

WRAP literatuuronderzoek

Door Aniek de Lange, Trimbos-instituut 2020

Dit literatuuronderzoek is uitgevoerd als onderdeel van het project 'Naar een bredere toepassing van WRAP': de ontwikkeling van een implementatie handreiking en modelgetrouwheidsschaal voor WRAP, mogelijk gemaakt met een subsidie van het Agis Innovatiefonds.

Achtergrond WRAP

Het begrip herstel maakt de laatste decennia een opgang (Boevink, 2017; Dröes & Plooy, 2010; Wilrycx, 2014). Anthony definieerde herstel in 1993 als '*een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven*'. Herstel verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven (Boevink, 2009). Leamy en anderen (2011) analyseerden 97 onderzoeken naar herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen. Daaruit is een conceptueel kader ontstaan met vijf kernbegrippen (CHIME): Connectedness (verbondenheid met anderen), Hope (hoop), Identity (identiteit), Meaning to life (betekenisgeving) en Empowerment (grip op het eigen leven). Het inzetten van ervaringsdeskundigheid kan een cruciale rol spelen bij herstel (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017).

Doelen WRAP

Wellness Recovery Action Plan (WRAP) is een uit de VS afkomstig zelfhulpinstrument dat voortkomt uit het gedachtegoed van de herstelbeweging. WRAP is ontwikkeld door Mary Ellen Copeland, die zelf kampte met depressie en psychoses. Ze ontwikkelde zelf manieren om aan haar eigen herstel te werken. Copeland ging op zoek naar lotgenoten en ontdekte dat er veel overeenkomsten waren in alle afzonderlijke herstelprocessen (Erkenningscommissie langdurige ggz, 2015). Het hoofddoel van WRAP is dat mensen een handvat krijgen om eigen herstel en zelfmanagement vorm te geven (Erkenningscommissie langdurige ggz, 2015). Hiermee worden mensen met ernstige psychische aandoeningen ondersteund om opnieuw grip te krijgen op hun leven. De volgende vraag staat centraal: '*Wat heb ik in welke situatie nodig en hoe kan ik mijn welbevinden vergroten?*' (Boertien e.a., 2012). Vijf *sleutelbegrippen* worden onderscheiden: hoop, persoonlijke verantwoordelijkheid, eigen ontwikkeling, opkomen voor jezelf en steun (Erkenningscommissie langdurige ggz, 2015). WRAP is niet diagnosegebonden, maar is tot nu toe vooral toegepast bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (Boertien e.a., 2012).

Het werken met een WRAP kan mensen helpen om moeilijke, pijnlijke gevoelens en gedrag te monitoren, en om die gevoelens te verminderen, veranderen of uit te schakelen door reacties, waar tijdens trainingen bij stil wordt gestaan. Ook bevat een WRAP plannen voor reacties van anderen, wanneer een persoon zelf geen beslissingen kan nemen, voor zichzelf kan zorgen en/of zichzelf kan beschermen. Het plan is geen vervanging van een behandelplan, maar vormt een aanvulling (Trainingshandboek). De WRAP wordt ontwikkeld door degene die deze uitdagingen zelf ervaart. Dit gebeurt tijdens groepsbijeenkomsten, waar deelnemers op vrijwillige basis aan deelnemen (Copeland Center, 2014; Erkenningscommissie langdurige ggz, 2015).

Aanpak training

In het trainingshandboek van WRAP worden verschillende workshopformats uitgewerkt. De workshopserie van acht bijeenkomsten wordt als 'standaard format' uitgewerkt, met een duur van 135 tot 160 minuten per bijeenkomst. Ook komt er een voorbeeldverdeling voor een groep met twaalf sessies aan bod, die afhankelijk van de beschikbare tijd en behoeftes van de groep gegeven kan worden. In dat geval duren de meeste sessies 1 tot 2,5 uur (Trainingshandboek). Wat betreft het aantal deelnemers vermeldt de Nederlandse interventiebeschrijving dat er maximaal twaalf personen deelnemen aan een training (Erkenningscommissie langdurige ggz, 2015).

