

Cite as: Lases M, Bruins J, Ng F, Rennick-Egglestone S, Llewellyn-Beardsley J, Slade M, van Sambeek N, Scheepers F, van Balkom I, Castelein S *Feasibility, validity and reliability of the Dutch translation of INCREASE (INCREASE-NL) inventory to characterize mental health recovery narratives*, Journal of Recovery in Mental Health, in press.

**Feasibility, validity and reliability of the Dutch translation of INCREASE (INCREASE-NL) inventory to characterize mental health recovery narratives**

Mitch N. Lases\* <sup>1,2</sup>, Jojanneke Bruins <sup>1,3</sup>, Fiona Ng<sup>4</sup>, Stefan Rennick-Egglestone<sup>4</sup>, Joy Llewellyn-Beardsley<sup>4</sup>, Mike Slade<sup>4,5</sup>, Nienke van Sambeek<sup>6</sup>, Floortje Scheepers<sup>6</sup>, Ingrid D.C. van Balkom<sup>3,7</sup> & Stynke Castelein <sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Lentis Psychiatric Institute, Lentis Research, Groningen, the Netherlands

<sup>2</sup> University of Groningen, Faculty of Behavioural and Social Sciences, Department of Clinical Psychology and Experimental Psychopathology, Groningen, the Netherlands

<sup>3</sup> University of Groningen, University Medical Centre Groningen, Rob Giel Research Centre, Groningen, the Netherlands

<sup>4</sup> University of Nottingham, School of Health Sciences, Institute of Mental Health, Nottingham, United Kingdom

<sup>5</sup> Nord University, Faculty of Nursing and Health Sciences, Health and Community Participation Division, Norway.

<sup>6</sup> University Medical Center Utrecht, Department of Psychiatry, Utrecht, the Netherlands

<sup>7</sup> Autism Team Northern-Netherlands, Jonx Department of (Youth) Mental Health and Autism, Lentis Psychiatric Institute, Groningen, the Netherlands

\* Corresponding author

Mitch Lases

Lentis Psychiatric Institute, Lentis Research

Hereweg 80

9725 AG, Groningen

The Netherlands

Email: m.n.lases@rug.nl, Phone: +31644117058

**Word count article:** 5928 (including tables), 4534 (excluding tables)

**Word count abstract:** 243 (including abstract titles)

**Number of references:** 27

**Abstract (max. 250)**

**Objective:** Characterizing mental health recovery narratives is needed to select helpful narratives to support the recovery process of other people. The Inventory of Characteristics of Recovery Stories (INCREASE) is an existing English-language tool to characterize recovery narratives, which is not available in Dutch. The aims of this study were to create a Dutch translation of INCREASE and to evaluate the feasibility of sustained and routine use, as well as its validity and reliability.

**Research design and methods:** INCREASE was translated into Dutch (INCREASE-NL) using an established translation methodology. Six coders with different professional backgrounds rated 30 purposively selected narratives using INCREASE-NL and then completed an evaluation survey. Feasibility was rated qualitatively and content validity was assessed both qualitatively and quantitatively. The Gwet's AC1 agreement coefficient was used to calculate the intercoder reliability.

**Results:** Coders evaluated INCREASE-NL as a suitable instrument to capture important characteristics of recovery narratives with an acceptable administrative burden. The content validity index was sufficient for 5/7 sections of INCREASE-NL. Most items were found to be clear and suitable to capture the corresponding characteristic and some missed strict coding rules or clear descriptions, especially in section 4 about narrative characteristics. The Gwet's AC1 could be calculated for 67/77 items, of which 62 scored sufficient and five scored below threshold. The Gwet's AC1 coefficients corresponded well with the original INCREASE Fleiss Kappa values.

**Conclusions:** INCREASE-NL has sufficient feasibility, validity and reliability and can be used to characterize Dutch recovery narratives.

## Background

Recovery narratives of people with lived experiences of mental health issues are an important perspective regarding the multifaceted recovery process. Recovery is unique to an individual, unfolds over time, occurs in its own time, and is not intrinsically definite. It is about living a meaningful life, regardless of any remaining (mental) health issues (1, 2).

The use of recovery narratives is increasingly present within and outside of mental health services, for example through publicly available websites with collections of recovery narratives (3). A recent systematic review about uses and misuses of recorded recovery narratives in healthcare and community settings distinguished five different application levels (4). The first application is on a *political level*, for example when storytelling is used by policy makers of a political party to obtain votes. The second level is on a *societal level*, where personal experience accounts are being used for anti-stigma campaigns or to help people who (may want to) seek mental health treatment. On a *community level*, recovery narratives are used to connect people with different perspectives, or to promote fundraising. On a *service level* mental health-oriented experiences are used to evaluate treatment, but also to develop new clinical theories and practices. Last, on an *individual level* stories of lived experience can be used for self-advocacy of the narrator or as a therapeutic tool in an intervention.

Besides useful applications, there is also a risk that using narratives may have negative consequences (4). One example is that a *narrative* that is published as part of a research study may end up in another location, such as a magazine, without the author's consent. Secondly, prior to discharge a *narrator* may feel or be forced to positively review their care organization, even if the experience may not have been positive at all. The third example is related to the *audience*, who may misinterpret narrator intention or even be triggered into self-harm (4). For example, reading the narratives of other individuals with eating disorders (5) or self-harming behaviour (6) may increase normalization, identification, competition and imitation.

An interview study has indicated that narratives may have positive or negative effects on recipients with mental health problems (7). Helpful outcomes that were derived from qualitative analyses were connectedness, validation, hope, appreciation, empowerment, reference shifting and stigma reduction. However, lived experience narratives can also be harmful and lead to feelings of inadequacy, less connectedness and pessimism about the future, and may add to the distress of the recipients. An essential factor necessary to create an impact, either positive or negative, is that the recipient perceives a connection with the narrator or narrative content (7). Narratives can also make an impact through a recipient learning something or feeling empathy for the narrator.

Mental health recovery narratives portraying a range of narrator's characteristics may maximize the possibility of positive impact on perceived connection by recipients (8). Another study showed that recipients from a younger age group and of the female sex generally experienced more connection with narrators, and that matching on ethnicity may have beneficial impact (9). Connectedness was also greater when the narrator was not fully recovered, but still experiencing difficulties while living a meaningful life nonetheless (9). It helped recipients to realize that recovery and living a meaningful life are achievable goals. Narratives that were perceived as authentic

by the recipient also increased connection. Being engaged by a story through perceived connection made the messages more convincing to the recipient.

To be able to use recovery narratives actively in mental health care settings, it is important to have information about their content to help predict and actively create an impact. Capturing the key features of a recovery narrative can help to categorize them for targeted use by mental health services, patients and researchers. A good match might increase the chances of experiencing connectedness and the desired impact for recipients. Characterization of narratives can also help to warn people about potential harmful content and to help individuals to avoid those narratives that may have a negative impact on them. Awareness of important details of narratives can help to promote beneficial impact and to find relations between contextual features and the origin of mental health issues and recovery.

A conceptual framework on important characteristics of mental health recovery narratives has recently been developed in the United Kingdom (10). This led to the development of the English-language Inventory of Characteristics of Recovery Stories (INCREASE) (11). INCREASE makes it possible to capture the most relevant elements of narratives. To date, there is no instrument available in the Dutch language to characterize recovery narratives. Considering the good psychometric properties of INCREASE, we hypothesize that this instrument is also suitable to capture important information from Dutch recovery narratives, produced by narrators from the Netherlands. Our first aim in this study is thus to create a Dutch translation of INCREASE (INCREASE-NL) and to adapt this translation to cultural relevance. The second aim is to examine the translated instrument in relation to feasibility, validity and reliability.

## Methods

### *Description of INCREASE*

INCREASE contains 77 items categorized into seven sections, which capture the most relevant elements of narratives (11). The instrument allows for coding descriptive features of the narrative (i.e., narrative mode and length/duration), narrator (i.e., demographics and illness-specific information) and characteristics such as genre (e.g., escape or endurance), positioning (e.g., recovery within or outside services), tone (e.g., generally upbeat or generally negative) and relationship with recovery (e.g., living well or surviving day-to-day). There are also separate sections for content warnings and turning points. INCREASE concludes with twenty-nine items on content present in the narrative (e.g., birth, family, and stigma). Feasibility, acceptability and reliability of the original INCREASE have been positively evaluated. The original coders reported the instrument as feasible having an acceptable administrative burden, clear instructions and descriptions (11). Most items were evaluated to be straightforward to answer, but some items in Section Four (Narrative Characteristics) as more subjective. INCREASE was acceptable to coders and people with lived experience of mental health problems, and further improved by refinements following the pilot evaluation. Coders experienced positive feelings of inspiration during the coding process, but also found it hard to read about difficulties and trauma of some of the narrators. Subsequently, wellbeing information was added to the instrument's instructions and strategies for self-care and dealing with negative effects were offered to the coders. The intercoder and test-retest reliability of the original INCREASE ranged from moderate to perfect agreement.

