belangrijke maten van herstel. Kenniscentrum Phrenos en HEE! zijn een project gestart om WRAP samen met een aantal ggz-instellingen in Nederland beschikbaar te stellen.

Drs. D. J. Boertien is projectmedewerker ervaringsdeskundigheid bij Kenniscentrum Phrenos, Utrecht. dboertien@kcphrenos.nl

Drs. M. A. J. van Bakel is coach en coördinator HEE, Trimbos-instituut, Utrecht.

Prof. dr. J. van Weeghel is hoogleraar aan de Tranzo van de Universiteit van Tilburg, directeur van Kenniscentrum Phrenos en stafmanager zorgontwikkeling en onderzoek voor GGZ Dijk en Duin.