Facilitators

WRAP-groepen zouden geleid moeten worden door twee gecertificeerde facilitators (Copeland Center, 2014). De facilitators zijn ervaringsdeskundigen, die opgeleid zijn tot facilitators door middel van een vijfdaagse training (Copeland Center, 2014; Erkenningscommissie langdurige ggz, 2015). In deze training wordt uitgebreid stil gestaan bij de ethische grondslagen van WRAP, didactische principes en hulpmiddelen die tijdens de training worden gebruikt. Om facilitators op te mogen leiden, moet men een *advanced level facilitatortraining* volgen (Aga, 2017). De gevorderde facilitators zijn opgeleid door het *Copeland Center for Wellness and Recovery*. Dit centrum heeft als enige organisatie een licentie om mensen op te leiden tot gevorderde facilitator. Facilitators worden geacht elke twee jaar een opfriscursus te volgen (Copeland Center, 2014).

Facilitators worden geacht te werken volgens verschillende ethische grondslagen. Deze zijn uitgewerkt in verschillende elementen, waaronder: *'als facilitator moet je: deelnemers respecteren, hen een gevoel van hoop geven, hun ervaringen erkennen'*. Ook is uitgewerkt wat de grondslagen van het herstelwerk zijn, waaronder: *'dit werk is gebaseerd op zelfbeschikking, gegrond in het geloof in gelijkheid'*. Verder zijn er uitgangspunten uiteengezet wat betreft het werken in de groep, zoals: *'er zijn geen vooropgestelde resultaten'* en *'er is geen 'politieke' agenda'*. Dit onderdeel wordt samengevat als *'Doe al het mogelijke om een veilige, comfortabele en respectvolle atmosfeer voor de deelnemers te creëren en te verzekeren'*.

Inhoud training

De bijeenkomsten bestaan uit verschillende onderdelen. Tijdens de eerste bijeenkomst wordt er stil gestaan bij de vijf genoemde sleutelbegrippen. Vervolgens wordt er bij de volgende twee bijeenkomsten aandacht besteed aan een persoonlijke *gereedschapskoffer voor een goed gevoel*. Hierbij wordt al het 'gereedschap' voor een goed gevoel geïnventariseerd, dat deelnemers al tot hun beschikking hebben of zouden willen krijgen. Deze gereedschapskoffer vormt het fundament voor de andere bijeenkomsten, waar de deelnemers aan de slag gaan met in totaal zes *actieplannen*:

- *Plan voor dagelijks onderhoud*:
 - Hoe ben ik als ik me goed voel?
 - Wat moet ik dagelijks doen om me goed te (blijven) voelen?
 - Wat moet ik zo nu en dan doen om me goed te (blijven) voelen?
- *Triggers en een actieplan*: Hierbij worden triggers in kaart gebracht, oftewel situaties of gebeurtenissen van buitenaf die iemand (onverwacht) van slag kunnen brengen. Door ze te herkennen kunnen er vervolgens acties worden bedacht om er beter mee om te gaan.
- *Vroege waarschuwingstekens en een actieplan*: Hierbij gaat het om signalen waaruit blijkt dat het even minder goed gaat. Door het onderscheiden van deze signalen, kan iemand actie ondernemen.
- *Signalen van ontsporing en een actieplan*: In deze situatie zijn er signalen waaruit blijkt dat het niet goed gaat met iemand, maar diegene kan nog steeds zelf wat doen. In dit geval moet het snel gebeuren.
- *Crisisplan*: Dit plan bestaat uit negen onderdelen:
 - Voorbereiding:
 - Hoe zie ik eruit als ik me goed voel?
 - Wat zijn signalen dat anderen het/iets van mij over moeten nemen?
 - Wie neemt wat over (en wie helemaal niet)?
 - Gewenste en ongewenste handelingen:
 - Informatie over bestaande hulpverleningscontacten en medicatie
 - Welke behandelingen zijn voor mij acceptabel en welke niet?
 - Plannen voor opvang buiten GGz (thuis, respijtzorg, elders)
 - Welke opnameplekken zijn voor mij acceptabel en welke niet?
 - Wat anderen kunnen doen en wanneer dat niet meer nodig is:

- Lijst van wat anderen kunnen doen om te helpen en wat ze niet moeten doen
- Tekenen dat het crisisplan niet meer nodig is en ik zelf weer zaken overneem

Als aanvulling op de zojuist genoemde onderdelen kan er ook aandacht worden besteed aan andere herstelthema's (bijv. leefstijl, zelfwaardering, werk gerelateerde thema's).