### *Study design*

#### **Part A: Translation phase**

In the translation phase, the main aim was to translate the original INCREASE to create INCREASE-NL. We followed the updated practices of the consortium translation process for patient reported outcome (PRO) instruments (12). The process of creating a Dutch translation includes 11 steps, including a forward-backward translation, semantic corrections, proofreading and testing the instrument. The complete translation process is shown in *Table 1*. During the proofreading step, four project team members (including colleagues with lived experience of mental health problems and recovery) were asked to check for language errors, layout, cultural relevance of items, but also to give their overall impression of INCREASE-NL. Adaptations were only made if the conceptual equivalence and consistency with the original INCREASE remained intact.

**Table 1** *INCREASE to INCREASE-NL: Translation and validation process steps*

Step number	Step name	Translation approach used in INCREASE-NL (involved authors: ML, JB1, MR, SC, IvB, JB2, MR)
1	Preparation	Obtaining translation permission from developer, deciding on approach and finding qualified translators (ML).
2	Forward translation	Performing two independent forward translations (JB1, ML).

3	Reconciliation	Reconciliation of two forward translations into one consensus translation (ML, JB1).
4	Backward translation	Performing a backward translation of INCREASE-NL to English using a Dutch native speaker with proficient English skills, who was blinded to the original INCREASE (MR).
5	Revision of reconciled forward translation	Assessing semantic equivalence of backward translation with the original INCREASE, identification of issues in the reconciled translation, tracking of changes and implementation in a revised version (ML, JB1).
6	Proofreading	Four proof readers, which included people with lived experience (SC, IvB, JB2, MR), checking the translation on Dutch language errors, readability of sentences, on overall impression on the feasibility and acceptability of the instrument, and on anything missing. Creating the draft version of INCREASE-NL to be validated.
7	Instrument testing/ formal evaluation	Evaluation of feasibility, validity and reliability of INCREASE-NL by testing the instrument with six coders (SC2, NvS, MdV, MR, JT, MS) of different professional backgrounds, all coding 30 recovery narratives after receiving training on the use of INCREASE-NL.
8	Post-testing/formal evaluation review (Analysis/Revisions)	Calculating the intercoder reliability, collecting the evaluations of coders on feasibility and user-friendliness of INCREASE-NL. Discussions on results within the research team (JB1, ML, SC, IvB).
9	Documentation	Documentation of experiences of coders while using INCREASE-NL including advise for future coders (ML; see <i>Appendix II</i> ).
10	Report	Writing the final summary report, documenting the development of translation, including descriptions of translation and cultural adaptation decisions (ML, JB1, SC, IvB).
11	Archiving/ Record- keeping	Archiving of: Qualifications and experience of translation team, documentation of changes made throughout the translation work and rationale for changes, translation report including results of formal evaluation of INCREASE-NL (ML).

---

### **Part B: Validation phase of INCREASE-NL**

In the validation phase (see Step 7, *Table 1*), INCREASE-NL was tested and evaluated by six coders who each read 30 mental health oriented (recovery) narratives of the Story Bank Psychiatry (13) and filled in INCREASE-NL for each narrative. The aim was to evaluate the *feasibility*, *validity* and the *reliability* according to the coders of INCREASE.

#### *Sample size calculation*

We ran a sample size calculator (14) including the minimum reliability ( $p_0=0.4$ ), expected reliability ( $p_1=0.65$ ), significance level ( $\alpha=0.05$ ), power (80%), six coders and an expected drop-out rate (10%), based on the psychometric results of the original INCREASE. The results suggested a minimum of 28 recovery narratives with six coders, accounting for a 10% dropout rate. We chose to conservatively include 30 recovery narratives.

### *Recovery narratives*

We used 30 text-based (recovery) narratives of the Story Bank Psychiatry (In Dutch: Verhalenbank Psychiatrie) (13), an initiative by the Psychiatry Department of University Medical Centre Utrecht, which is a collection of mental health oriented narrative experiences from patients, caregivers, and professionals. The website contains written mental health-oriented narratives with a variation in demographics, content and diagnoses. Out of a database of over 200 narratives, we chose to include summarized versions of narratives. Informed consent was provided for usage of the narratives for scientific research and for anonymous publication on the open available website. The included 30 narratives were written from a patient perspective. As a strategy to maximize variation, we included narratives with variation in gender, age, different self-reported diagnoses and narratives using a non-diagnostic framework.

### *Coders*

To check for eligibility of use by different potential users, we included clinicians (n=2), researchers (n=2), and lived experience experts (n=2) as coders in the study. The instructions on how to use INCREASE were translated and adapted to the Dutch situation and offered to the coders during a training session. To maintain the coder's wellbeing while coding narratives, a list of strategies for dealing with the potential negative effects of narratives was shared with the coders. After the training, coders were asked to what extent they felt confident about their ability to use INCREASE-NL on a 5-point Likert scale (1=not confident at all; 5=very confident). Additional training was offered if the coders scored a 3 (doubtful) or lower.

### *Measures of validation*

To examine the *feasibility* of INCREASE-NL according coders, we evaluated whether the instrument suits the need for sustained and routine use and if it is meaningful for its purpose (15). In addition, we examined the *user-friendliness* of INCREASE-NL by checking whether the language of the instrument is appropriate in combination with an acceptable administrative, physical, and emotional burden, while preserving the quality of the categorization of the recovery narrative.

*Content validity* was examined both qualitatively and quantitatively. All coders described whether the items in each section are a good representation to determine these characteristics in the narratives and assigned a rating on a 5-point-Likert scale (1=strongly disagree about good representation; 5=strongly agree about good representation) with  $\geq 4$  being a sufficient content validity.

To check for consistency in coding of the INCREASE-NL items, we assessed the *intercoder reliability* between coders.

### *Data analysis*

As we included only text-based narratives from the Story Bank Psychiatry, some items will show high to perfect agreement, but low prevalence in different answer categories. Fleiss Kappa is less suitable for datasets with high agreement and low distribution due to the way it performs chance correction, also referred to as the "Kappa paradox" (16-18). Fleiss Kappa values drop disproportionately in this situation, even with only one or a few disagreements. Therefore, the Gwet's AC1 agreement coefficient was chosen as our main measure to calculate intercoder reliability. Gwet's AC1 is considered a stable intercoder reliability measure in the above mentioned situation (19). For comparison purposes we did still calculate Fleiss Kappa (20) values ( $\kappa$ ) for each individual item. We considered Gwet's AC1 and Kappa values of  $>0.40$  to be sufficient (21). For full transparency of the intercoder reliability scores and effect of

chance corrections on the statistical values, we also chose to report the absolute pairwise percent of agreement. Absolute percent agreement does not have clear cut-off values for interpretation, but following guideline indications in the literature (22) (23) we consider <75% a low percentage of agreement, ≥75-90% as acceptable and >90% as high agreement. Of note, to randomize for any remaining effects of learning how to use INCREASE-NL or fatigue during the coding process, narratives were offered to the coders in a random order using a random sequence generator for narrative number (Smallest value: 1; Largest value: 30) (24), after which the sequence per coder was recoded to coder ID and numbered 1 to 30. Coders were asked to follow their order of numbering of the narratives during the coding process. An average content validity index score per section was calculated from the scores on a 5-point Likert scale. IBM SPSS Statistics (Version 29) and RStudio (Version 2022.07.2, Build 576) with the irrCAC package (25) were used for quantitative statistical analyses. Written survey evaluations were collected via a Qualtrics survey (26). Line-by-line coding was performed to find patterns and other relevant feedback regarding the overall impression, feasibility and user-friendliness of the INCREASE-NL. Summaries of the answers are presented in the results section.

## Results

### ***Part A: Translation phase***

In Step 1 (Preparation), translation permission was obtained and translators were identified. In Step 2 (Forward translation), independent forward translation developed INCREASE-NL v1A and v1B. In Step 3 (Reconciliation), v1A and v1B were harmonized to produce INCREASE-NL v2. This involved discussing differences and reaching consensus on the best fitting Dutch translation. In Step 4 (Backward translation), a back translation of the INCREASE-NL v2 was performed. In Step 5 (Revision of reconciled forward translation), the back translation was assessed for semantic equivalence with the original instrument and changes were made on a word-level to INCREASE-NL v2. In Step 6 (Proofreading), proofreading on the feasibility, user-friendliness and cultural relevance led to adaptations in three items. The answer categories of item 13 (Ethnicity) were adapted to the Dutch population and based on migration background statistics. Similarly, item 32 (Positioning) was slightly changed to be more fitting for the organization of services in the Netherlands and item 34 (Relationship to recovery) was slightly altered to ensure the intended meaning of the original item was maintained. A final version of the INCREASE-NL was subsequently created, ready for further validation (*see Appendix I*).

After the translation phase, the coders were trained in using INCREASE-NL. Four out of the six coders reported to feel (very) confident ( $n=4$ ) in their ability to use INCREASE-NL. Two coders were less confident ( $\text{score} \leq 3$ ). After additional inquiry both coders reported uncertainty in coding specific items that are open to multiple interpretations, for instance item 31 (Genre) and 33 (Tone). However, they reported to feel confident enough to use the instrument without further training.

### ***Part B: Validation phase of INCREASE-NL***

#### **Qualitative summary**

##### *Feasibility*

All coders completed the evaluation survey after coding 30 recovery narratives. The overall impression regarding the feasibility of INCREASE-NL was that the instrument is suitable to make a relatively complete inventory of the most important characteristics of recovery narratives. For applications in clinical practice, the instrument was considered useful to be able to identify narratives with certain characteristics or content that individual recipients might (not) wish to read (e.g., item 34 'Relationship to recovery' = 'Making progress' or 'Living well') or avoid (e.g., 'Content warning' = 'Abuse or sexual violence'). Most items were deemed to be clear and user-friendly, but some items were found to be open to multiple interpretations. In these instances, coders were missing nuances in the answer options, especially when it was obligatory to choose one answer (i.e., item 14 'Stage of recovery'; item 31 'Genre'; Item 32 'Positioning'; Item 33 'Tone'; Item 34 'Relationship to recovery'). One of the coders mentioned that if the goal is to collect only a rough selection of characteristics, the instrument contains too many questions. See *Appendix II* for a list of experiences of the coders using INCREASE-NL, including advice for future coders.

##### *User-friendliness*

Coders noted that language use was appropriate ( $n=3$ ), the instrument form was easy to fill out ( $n=3$ ), and that the reading and coding process was quite time consuming (time range: 8:24 – 46:49 minutes per narrative; length of narrative, range: 729 – 1256 words per narrative), but doable ( $n=3$ ). The average time spent

coding per narrative varied per coder from 12:00 – 33:58 minutes. One coder mentioned that coding multiple narratives in a row can lead to mix-ups and advised not to code more than three at a time. Another coder reported that one of the included narratives slightly triggered his/her own trauma.

### *Content validity evaluation*

For the qualitative content validity evaluation, the coders were asked to what extent they found the items and descriptions to be suitable for capturing information from the narratives for the corresponding section topics.

For *Sections 1 (Narrative eligibility) and 2 (Narrative mode)*, the overall opinion was that the items are clearly defined and able to capture the most important elements of a recovery narrative. Although the coders only rated text-based narratives, they suppose the INCREASE-NL will also capture information of other modalities.

For *Section 3 (Narrator characteristics)*, most items were considered to be clear and contributed to understanding characteristics of the narrator. One coder mentioned it is difficult to determine when there is enough content in the narrative to give the correct answer for some items, even though it seemed a straightforward item at first sight (such as item 16 'Sexuality'). For the items regarding diagnosis, one of the coders reported to being unsure whether only primary or also secondary diagnoses should be checked off, when the diagnosis hierarchy is identified as such by the narrator. Another point of attention was that the description of a symptom such as 'hearing voices' was in both the diagnosis item (item 27) and the non-diagnostic framework item (item 30).

*Section 4 (Narrative characteristics)* was rated as the most difficult to code. Coders mentioned that for some items (i.e. *Tone* and *Trajectory*) the answer categories are not able to summarize the complex dynamics of a narrative. They found it difficult to choose one best matching answer for these items. One coder mentioned that the answer categories for item 31 (*Genre*) do not match well with the description, which also makes it more difficult to choose an answer. Another coder mentioned that Section 4 is the most subjective section.

The items of *Section 5 (Content warnings)* were evaluated as being suitable, but also as being more ambiguous to code than the items in Sections 1-3. One coder mentioned that there seems to be overlap between items 37 and 40, which are both about types of violence and aggression.

The overall impression of *Section 6 (Turning points)* was that checking off one or more turning points was difficult, as there was some confusion regarding how explicit a turning point needs to be mentioned in the narrative. Also, one of the coders perceived two item descriptions as overlapping (i.e. *Self-acceptance* and *Shift in identity*) and therefore to be more open for interpretation. The other turning point items descriptions were found easier to distinguish.

Coders reported that the items and descriptions of *Section 7 (Narrative content)* give a complete overview of the content of the narrative. The main reported issue was the difficulty to determine whether a topic was significantly present, meaning the item should be checked, or the topic was just mentioned briefly, in which case the item should not be checked. One coder remarked that he/she missed the topics 'relationship to society', both socially and in terms of possibilities for participation or reintegration, and 'availability and access to services', considering the circumstances of complexity and comorbidity of diagnoses in relation to the way the Dutch mental health care system is organized and standardized.

Overall, the current version of INCREASE-NL was deemed suitable to capture the most important characteristics of recovery narratives and was evaluated as user-friendly. A summary of all the experiences that the coders reported in using the instrument (see *Appendix II*) can serve as background information for future users.

## Quantitative analysis

### *Content validity index*

The overall mean content validity score for INCREASE-NL was 4.26 (SD=0.33), indicating the instrument is rated to have a sufficient overall content validity. Sections 4 'Narrative characteristics' (M=3.50, SD=0.84) and 5 'Content Warnings' (M=3.83, SD=0.98) had insufficient scores, while Section 1 'Narrative eligibility' (M=4.67, SD=0.52) and Section 2 'Narrative mode' (M=5.00, SD=0.00) had the highest content validity scores.

### *Intercoder-reliability*

For ten out of 77 items the Gwet's AC1 coefficient and Fleiss Kappa could not be calculated, because all ratings were the same for these items. Of the remaining 67 items, 62 items had a sufficient Gwet's AC1 coefficient (AC1  $\geq$  0.40), and five item scores were insufficient (AC1  $<$  0.40). For the Fleiss Kappa calculation, 39 of these 67 items had a sufficient Kappa value ( $\kappa \geq$  0.40), and 28 items were insufficient ( $\kappa <$  0.40).

Ten of the 77 instrument items scored 100% on percentage of absolute agreement as all ratings were the same. Of the remaining 67 items, 49 items had acceptable or high percentage of absolute agreement, and 18 items had low percentage of absolute agreement. Seventeen items with insufficient Kappa values had acceptable or high percentage of agreement scores (range: 78% to 99%) and sufficient Gwet's AC1 coefficients (range: 0.70-0.99). The intercoder agreement and reliability coefficients are shown in Table 2.

**Table 2** Intercoder-reliability of INCREASE-NL on item-level

Item	Percentage agreement	Gwet's AC1	Fleiss Kappa current study	Fleiss Kappa original study
<b>SECTION 1: NARRATIVE ELIGIBILITY</b>				
[In Dutch: ONDERDEEL 1: GESCHIKTHEID VAN HET NARRATIEF]				
1. Lived experience account? [In Dutch: Weergave persoonlijke ervaringen]	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	0.79
2. Is this a narrative? [In Dutch: Is dit een narratief?]	98%	0.98	<b>0,19</b>	0.85
3. Narrator-defined adversity [In Dutch: Bevat het narratief tegenslag of worsteling?]	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	0.62
4. Narrator-defined success [In Dutch: Bevat het narratief succes, krachten en overleving?]	95%	0,94	<b>0,38</b>	0.75
<b>SECTION 2: NARRATIVE MODE</b>				
[In Dutch: ONDERDEEL 2: NARRATIEF MODUS]				
5. Written elements [In Dutch: Geschreven elementen]	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	0.99
6. Sound elements [In Dutch: Geluidselementen]	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	0.99
7. Moving image elements	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	1.00

8.	<i>[In Dutch: Bewegende beelden]</i> Static image elements	99%	0,99	<b>-,01</b>	1.00
9.	<i>[In Dutch: Statische afbeeldingen]</i> Total words (#)	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>b</sup>	N/A
10.	<i>[In Dutch: Totaal aantal woorden]</i> Total length (mins)	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A
	<i>[In Dutch: Totale lengte (min)]</i>				