Wat is er al bekend? > Effectiviteit

In de eerste onderzoekspublicaties over WRAP ontbraken nog controlegroepen (Boertien e.a., 2012). Zo onderzochten Doughty en anderen (2008) in Nieuw-Zeeland door middel van vragenlijsten voorafgaand en na WRAP-workshops de invloed op kennis en houding wat betreft herstel. Zowel professionals als cliënten werden onderzocht. Bij beide groepen bleken na afloop van de één tot tweedaagse WRAP-workshops significante veranderingen te hebben plaatsgevonden: hun kennis was toegenomen en hun houding was meer herstelgeoriënteerd. Starnino en anderen (2010) bevroegen dertig deelnemers aan een 8- tot 12-wekelijkse WRAP-training zowel voorafgaand als na de training. Zij vonden significante verbeteringen in zowel hoop als herstel. Wat betreft symptomen werd geen significante verandering gevonden. Waar de zojuist genoemde onderzoeken geen vergelijkingsgroep hadden, voerden Fukui en anderen (2011) een quasi-experimenteel onderzoek uit met een vergelijkingsgroep. Zowel voor, direct na, als zes maanden na de (8- tot 12-wekelijkse) WRAP-training werden respondenten bevraagd rondom symptomen, hoop en herstel. WRAP-deelnemers lieten een significante verbetering zien in symptomen en hoop, maar niet in herstel. Cook en anderen (2010) bevroegen bijna vierhonderd deelnemers aan een WRAP-training op drie dimensies van zelfmanagement: houding, kennis en vaardigheden. Een meerderheid liet significante verbeteringen zien op de drie onderzochte dimensies. In het onderzoek van Higgins en anderen (2012), volgden bijna tweehonderd deelnemers een 2-daags WRAP-programma. Hierbij leerden deelnemers meer over herstel en ontvingen ze informatie over het ontwikkelen van een WRAP. Een klein deel van die groep (bijna zestig deelnemers), volgde daarna nog een 5-daags WRAP-programma, waarin ze vaardigheden leerden om anderen te leren over herstel en WRAP. Zowel vóór als na het programma werden vragenlijsten ingevuld, waaruit blijkt dat de deelnemers aan het 2-daagse programma significant meer kennis hadden over herstel en hun houding meer herstelgeoriënteerd was.

Randomized controlled trials

De eerste randomized controlled trial (RCT) werd uitgevoerd in Ohio, waarbij 519 personen met ernstige psychische aandoeningen die reguliere ambulante zorg ontvingen *at random* werden toegewezen aan de WRAP-groep of de controlegroep (wachtlust voor WRAP met gebruikelijke zorg). Over een periode van drie jaar werd er vijf keer gestart met een WRAP-training, die telkens bestond uit acht wekelijkse bijeenkomsten. Deelnemers aan de training rapporteerden na afloop significant minder symptomen, meer hoop en een hogere subjectieve kwaliteit van leven (Cook e.a., 2011). Verder bleek dat WRAP-deelnemers, in vergelijking met de controlegroep, beter opkwamen voor hun belangen en eigen behoeften in hun contacten met GGz-hulpverleners (Jonikas e.a., 2013). In een tweede RCT werden 143 personen verdeeld over twee groepen: één groep volgde een WRAP-training die aangeboden werd in negen wekelijkse bijeenkomsten van 2,5 uur, die geleid werden door een ervaringsdeskundige WRAP facilitator (Cook e.a., 2013). De tweede groep volgde negen bijeenkomsten van 2,5 uur over voeding en welzijn, die niet geleid werden door een ervaringsdeskundige. Zowel na twee als na acht maanden lieten deelnemers aan de WRAP-groep een significant hogere afname van zorgbehoefte en zorggebruik zien ten opzichte van de controlegroep. Beide groepen lieten een verbetering zien wat betreft symptomen en herstel. In Ierland voerden O'Keefe en anderen (2016) een RCT uit met 36 deelnemers. De 2-daagse WRAP-workshop had geen significant effect op persoonlijk herstel. Er werden wel significante effecten gevonden wat betreft twee secundaire uitkomstmaten ('verslavend gedrag' en 'identiteit en zelfvertrouwen').