### SECTION 3: NARRATOR

#### CHARACTERISTICS

*[In Dutch: ONDERDEEL 3: KENMERKEN VAN DE VERTELLER]*

11.	Gender	97%	0,97	0,94	0.90
	<i>[In Dutch: Gender]</i>	96%			
12.	Age	92%	0,95	0,92	0.89
	<i>[In Dutch: Leeftijd]</i>				
13.	Ethnicity	<b>70%</b>	0,92	<b>0,27</b>	0.95
	<i>[In Dutch: Etniciteit]</i>				
14.	Stage of recovery	89%	0,66	<b>0,33</b>	0.88 <sup>c</sup>
	<i>[In Dutch: Herstelfase]</i>				
15.	Location of the narrator	<b>69%</b>	0,87	<b>0,15</b>	0.91
	<i>[In Dutch: Locatie van de verteller]</i>				
16.	Sexuality	100% <sup>a</sup>	0,63	<b>0,38</b>	0.88
	<i>[In Dutch: Seksualiteit]</i>				
17.	Visual difficulties	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	1.00
	<i>[In Dutch: Visuele beperking]</i>				
18.	Hearing difficulties	95%	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	1.00
	<i>[In Dutch: Gehoorproblemen]</i>				
19.	Mobility/stamina difficulties		0,94	0,56	0.71
	<i>[In Dutch: Beperkt(e) mobiliteit, uithoudingsvermogen]</i>				
20.	Cognitive difficulties	92%	0,89	0,61	0,75 <sup>d</sup>
	<i>[In Dutch: Cognitieve problemen]</i>				
21.	Self-care difficulties	98%	0,98	0,79	0.76
	<i>[In Dutch: Problemen bij zelfzorg]</i>				
22.	Neuro-developmental related	96%	0,93	0,88	0.57
	<i>[In Dutch: Neuro-ontwikkeling gerelateerd]</i>				
23.	Eating or food-related	96%	0,96	0,72	0.94
	<i>[In Dutch: Eet- of voedingsgerelateerd]</i>				
24.	Mood-related	85%	0,70	0,69	0.87
	<i>[In Dutch: Stemningsgerelateerd]</i>				
25.	Personality-related	92%	0,90	0,41	0.89
	<i>[In Dutch: Persoonlijkheid gerelateerd]</i>				
26.	Obsessive-compulsive related	96%	0,96	0,45	0.75
	<i>[In Dutch: Obsessief-compulsief gerelateerd]</i>				
27.	Schizophrenia or other psychosis-related	83%	0,71	0,59	0.92
	<i>[In Dutch: Schizofrenie, psychose gerelateerd]</i>				
28.	Trauma/stress-related	94%	0,92	0,73	0.60 <sup>d</sup>
	<i>[In Dutch: Trauma, stress gerelateerd]</i>				
29.	Substance-related	89%	0,86	0,54	0.71
	<i>[In Dutch: Middelen-gerelateerd]</i>	78%			
30.	Uses a non-diagnostic framework		0,70	<b>0,10</b>	0.79 <sup>d</sup>
	<i>[In Dutch: Gebruikt een non-diagnostisch kader]</i>				

### SECTION 4: NARRATIVE

#### CHARACTERISTICS

*[In Dutch: ONDERDEEL 4: EIGENSCHAPPEN VAN HET NARRATIEF]*

31.	Genre	<b>51%</b>	<b>0,36</b>	<b>0,33</b>	0.82
-----	-------	------------	-------------	-------------	------

32.	<i>[In Dutch: Genre]</i> Positioning	<b>72%</b>	0,61	0,47	0.85
33.	<i>[In Dutch: Positionering]</i> Tone	<b>54%</b>	0,41	<b>0,31</b>	0.78
34.	<i>[In Dutch: Toon]</i> Relationship with recovery	<b>48%</b>	<b>0,37</b>	<b>0,22</b>	0.58
35.	<i>[In Dutch: Relatie met herstel]</i> Trajectory	<b>64%</b>	0,57	<b>0,38</b>	0.83
36.	<i>[In Dutch: Traject]</i> Use of metaphor, symbolic language	<b>55%</b>	<b>0,10</b>	<b>0,10</b>	0.82
	<i>[In Dutch: Gebruik van metafoor of symbolisch taalgebruik]</i>				
<b>SECTION 5: CONTENT WARNINGS</b>					
<b>[In Dutch: ONDERDEEL 5: INHOUDSWAARSCHUWINGEN]</b>					
37.	Abuse or sexual violence	87%	0,75	0,72	0.75
	<i>[In Dutch: Mishandeling of seksueel geweld]</i>				
38.	Loss of life or endangerment to life	77%	0,59	0,45	0.77 <sup>d</sup>
	<i>[In Dutch: Verlies van leven of gevaar voor het leven]</i>				
39.	Self-harm including eating disorders	82%	0,69	0,55	0.83 <sup>d</sup>
	<i>[In Dutch: Zelfbeschadiging inclusief eetstoornissen]</i>				
40.	Violence or aggression	85%	0,79	0,40	0.66 <sup>d</sup>
	<i>[In Dutch: Geweld of agressie]</i>				
41.	Injustice, prejudice, discrimination	82%	0,76	<b>0,28</b>	0.85
	<i>[In Dutch: Onrechtvaardigheid, vooroordelen en discriminatie]</i>				
<b>SECTION 6: TURNING POINTS</b>					
<b>[In Dutch: ONDERDEEL 6: KEERPUNTEN]</b>					
42.	Taking charge	84%	0,80	<b>0,24</b>	0.62
	<i>[In Dutch: Regie nemen]</i>				
43.	Interventions / support from others	<b>71%</b>	0,43	0,43	0.70
	<i>[In Dutch: Interventies, steun van anderen]</i>				
44.	Self-acceptance	83%	0,79	<b>0,19</b>	0.68
	<i>[In Dutch: Zelfacceptatie]</i>				
45.	Spiritual/existential experience	95%	0,95	0,51	0.81 <sup>d</sup>
	<i>[In Dutch: Spirituele, existentiële ervaring]</i>				
46.	'Rude awakening'	96%	0,95	0,56	0.97
	<i>[In Dutch: 'Ruw wakker geschud worden']</i>				
47.	Shift in identity	98%	0,98	<b>-0,01</b>	0.63
	<i>[In Dutch: Verschuiving in identiteit]</i>				
<b>SECTION 7: NARRATIVE CONTENT</b>					
<b>[In Dutch: ONDERDEEL 7: INHOUD NARRATIEF]</b>					
48.	Pregnancy/birth	96%	0,96	<b>0,22</b>	0.99
	<i>[In Dutch: Zwangerschap, geboorte]</i>				
49.	Family	<b>59%</b>	0,46	0,42	0.81
	<i>[In Dutch: Familie]</i>				
50.	Being in care	100% <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	N/A <sup>a</sup>	1.00
	<i>[In Dutch: In zorg zijn]</i>				
51.	Education	76%	0,72	0,46	0.87
	<i>[In Dutch: Opleiding]</i>				
52.	Friendships	<b>67%</b>	0,59	0,49	0.79
	<i>[In Dutch: Vriendschappen]</i>				
53.	Relationships	77%	0,71	0,65	0.77
	<i>[In Dutch: Relaties]</i>				
54.	Housing	87%	0,86	<b>0,29</b>	0.83
	<i>[In Dutch: Huisvesting]</i>				
55.	Income	94%	0,94	<b>0,26</b>	0.84
	<i>[In Dutch: Inkomen]</i>				

56.	Work <i>[In Dutch: Werk]</i>	<b>66%</b>	0,58	0,45	0.78
57.	Criminal justice system <i>[In Dutch: Strafrechtelijk systeem]</i>	91%	0,90	0,43	0.70
58.	Diagnosis <i>[In Dutch: Diagnose]</i>	<b>54%</b>	<b>0,39</b>	<b>0,35</b>	0.80
59.	Medication <i>[In Dutch: Medicatie]</i>	75%	0,68	0,61	0.86
60.	Relationship with mental health professional <i>[In Dutch: Zorgrelatie met GGZ-medewerker]</i>	<b>46%</b>	<b>0,28</b>	<b>0,25</b>	0.83
61.	Peer support <i>[In Dutch: Lotgenotencontact]</i>	<b>64%</b>	0,58	<b>0,12</b>	0.73 <sup>e</sup>  0.78 <sup>e</sup>
62.	Involuntary use of mental health services <i>[In Dutch: Onvrijwillig gebruik van GGZ zorg]</i>	87%	0,84	0,64	0.84
63.	Hospitalization <i>[In Dutch: Opnames]</i>	<b>64%</b>	0,55	0,44	0.78
64.	Psychological services <i>[In Dutch: Psychologische hulpverlening]</i>	<b>61%</b>	0,51	<b>0,34</b>	0.78
65.	Alternative therapies/healing <i>[In Dutch: Alternatieve therapieën, heling]</i>	92%	0,92	0,63	0.82
66.	Being in natural environments <i>[In Dutch: In een natuurlijke omgeving zijn]</i>	94%	0,94	0,50	0.71
67.	Animals/pets <i>[In Dutch: (Huis)dieren]</i>	99%	0,99	0,85	0.77
68.	Community activities <i>[In Dutch: Gemeenschapsactiviteiten]</i>	94%	0.94	<b>-0,02</b>	0.63
69.	Hobbies/interests/creative activities <i>[In Dutch: Hobby's, interesses, creatieve activiteiten]</i>	88%	0,85	0,59	0.74
70.	Physical activities <i>[In Dutch: Lichamelijke activiteiten]</i>	93%	0,93	<b>0,09</b>	0.71
71.	Activism <i>[In Dutch: Activisme]</i>	94%	0,93	<b>0,03</b>	0.61 <sup>d</sup>
72.	Spiritual/religious activities <i>[In Dutch: Spirituele of religieuze activiteiten]</i>	94%	0,94	0,64	0.89
73.	Stigma <i>[In Dutch: Stigma]</i>	<b>73%</b>	0,67	0,46	0.79
74.	Caring responsibilities <i>[In Dutch: Zorgverantwoordelijkheden]</i>	85%	0,83	<b>0,28</b>	0.58
75.	Family experiences of mental health issues <i>[In Dutch: Ervaringen met psychische gezondheidsproblemen in de familie]</i>	81%	0,79	0,41	0.87
76.	Diet/nutrition <i>[In Dutch: Eetpatroon, voeding]</i>	95%	0,95	0,56	0.81
77.	Volunteering <i>[In Dutch: Vrijwilligerswerk]</i>	88%	0,86	0,61	0.89

**bold.** low percentage of agreement, or below predefined item-level threshold

a. All responses were the same

b. All responses are based on word count in Microsoft Word

c. The ordering of this item has changed in refinements of the original INCREASE

d. The naming of this item has slightly changed in the refinements of the original INCREASE

e. The items formal and informal peer support were merged into one item, peer support

## Discussion

In this study, we translated and validated the INCREASE for the use of Dutch narratives (INCREASE-NL). Overall, the coders evaluated INCREASE-NL as sufficiently feasible and user-friendly. The content validity was found good for most sections, but insufficient for sections 4 and 5. Sections 1-3, 5 and 6 had high intercoder reliability and were evaluated as having mostly clear content and coding rules. Section 4 had poor reliability scores and was reported as the most difficult section to code with items that are open to multiple interpretations, such as *Genre* (item 31) and *Tone* (item 33) of the narrative and recovery *Trajectory* (item 35). Section 7 had two poorly performing items, *Diagnosis* (item 58) and *Relationship with mental health professional* (item 60), but were otherwise evaluated as having suitable items, albeit with somewhat ambiguous coding requirements. The Gwet's analysis showed us that the reliability of most items (62 out of 67) is sufficient to good. This is supported by the acceptable to high percentages of absolute agreement among coders on most of these items. We therefore conclude that INCREASE-NL is a useful tool to characterize Dutch mental health recovery narratives.

### *Interpretation of findings*

The quantitative analysis of the Gwet's AC1 coefficient demonstrates similar reliability of INCREASE-NL compared to the original INCREASE instrument (11) for most of the items. The lower scores on some of the above-mentioned items can be explained by several factors related to clarity in item topic definitions and agreements on the coding instructions.

One issue is that the trainers and coders were missing detailed information about certain item topic definitions or nuances in answer categories to be able to give a diligent answer. Another issue to explain inconsistency among coders is uncertainty regarding how much evidence there needs to be in a narrative to answer an item such as *sexuality*. For example, if a male narrator speaks about 'his wife', one could interpret this as sufficient information to characterize the narrator as heterosexual. However, it could also be argued that the narrator makes no explicit statements regarding his sexuality and he could be bisexual or a closeted homosexual, and therefore it would be better to leave the item unanswered. Agreeing prior to using INCREASE-NL on exactly when it is legitimate to make assumptions about an answer may help to improve consistency among coders. A third issue is the type of item. Section 4 contains progressive items about latent content such as *Genre* (item 31) and *Tone* (item 33) of the narrative, which required more interpretation by the coders and were found more difficult to code than the more straightforward manifest items, which was also mentioned by the coders in the original INCREASE's pilot evaluation. The fourth issue is about lack of clarity on how big a part of the narrative about a content topic should be to be identified as significantly present. For instance, if having an animal or pet is mentioned only briefly in a sentence, it was unclear if it should be ticked or left blank. Finally, there was some uncertainty about whether content items should only be coded when the content is directly applicable to the narrator or also when it applies to other people, such as a relative or a child. Therefore, for some items it may help to set stricter coding rules and instrument instructions and to communicate them by qualified trainers on when and when not to code something. We make several recommendations to this end in *Appendix II*.

A statistical factor of influence is that the Gwet's AC1 analysis treats the items *Stage of recovery* and *Relationship to recovery* as nominal items (20), even though these items are ordinal with a hierarchical rank order. The analysis we used did not

take the degree of agreement between coders into account, only agreement or disagreement in answer responses. Although this leads to a slightly more conservative results, it would not have changed our interpretation of results on these items.

### *Strengths and limitations*

This study is the first to adapt and validate INCREASE in another language. A strength is that we followed quality standards through a step-by-step execution of the updated practices of a consortium translation process for translating patient reported outcome instruments (12). Furthermore, the power analysis on the number of recovery narratives to score for the Dutch validation strengthens the reliability of our results. Another added value is that this study included coders with different perspectives (clinicians, researchers and lived experience experts). Feasibility and validity were examined both quantitatively (Gwet's AC1, Fleiss Kappa, percentages of agreement among coders) and qualitatively (written evaluations). Moreover, a training day was organized to train the coders in using INCREASE-NL.

A limitation of this study is that we only used (recovery) narratives that were text-based. Narratives in different formats, such as audio or video, were not available for this study. Consequently, for some items an intercoder reliability coefficient could not be calculated and only qualitative evaluation was possible. However, the qualitative evaluation supported that INCREASE-NL would likely be able to also capture information of different modalities. Furthermore, the narratives included in this study were all collected by the "Story Bank Psychiatry" (13), with the same interview protocol and a limited pool of interviewers, all conducted in a similar interview setting. This led to narratives with a more similar structure, content and length (average of 729 – 1256 words per narrative) than in the original INCREASE study (different sources, modalities and length). As an example, a study including 71 personal accounts that were shared in different formal and informal settings, showed that the context of sharing a story greatly affects the '*stories that people tell about their stories*' (27). Due to homogeneity in our dataset, we were not able to fully compare the Fleiss Kappa values in the current and original study.

### **Conclusions**

INCREASE-NL has a sufficient feasibility, validity and reliability and can help to characterize Dutch mental health-oriented narratives. Using INCREASE-NL to characterize content of such narratives may help people to select relevant narratives that may induce positive impact and minimize harm to a recipient. It is useful to complete a training in using INCREASE-NL, to make clear agreements on the coding rules, especially for section 4 about narrative characteristics. Therefore, we advise, in line with the original INCREASE instructions, to practice coding with several narratives and to code with multiple coders, assess concordance and discuss disagreements and emotional impact. INCREASE-NL may be used as a 'diversity tool' to identify gaps in Dutch narrative collections, as well as for characterization of narratives complementary to qualitative analysis in which new areas and emergent themes of recovery can be explored.

## **Acknowledgements**

We thank Klaas Wardenaar, Roland Reezigt and Maarten Brilman for their statistical guidance and Matthijs Ruiter [MR) and Jopie Berg (JB2) for their contributions in the translation phase. Furthermore, we thank Joke Tonn (JT), Matthijs Ruiter (MR), Mirjam Smid (MS), Maartje de Vries (MdV), and Stijn Crutzen (SC2) for their help in coding narratives in the validation phase of INCREASE-NL.

All authors declare that they have no conflicts of interest.

## **Table legend**

Table 1: INCREASE to INCREASE-NL: Translation Process Steps

Table 2: Intercoder-reliability of the INCREASE-NL on item-level

## **Appendices**

Appendix I, INCREASE-NL instrument

Appendix II, INCREASE-NL, Table of coders' experiences per section and coding advise