Kwalitatief onderzoek

Naast kwantitatief onderzoek is er ook kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar WRAP. Om meer te weten te komen over de tevredenheid van deelnemers voerden Wilson en anderen (2013) een onderzoek uit onder deze groep. Uit een vragenlijst (n=28) onder deelnemers komen drie variabelen naar voren: *patient autonomy*, *significant length of program participation* en *services*. Naast de vragenlijsten zijn er aanvullende vragen gesteld om meer inzicht te krijgen in de elementen die tevredenheid bepalen. Daaruit komen vier thema's naar voren. Ten eerste gaven deelnemers aan dat zij graag eerder in hun leven in aanraking waren gekomen met WRAP. Velen vertelden bijvoorbeeld dat ze een periode in hun leven hebben doorgemaakt waarin ze hun gevoel niet begrepen, geen inzicht hadden in triggers en niet goed wisten hoe om te gaan met situaties die ze tegenkwamen. Ten tweede spraken deelnemers hun motivatie uit om hun verhaal te delen met anderen en op die manier het leven van anderen op een positieve manier te veranderen en begrippen rondom hoop en herstel te introduceren. Als derde punt blijkt dat onvoorwaardelijke steun heel belangrijk is bij het herstelproces. Dit kan betrekking hebben op zowel familie, vrienden, facilitators als andere deelnemers. De WRAP-groep werd door deelnemers beschreven als een plek waar ze niet veroordeeld werden en iedereen geaccepteerd werd. Als laatste kwam tijdens interviews naar voren dat tijd een belangrijk aspect was. Hierbij gaat het om de acceptatie dat herstel niet van de ene op de andere dag gebeurt, maar een proces is waar men iedere dag aan moet werken.

Higgins en anderen (2012) voerden focusgroepen uit onder WRAP-deelnemers, waaruit blijkt dat zij deelname inspirerend en verfrissend vonden. De focus op herstel en de bruikbaarheid werden gewaardeerd. Ook vond men het prettig om samen te werken met anderen die soortgelijke ervaringen hebben, behandelaars en familie / verzorgers. Men hoorde verschillende perspectieven en voelde zich geaccepteerd en gelijkwaardig. Over de groepsgrootte en tijd tussen de trainingen waren de meningen verdeeld. Verder kwamen er tijdens de focusgroepen verschillende mogelijke knelpunten aan bod, waaronder persoonlijk vertrouwen en de huidige biomedische focus bij behandelingen. Ten slotte bleek dat de meerderheid van de deelnemers de WRAP zelf wilde gebruiken of anderen erover wilde informeren.

Jones en anderen (2013) concluderen naar aanleiding van verschillende focusgroepen met deelnemers en facilitators, dat iedereen de toegevoegde waarde van WRAP onderschrijft bij onder andere het vergroten van (zelf)vertrouwen en bewustzijn van triggers en steun. Ook komt de meerwaarde van gelijkwaardige relaties met facilitators en hun warmte en empathie aan bod.

Naast voordelen voor de deelnemers aan de WRAP-training, heeft de training ook voordelen voor facilitators (Pratt e.a., 2012). Uit interviews met facilitators kwam bijvoorbeeld naar voren dat de WRAP-trainingen voordelen hadden voor hun eigen welzijn. Ook leidde het ontwikkelen van een WRAP tot een toenemend gevoel van geloof en vertrouwen in de methode, waardoor het makkelijker was om met vertrouwen en enthousiasme de training te geven. Verder werd de groepssetting als waardevol gezien. Het schrijven van een crisisplan was soms een lastige uitdaging. Ten slotte werd duidelijk dat WRAP-facilitators gestimuleerd werden om voortdurend te reflecteren en toegewijd waren aan de kernwaarden van herstel (zoals hoop en eigen verantwoordelijkheid).

Recent interviewden Ashman en anderen (2017) zes WRAP-deelnemers om te onderzoeken hoe WRAP ondersteunend kan zijn in het leren van crisis, het verminderen van kwetsbaarheid, het ontwikkelen van veerkracht en het invloed uitoefenen op het eigen mentale welbevinden. Deelnemers waardeerden de crisisplanning als een vangnet en noemden voorbeelden van gebruik in de praktijk. Uitkomsten uit ander onderzoek (Wilson e.a., 2013; Jones e.a., 2013) wat betreft het ondersteunen van zelfbewustzijn door bijvoorbeeld het bewustzijn van triggers en van 'wellness tools', wordt ook door Ashman en anderen (2017) bevestigd. Een ander punt dat sterk naar voren kwam is de opzet van de groep, die identificatie met anderen en wederzijdse steun mogelijk maakte. Dit element

werd ook in zojuist genoemde onderzoeken bevestigd (Higgins e.a., 2012; Wilson e.a., 2013; Jones e.a., 2013; Pratt e.a., 2013). Een ander punt waar Ashman en anderen (2017) op wijzen is dat een ondersteunende omgeving waarin leren mogelijk is, wordt gecreëerd door wederzijdse steun. Het is belangrijk dat er een omgeving is waar deelnemers op een veilige manier betekenis kunnen geven aan ervaringen die een diepe invloed hebben gehad.