## References

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445-52.
2. Wood L, Alsawy S. Recovery in psychosis from a service user perspective: A systematic review and thematic synthesis of current qualitative evidence. *Community Ment Health J*. 2018;54(6):793-804.
3. McGranahan R, Rennick-Egglestone S, Ramsay A, Llewellyn-Beardsley J, Bradstreet S, Callard F, Priebe S, Slade M. Curation of mental health recovery narrative collections: Systematic review and qualitative synthesis. *JMIR Mental Health*. 2019;6(10):e14233.
4. Yeo C, Rennick-Egglestone S, Armstrong V, Borg M, Franklin D, Klevan T, Llewellyn-Beardsley J, Newby C, Ng F, Thorpe N, Voronka J, Slade M. Uses and misuses of recorded mental health lived experience narratives in healthcare and community settings: Systematic review. *Schizophr Bull*. 2021
5. Dawson L, Mullan B, Touyz S, Rhodes P. Are recovery stories helpful for women with eating disorders? A pilot study and commentary on future research. *Journal of Eating Disorders*. 2018;6(1):21. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0206-2>
6. Roe J, Brown S, Yeo C, Rennick-Egglestone S, Repper J, Ng F, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Cuijpers P, Thornicroft G, Manley D, Pollock K, Slade M. Opportunities, enablers, and barriers to the use of recorded recovery narratives in clinical settings. *Front Psychiatry*. 2020;11:589731.
7. Rennick-Egglestone S, Ramsay A, McGranahan R, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Pollock K, Repper J, Yeo C, Ng F, Roe J, Gillard S, Thornicroft G, Booth S, Slade M. The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: Qualitative analysis and change model. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226201.
8. Ng F, Charles A, Pollock K, Rennick-Egglestone S, Cuijpers P, Gillard S, van der Krieke L, Bongaardt R, Pomberth S, Repper J, Roe J, Llewellyn-Beardsley J, Yeo C, Hui A, Hare-Duke L, Manley D, Slade M. The mechanisms and processes of connection: Developing a causal chain model capturing impacts of receiving recorded mental health recovery narratives. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):413-z.
9. Ng F, Newby C, Robinson C, Llewellyn-Beardsley J, Yeo C, Roe J, Rennick-Egglestone S, Smith R, Booth S, Bailey S, Castelein S, Callard F, Arbour S, Slade M. How do recorded mental health recovery narratives create connection and improve hopefulness? *Journal of Mental Health*. 2022;0(0):1-8.
10. Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, Manley D, McGranahan R, Pollock K, Ramsay A, Sælør KT, Wright N, Slade M. Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS One*. 2019;14(3):e0214678.
11. Llewellyn-Beardsley J, Barbic S, Rennick-Egglestone S, Ng F, Roe J, Hui A, Franklin D, Deakin E, Hare-Duke L, Slade M. INCREASE: Development of an inventory to characterize recorded mental health recovery narratives. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2020;3(2):25-44.
12. Eremenco S, Pease S, Mann S, Berry P. Patient-reported outcome (PRO) consortium translation process: Consensus development of updated best practices. *J Patient Rep Outcomes*. 2017;2(1):12.
13. Verhalenbank Psychiatrie. cited Oct 28, 2021]. Available from: <https://psychiatrieverhalenbank.nl/>
14. Arifin WN. wnarifin.github.io > Sample size calculator. cited Mar 22, 2022]. Available from: <https://wnarifin.github.io/ssc/ssicc.html>
15. M S, G T, G G. The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1999;34(5)
16. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wedding D, Gwet KL. A comparison of cohen's kappa and gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: A study conducted with personality disorder samples. *BMC Medical Research Methodology*. 2013;13(1):61. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-61>
17. Feinstein AR, Cicchetti DV. High agreement but low kappa: I. the problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990;43(6):543-9.
18. Cicchetti DV, Feinstein AR. High agreement but low kappa: II. resolving the paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990;43(6):551-8.
19. Gwet KL. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 2008;61(1):29-48.

20. Fleiss JL. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*. 1971;76:378-82.
21. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
22. Hartmann DP. Considerations in the choice of interobserver reliability estimates. *J Appl Behav Anal*. 1977;10(1):103-16.
23. Stemler SE. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2004;9(4)
24. Haahr M. Random Sequence Generator. cited Jan 11, 2023]. Available from: <https://www.random.org/sequences/>
25. Gwet KL. irrCAC: Computing Chance-Corrected Agreement Coefficients (CAC). *Comprehensive R Archive Network (CRAN)* cited Nov 8, 2022]. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=irrCAC>
26. Linda Rich. Qualtrics - Survey Tool. ; 2022. Available from: <https://libguides.bgsu.edu/qualtrics>.
27. Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Pollock K, Ali Y, Watson E, Franklin D, Yeo C, Ng F, McGranahan R, Slade M, Edgley A. 'Maybe I shouldn't talk': The role of power in the telling of mental health recovery stories. *Qual Health Res*. 2022;32(12):1828-42.

## **Wat is de INCREASE-NL?**

INCREASE staat voor 'Inventory of Characteristics of Recovery Stories' (in het Nederlands: Inventarisatie van karakteristieken van herstelverhalen). De INCREASE-NL is een instrument om verhalen (hierna: narratieven) over herstel van psychische gezondheid te karakteriseren. De term 'herstel' wordt hier gedefinieerd als 'een manier om een betekenisvol leven te leiden, met of zonder het hebben van psychische gezondheidsklachten'. INCREASE-NL vat bepaalde kenmerken van het narratief en de verteller samen. Het is geen oordeel over de kwaliteit of waarde van een narratief.

## **Wie kan de INCREASE-NL gebruiken?**

De INCREASE-NL kan door iedereen worden gebruikt, hoewel het betrouwbaarder is wanneer het gebruikt wordt door codeurs met persoonlijke of professionele ervaring met psychische gezondheidsklachten en herstel. De betrouwbaarheid van het coderen neemt toe door (a) het coderen te oefenen met meerdere narratieven en door (b) twee codeurs onafhankelijk van elkaar de INCREASE-NL te laten invullen bij een verhaal en vervolgens overeenstemming te bepalen en eventuele verschillen te bespreken. Door het gebruik van de INCREASE-NL is men bezig met verhalen over herstel van psychische gezondheid, waardoor sommigen emotionele stress kunnen ervaren. Daarom adviseren we voldoende tijd te nemen voor het coderen van de verhalen en rekening te houden met het bieden van emotionele steun aan de codeurs.

## **Wie hebben de INCREASE ontwikkeld?**

De INCREASE is ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk, als onderdeel van het NEON-programma gefinancierd door NIHR (referentie: RP PG 0615 20016). De INCREASE-NL is vertaald in lijn met de Engelstalige originele versie, slechts enkele achtergronditems zijn - in afstemming met de ontwikkelaars - passend gemaakt worden voor de Nederlandse situatie (zoals etniciteit).

De referentie voor de originele Engelstalige INCREASE is:

- Llewellyn-Beardsley, J., Barbic, S., Rennick-Egglestone, S., Ng, F., Roe, J., Hui, A., Franklin, D., Deakin, E., Hare-Duke, L., Slade, M. (2020). *INCREASE: Development of an Inventory to Characterize Recorded Mental Health Recovery Narratives*, Journal of Recovery in Mental Health, **3**, 25-44.

De Nederlandse vertaling van de INCREASE is uitgevoerd door betrokkenen van het STORY MINE ('Studying Topics of Recovery in Mental Health Oriented Narrative Experiences') project. De referentie is:

- **REF NADER IN TE VULLEN**

## **Instructies voor het invullen van de INCREASE-NL**

Voor ieder item:

- Als het antwoordveld leeg is (bijv. item 1), vink dan aan als het item van toepassing is op het narratief en laat leeg als het item niet van toepassing is op het narratief.
- Als het antwoordveld om een hoeveelheid vraagt (alleen items 9 en 10), noteer dan uw schatting in het antwoordveld.
- Als het antwoordveld categorieën heeft (bijv. item 11), omcirkel dan de meest relevante categorie.

Laat in alle gevallen het antwoordveld leeg, wanneer het antwoord niet te bepalen is.

## **TOEPASSING VAN INCREASE-NL**

*Waarvoor gebruikt u de INCREASE-NL?*

<b>Toepassing gebruik INCREASE-NL (vul in wat van toepassing is)</b>	
<b>Details van het narratief en codeur</b>	
<b>Onderzoek project</b>	STORY MINE
<b>Ander onderzoek project (indien van toepassing)</b>	
<b>Codeerdatum (dd/mm/jjjj)...</b>	/ /
<b>Naam codeur</b>	
<b>Totale invultijd voor beoordelen + coderen van het narratief (min-sec)</b>	

**ALGEMENE GEGEVENS**

<b>Bijzonderheden (*alleen invullen/aanvinken indien van toepassing)</b>	
<b>Verhaal niet gecodeerd (indien het geval, vul dan altijd ook het ID-nummer van het narratief + naam codeur in)</b>	
<b>Reden (bijv. stressvolle inhoud)</b>	

## ONDERDEEL 1: GESCHIKTHEID VAN HET NARRATIEF

**Codeerinstructies voor Onderdeel 1:** Dit onderdeel wordt gecodeerd om te bepalen of het narratief een narratief betreft over herstel van psychische gezondheid, zoals het oorspronkelijk gedefinieerd is in de NEON-studie. Dit wil zeggen dat een *narratief* wordt gezien als een *herstel-narratief over psychische gezondheid* als alle vier items in Onderdeel 1 zijn aangevinkt.

#	Item	Beschrijving	Antwoord (vink alles aan wat van toepassing is)
1	Is dit een weergave van persoonlijke ervaringen?	Het narratief vertegenwoordigt de persoonlijke ervaringen met psychische gezondheidsproblemen van de verteller, d.w.z. zijn/haar eigen ervaringen van de eigen psychische gezondheid. Narratieven geformuleerd in de derde persoon zijn acceptabel als ze onmiskenbaar over de eigen persoonlijke ervaringen gaan, bijv. door een begeleidende auteursbiografie of introductie. Een weergave van persoonlijke ervaringen met uitsluitend afbeeldingen, telt hier ook mee. Vink niet aan als het verslag gaat over iemand anders steunen bijv. vanuit het perspectief van een familielid of medewerker.	
2	Is dit een narratief?	Het narratief vertegenwoordigt een reeks van gebeurtenissen of acties die gedurende een periode plaatsvinden. Vink niet aan als het stuk voornamelijk bijv. een argument, discussie of beschrijving van iets is (bijv. een toestand). Voor op afbeeldingen gebaseerde narratieven, vink aan als de afbeelding herkenbaar opeenvolgende details of een indicatie van transitie bevat.	
3	Bevat het narratief elementen van tegenslag of worsteling?	Het narratief bevat gedefinieerde ervaringen van tegenspoed of worsteling van de verteller die verband houden met psychische gezondheidsklachten. Deze aspecten mogen variëren van een heel klein gedeelte tot een heel groot gedeelte van het narratief. Tegenspoed of worsteling mag vele verschillende vormen aannemen en kan gedurende (een) korte of lange tijdsperiode(s) ervaren zijn.	
4	Bevat het narratief elementen van succes, krachten of overleving?	Het narratief bevat gedefinieerde ervaringen van succes, krachten of overleving van de verteller in relatie tot psychische gezondheidsklachten. Deze aspecten kunnen variëren van een heel klein gedeelte tot een heel groot gedeelte van het narratief. Succes, krachten of overleving kunnen vele verschillende vormen aannemen en kunnen gedurende (een) korte of lange tijdsperiode(s) ervaren zijn.	

## ONDERDEEL 2: NARRATIEF MODUS

**Codeerinstrucies voor Onderdeel 2:** Narratieven kunnen op verschillende manieren worden weergegeven, bijv. met zowel beelden als geluid (bijv. film), of met afbeelding en tekst (bijv. een kunstwerk met begeleidende auteursbiografie). Vink alle aanwezige items aan.

#	Item	Beschrijving	Antwoord (vink alles aan wat van toepassing is)
5	Bevat het narratief tekst?	Het narratief bevat geschreven elementen, bijv. proza, poëzie, gedenkschrift, transcript van spraak, op tekst gebaseerde auteursgegevens of biografie bij een narratief gebaseerd op afbeeldingen of video.	
6	Bevat het narratief geluid?	Het narratief bevat een geluidselement, bijv. spraak, lied of podcast.	
7	Bevat het narratief bewegende beelden?	Het narratief bevat veranderende visuele elementen, bijv. film of video.	
8	Bevat het narratief statische afbeeldingen?	Het narratief bevat niet-veranderende visuele elementen, bijv. kunst, stripverhaal, fotografie, Photovoice of een foto van de auteur toegevoegd aan geschreven tekst.	
9	Totale lengte van de tekst	Meld de totale lengte (in woorden) van elke vorm van de tekst in het narratief. We raden aan om waar mogelijk het 'aantal woorden' te noteren (bijv. door te kopiëren en plakken in Word), anders graag een schatting hiervan maken. Laat het antwoordveld leeg als het narratief geen tekst bevat.	<b>Aantal woorden:</b>
10	Totale lengte van het geluidsfragment of de video	Meld de totale lengte (in minuten) van alle geluids- of video-elementen. Laat het antwoordveld leeg als het narratief alleen tekst of statische afbeeldingen bevat.	<b>Aantal minuten:</b>

### ONDERDEEL 3: KENMERKEN VAN DE VERTELLER

**Codeerinstruaties voor Onderdeel 3:** Voor items 11 t/m 15 geldt: Kies een antwoord als (1) de verteller expliciet naar dat antwoord verwijst of het benoemt OF (2) het narratief afkomstig is van een collectie van de groep in de antwoordoptie OF (3) als er geen specifieke verwijzing in narratief of collectie aanwezig is, maak je de beste schatting. Laat het antwoordveld leeg als een schatting maken onmogelijk is bijv. in sommige op afbeeldingen-gebaseerde narratieven.

Voor items 16 t/m 30 geldt: kies een specifiek antwoord ALLEEN als verteller dat antwoord expliciet benoemt OF als het narratief uit een collectie van deze specifieke groep komt. Laat het antwoordveld leeg als het antwoord niet specifiek benoemd wordt door verteller, oftewel vermijd het scoren van aannames.

#	Item	Beschrijving	Antwoord (omcirkel één per item)
11	Gender	Antwoord 'anders' als de verteller zich identificeert als bijvoorbeeld trans, transgender, non-binair of enige andere genderidentiteit.	Man
			Vrouw
			Anders
12	Leeftijd		0-25
			26-40
			41-65
			66+
13	Etniciteit	Nederlands.	Nederland
			<b>(Nederlands met) een migratieachtergrond vanuit</b>
		België, Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en overige West-Europese landen.	West-Europa
		Polen, Roemenië, Hongarije, Rusland en overige Oost-Europese landen.	Oost-Europa
		Bonaire, St. Eustatius, Saba, Aruba, Curaçao en Sint-Maarten.	Caribisch Nederland en Aruba, Curaçao, St Maarten

		Turkije, Suriname, Marokko.	Turkije, Suriname, Marokko
		Azië, Noord-Amerika, Zuid-Amerika, Afrika, Oceanië, overige of meervoudige migratie-achtergrond.	Overig
14	Herstelfase	Overweldigings-, uitstelfase: momenteel niet bezig met denken aan of toewerken naar herstel of welzijn.	Denkt nog niet aan herstel
		Bewustzijns-, overdenkings-, voorbereidingsfase: her-ontwaken van hoop, bewustzijn van afhankelijkheid, besluit nemen om leven weer op te bouwen.	Denkt aan herstel
		Wederopbouw-, actie-, onderhouds-, groeifase: actieve betrokkenheid, wederopbouw van het leven, leven voorbij beperking.	Werkt aan herstel
		Verteller wijst het concept 'herstel' zoals gebruikt in de GGZ expliciet af.	Wijst herstel af
15	Locatie van de verteller	Selecteer het continent waarin de meerderheid van de gebeurtenissen binnen het narratief plaatsvinden.	Afrika
			Azië
			Oceanië
			Europa
			Noord-Amerika
			Zuid-Amerika
16	Seksualiteit	Laat leeg als seksualiteit niet wordt benoemd door de verteller.	Biseksueel
			Homoseksuele man
			Heteroseksueel
			Lesbisch
			Anders
	<b>Beperking</b>	Vink aan als de verteller verwijst naar het hebben van <b>substantiële en lange-termijn</b> moeilijkheden als gevolg van psychische of lichamelijke gezondheidsproblemen. 'Psychische gezondheidsproblemen' is niet opgenomen als categorie, omdat alle verhalen deze per definitie zullen bevatten. Laat leeg als er geen beperking wordt benoemd door de verteller, oftewel vermijd het scoren van aannames.	<b>Antwoord (vink alles aan wat van toepassing is)</b>

17	Visuele beperking	Blindheid of gedeeltelijk zicht. Niet aanvinken alleen op basis van het dragen van een bril door de verteller.	
18	Gehoorproblemen	Doofheid of gedeeltelijk horen.	
19	Beperkt(e) mobiliteit, uithoudingsvermogen	Moeilijkheden met bijv. lopen, traplopen, tillen en dragen OF moeilijkheden met uithoudingsvermogen of ademhaling.	
20	Cognitieve problemen	Moeilijkheden met leren (bijv. verstandelijke beperkingen), herinneren (bijv. als gevolg van dementie), of concentreren.	
21	Problemen bij zelfzorg	Moeilijkheden met zelfzorg zoals wassen of aankleden.	
	<b>Diagnose</b>	Voor items 22 t/m 29, vink aan als de verteller de categorie van zijn/haar diagnose benoemt. Vink items 22 t/m 29 niet aan als de verteller benoemt dat de categorie aan hem/haar is toegewezen, maar deze afwijst. Als er geen categorie is vastgesteld EN item 30 niet van toepassing is, laat items 22 t/m 30 dan leeg.	<b>Antwoord (vink alles aan wat van toepassing is)</b>
22	Neuro-ontwikkeling gerelateerd	Bijv. autisme spectrum stoornis (ASS) of aandachtstekortstoornis met/zonder hyperactiviteit (ADHD/ADD).	
23	Eet- of voedings-gerelateerd	Bijv. anorexia, eetbuien, boulimia.	
24	Stemmings-gerelateerd	Bijv. angst, paniekaanvallen en fobieën of depressie, bipolair 1 of 2, cyclothymie (stoornis van wisselende stemming), dysthymie (persisterende depressieve stoornis), manische episoden, postnatale depressie (PND).	
25	Persoonlijkheid-gerelateerd	Bijv. borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), narcistische persoonlijkheidsstoornis, paranoïde persoonlijkheidsstoornis.	
26	Obsessief-compulsief gerelateerd	Bijv. obsessief-compulsieve stoornis (OCS), body dysmorphic disorder (stoornis in de lichaamsbeleving).	
27	Schizofrenie, psychose gerelateerd	Bijv. schizofrenie, waanstoornis, schizoaffectieve stoornis, stemmen horen.	
28	Trauma, stress gerelateerd	Bijv. aanpassingsstoornis, acute stress stoornis, posttraumatische stress stoornis (PTSS).	