WRAP en werk

Een aantal jaren geleden is in Nederland een onderzoek uitgevoerd om te bekijken in hoeverre WRAP en Individuele Plaatsing en Steun (IPS) elkaar kunnen versterken om duurzaam werk bij mensen met psychische aandoeningen te vergroten. Na zes maanden liet de groep die zowel IPS als WRAP ontving meer vooruitgang zien wat betreft psychisch functioneren in het werk en ervaren zelfmanagement. Omdat de studie tamelijk klein is, moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden (Boertien e.a., 2015). Ook Olney en anderen (2017) onderzochten WRAP in combinatie met werk. Ze interviewden tien werknemers die een 8-weekse WRAP-training hebben gevolgd over hun ervaringen met WRAP en hun werk. Eén van de drie overkoepelende thema's die naar voren kwam tijdens de gesprekken, was 'strategieën voor welzijn', waarmee de eerste onderzoeksvraag kan worden beantwoord: Hoe heeft WRAP invloed op werk? Hierbij bleek als eerste factor *zelfkennis* belangrijk, oftewel bewustzijn van eigen emotionele triggers die een invloed kunnen hebben op welzijn. Het ontwikkelen van een crisisplan wordt benoemd als belangrijk element bij het behouden van werk. Ten tweede kwamen *tools voor dagelijks onderhoud* naar voren, als factor die invloed heeft op de mogelijkheid om werk te krijgen en behouden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om meditatie, sporten, contact met vrienden et cetera. Als derde factor komt het belang van een *netwerk* van steunende vrienden en/of familie naar voren. Een ander overkoepelend thema ('richting werksucces') geeft antwoord op de tweede onderzoeksvraag: Hoe gebruiken werknemers op hun werk de geleerde tools en strategieën? Hierbij komen drie factoren naar voren: dagelijkse routine, gebruiken van WRAP-tools voor het behoud van werk en steun van collega's.

Modelgetrouwheid

In 2010 is WRAP in de Verenigde Staten als *evidence based* interventie vastgesteld. In de loop der jaren worden trainingen gegeven uit de naam van WRAP, terwijl die niet altijd voldoen aan de kernwaarden van WRAP, aldus Federici (2013). Hij zette de volgende modelgetrouwheidsrichtlijnen uiteen:

- Deelname vindt op *volledig* vrijwillige basis plaats;
- Deelnemers worden getraind in een groepsproces met *peers*: het relationele aspect en de verbondenheid met anderen is de kracht van WRAP;
- Groepen worden geleid door twee getrainde *peer*-facilitators: het gaat hier om een 5-daagse training die gecertificeerd is door het Copeland Center. Een *peer* wordt gedefinieerd als iemand die WRAP heeft gebruikt om om te gaan met uitdagingen in het leven en ze te overwinnen (Copeland, 2014);
- Groepen worden geleid door *peer*-facilitators die ten minste elke twee jaar een opfriscursus volgen;
- Deelnemers en facilitators ontvangen passende mentoring;
- Groepen worden geleid in strikte naleving van de ethiek en kernwaarden van WRAP, zoals bepaald door het Copeland Center: organisaties moeten er altijd voor zorgen dat WRAP-groepen:
 1. Zelfbeschikking bevorderen;
 2. Een geloof in gelijkheid hoog houden;
 3. Een samenwerkend leermodel faciliteren;
 4. Andere soorten therapie aanvullen in plaats van vervangen;
 5. Aansluiten bij ieders persoonlijke filosofie;
 6. Eenvoudige en veilige werkwijzen bieden die voldoen aan de behoeften van elke deelnemer, ongeacht de **ernst** van hun uitdagingen;
 7. Vertrouwen op praktische, haalbare doelen;
 8. Op continue basis kennis uitbreiden;

9. Een breed scala aan filosofieën meenemen;
10. Een manier van leven uitdragen, in plaats van een programma;
11. Vermijd medische en klinische taal;
12. Bevorder hoop op herstel voor iedereen zonder grenzen;
13. Focus op kracht (sterke punten), keuzes en opties.

Het Copeland Center (2014) beschrijft naast de zojuist genoemde richtlijnen nog twee aanvullingen:

- WRAP-groepen gebruiken het materiaal dat ontwikkeld is door Mary Ellen Copeland;
- Geestelijke gezondheidszorgorganisaties werken aan de herstelbeweging.

Modelgetrouwheid in onderzoek

Cook en anderen (2012) beschrijven hun activiteiten om de modelgetrouwheid te monitoren. Wekelijks werd er na afloop van elke training een modelgetrouwheidschecklist ingevuld. Indien de voorgeschreven factor was uitgevoerd werd dit gecodeerd met '1' en anders met '0'. Daarnaast werden trainers die de cursus meerdere keren uitvoerden geobserveerd. Zij ontvingen feedback om ervoor te zorgen dat de training modelgetrouw werd uitgevoerd. Ook was er wekelijks telefonisch contact tussen de facilitators, projectcoördinator en onderzoekers, waarbij de modelgetrouwheidsscore werd besproken. Bij een andere RCT vulden facilitators na de WRAP-training een formulier in of er sprake was van de volgende punten: 1) de kernelementen van WRAP kwamen gedurende de tweedaagse training aan bod; 2) de training vond plaats in een omgeving van gelijkheid, acceptatie, compassie en wederzijds respect; 3) er was sprake van gezamenlijke besluitvorming, delen van persoonlijke ervaringen, leren door *peers* en het uitgangspunt dat er geen grenzen zijn aan herstel; 4) elke deelnemer werd beschouwd als expert over zichzelf; 5) deelnemers hadden of ontwikkelden een gevoel van hoop (O'Keeffe e.a., 2016).

Literatuur

Aga, N. (2017). Het Wellness Recovery Action Plan: herstel van paradigma naar praktijk. *Psyche*, 29(4), 8-10.

Boertien, D., van Bakel, M., van Weeghel, J. (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland – Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 67(5), 276-283.

Boertien, C., van Erp, N., & Michon, H. (2015). Werken met WRAP. Duurzamer aan het werk? Utrecht: Trimbos-Instituut/Kenniscentrum Phrenos.

Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boevink, W. (2017) HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie Utrecht: Trimbos-instituut

Cook, J.A., Copeland, M.E., Corey, L., Buffington, E., Jonikas, J.A., Curtis, L.C., Grey, D.D., & Nichols, W.H. (2010). 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*, 34(2), 113-120.

Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Razzano, L.A., Grey, D.D., Floyd, C.B., Hudson, W.B., Macfarlane, R.T., Carter, T.M., & Boyd, S. (2011). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 881-891.

Cook, J.A., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Goldrick, V., Steigman, P.J., Grey, D.D., Burke, L., Carter, T.M., Razzano, L.A., & Copeland, M.E. (2013). Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 250.

Copeland Center (2014). *The way WRAP works! Strengthening core values and practices*. Copeland Center for Wellness & Recovery.

Doughty, C., Tse, S., Duncan, N., & McIntyre, L. (2008). The Wellness Recovery Action Plan (WRAP) workshop: evaluation. *Australian Psychiatry*, 16(6), 450-456.

Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie* 19(2), 6-16.

Erkenningscommissie langdurige ggz (2015). *Wellness Recovery Action Plan: WRAP. Werkblad beschrijving interventie*.

Federici, M.R. (2013). The importance of fidelity in peer-based programs: The case of the Wellness Recovery Action Plan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 314.

Fukui, S., Starnino, V.R., Susana, M., Davidson, L.J., Cook, K., Rapp, C.A., & Gowdy, E.A. (2011). Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34(3), 214-222.

Jonikas, J.A., Grey, D.D., Copeland, M.E., Razzano, L.A., Hamilton, M.M., Floyd, C.B., Hudson, W.B., & Cook, J.A. (2013). Improving propensity for patient self-advocacy through wellness recovery action planning: results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 260-269.

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). Generieke module Herstelondersteuning. Utrecht: Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.

O'Keeffe, D., Hickey, D., Lane, A., McCormack, M., Lawlor, E., Kinsella, A., Donoghue, L., & Clarke, M. (2016). Mental illness self-management: a randomised controlled trial of the Wellness Recovery Action Planning intervention for inpatients and outpatients with psychiatric illness. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 33, 81-92.

Starnino, V.R., Mariscal, S., Holter, M.C., Davidson, L.J., Cook, K.S., Fukui, S., & Rapp, C.A. (2010). Outcomes of an illness self-management group using wellness recovery action planning. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34(1), 57-60.

Wilrycx, G. (2014). *Evaluation of a recovery-oriented care training program for mental health care professionals*. Tilburg: Tilburg University.

Wilson, J.M., Hutson, S.P., & Holston, E.C. (2013). Participant satisfaction with wellness recovery action plan (WRAP). *Issues in mental health nursing*, 34, 846-854.