<b>29</b>	Middelen-gerelateerd	Bijv. problematisch gebruik van alcohol, cannabinoïden, cocaïne, andere stimulantia, opioïden, hallucinogenen, kalmerende middelen, oplosmiddelen.	
<b>30</b>	Gebruikt een non-diagnostisch kader	Wijst actief het gebruik van diagnose af OF gebruikt andere termen in plaats van te verwijzen naar diagnose, zoals het horen van stemmen, stress door trauma, een overlever zijn van instellingen, identificeert zichzelf als gek, OF gebruikt een alternatief verklarend kader, zoals spirituele nood. A.u.b. hier geen vinkje plaatsen met als reden dat er bij items 22 t/m 29 niets is aangevinkt.	

## ONDERDEEL 4: EIGENSCHAPPEN VAN HET NARRATIEF

**Codeerinstructies voor Onderdeel 4:** Kies het best passende antwoord voor ieder item. Veel verhalen kunnen bij meer dan één van deze antwoorden passen. Geef a.u.b. je beste inschatting over welk antwoord het beste past bij het narratief als geheel.

#	Item	Beschrijving	Antwoord (omcirkel één per item)
31	Genre	Hoofdfocus ligt op ontsnapping van de verteller aan of weerstand bieden tegen benoemde factoren die zijn of haar herstel in de weg staan, bijv. moeilijke familie- of andere omstandigheden, schadelijke of niet-helpende zorgverlening of behandeling, vormen van onrechtvaardigheid, betwiste diagnose, afwijzen van diagnostisch kader.	Ontsnapping
		Hoofdfocus ligt op overleving van de verteller en vermogen om vol te houden ondanks langdurige omstandigheden van bijv. beproeving, verlies, trauma of moeilijke omstandigheden. Omstandigheden kunnen op dit moment of in het verleden zijn.	Doorzettingsvermogen
		Hoofdfocus ligt op manier van de verteller om herstel te behouden of welzijn te bereiken, bijv. op [1] activiteiten, attitudes, leren, helpende relaties, [2] op prestaties of het bereiken van doelen, of [3] op manieren om zaken op orde te houden of te herstellen.	Inspanning
		Hoofdfocus ligt op transformatie van begrip van de verteller of perspectief over situatie, bijv. vinden van een nieuw verklarend kader; hun eigen empowerment of zelfverwezenlijking; een zoektocht of ontdekkingsreis; een gevoel van verlossing door iets groters dan zichzelf, menselijk danwel spiritueel.	Verlichting
32	Positionering	GGZ-behandelingen of zorgverlening worden algemeen beschreven als positieve factoren in het herstel van de verteller bijv. door behandelingen of diensten die werkten, positieve relaties met GGZ- medewerkers hebben, of door dienstverlening (bijv. werkzaam als ervaringsdeskundige).	Binnen de GGZ (positief)
		GGZ-behandelingen of zorgverlening worden algemeen beschreven als negatieve factoren in het herstel van de verteller, die actief herstel tegenhouden of psychische nood verergeren, bijv. wanbehandeling, negatieve attitudes medewerkers, verlies van rechten of waardigheid.	Binnen de GGZ (negatief)
		GGZ-behandelingen of zorgverlening worden niet genoemd, bijv. verteller is op een andere manier hersteld, of heeft alternatieve behandelingen of zorgverlening ondergaan; of GGZ-behandelingen zijn slechts minimaal aanwezig bijv. verteller vond behandelingen of zorgverlening neutraal of ineffectief, maar niet schadelijk.	Buiten de GGZ
33	Toon	Positief, bijv. opgewekt, tevreden, hoopvol, trots, optimistisch of reflectief.	Optimistisch

		Negatief, bijv. geagiteerd, verontschuldigend, wild, pessimistisch, verdrietig, overstuur of zelfkritisch.	Pessimistisch
		Provocerend of stimulerend, bijv. boos, uitdagend, tartend of protesterend.	Kritisch
		Vlak, feitelijk, rechteloos, gelaten of 'zo is het nu eenmaal'.	Neutraal
<b>34</b>	Relatie met herstel	Psychische gezondheidsklachten worden hoofdzakelijk in de verleden tijd beschreven, bijv. verteller verwacht ze in de toekomst niet te ervaren; spreekt over 'hersteld' te zijn.	Hersteld
		Herstel of gevoel van welzijn wordt beschreven als duidelijk aanwezig, bijv. verteller ervaart vooral welzijn, vertrouwt erop dat toekomstige psychische problemen hanteerbaar zullen zijn.	Goed bestaan, nagenoeg hersteld
		Herstel of gevoel van welzijn wordt beschreven als verbeterend, bijv. verteller ervaart welzijn en ervaart ook regelmatig periodes van psychische nood, is bang dat toekomstige psychische gezondheidsklachten misschien niet hanteerbaar zullen zijn.	Vooruitgang aan het boeken
		Herstel of gevoel van welzijn wordt beschreven als uitdagend of onder voorbehoud, bijv. verteller is gericht op het door een situatie heen werken, is volhardend ten aanzien van hele moeilijke omstandigheden, verwacht dat psychische gezondheidsklachten zullen voortduren in de toekomst.	Overleeft van dag-tot-dag
		Verteller wijst het concept 'herstel' af zoals gebruikt in de GGZ.	Wijst herstel af
<b>35</b>	Traject	Algemene tendens van het narratief is een stijgende vooruitgang naar herstel of welzijn. Het narratief kan tegenslagen of periodes van stress bevatten, maar de focus ligt op vooruitgang.	Opwaarts
		Algemene tendens van het narratief is zowel opwaartse spiraal naar gezondheid of welzijn als neerwaartse spiraal naar beproeving. Meevallers en tegenvallers kunnen dramatische of achtbaanveranderingen zijn of meer geleidelijk in de tijd plaatsvinden, maar het narratief is min of meer gelijk verdeeld tussen ups en downs.	Ups en downs
		Algemene vorm van het narratief bevat geen significante opwaartse en neerwaartse spiralen, bijv. verteller kan een gevoel van stagnatie beschrijven of van dag tot dag kijken.	Horizontaal
		Algemene vorm van het narratief wordt onderbroken door een enkele crisis of moeilijke periode, waarna de oude vorm en richting weer hervat worden, bijv. verteller ervaart een traumatische gebeurtenis of ongeluk waarna het leven weer terugkeert naar 'normaal'.	Onderbroken
		Algemene vorm van het narratief circuleert door reeksen van beproeving of moeilijkheden, gradueel herstel, periode van welzijn en een terugkeer naar beproeving of moeilijkheden, waarin enig eerder gevoel van herstel, winst of welzijn verloren of afwezig is.	Circulair
<b>36</b>			Ja

	Gebruik van metafoor of symbolisch taalgebruik	Als het narratief tekst of spraak bevat: Is er metaforische of symbolische taal gebruikt? Selecteer ja voor alle afbeelding-gebaseerde narratieven.	Nee
--	--	---	-----

## ONDERDEEL 5: INHOUDSWAARSCHUWINGEN

**Codeerinstructies voor Onderdeel 5:** Vink alle items aan die in het narratief voorkomen. Aspecten kunnen variëren van een heel klein deel (korte benoeming) tot een heel groot deel (hoofdonderwerp) van het narratief. De gegeven voorbeelden zijn niet volledig. Wees voorzichtig door wél alle items aan te vinken die mogelijk van toepassing zijn, maar niet de items waarbij de verteller non-specifiek naar een trauma verwijst, bijv. ‘het trauma dat ik heb meegemaakt’ of ‘de angstaanjagende gebeurtenissen die ik heb ervaren’.

#	Item	Beschrijving	Antwoord (vink alles aan wat van toepassing is)
37	Mishandeling of seksueel geweld	Directe ervaringen met of getuige zijn van enige vorm van seksuele, lichamelijke of emotionele mishandeling, verwaarlozing, partner of huiselijk geweld of daden van seksueel geweld, waaronder bijv. (poging tot) verkrachting, aanranding, vrouwelijke genitale mutilatie, moderne slavernij, sekshandel, seksuele uitbuiting van kinderen, onderwerping aan pornografie of getuige zijn van seksuele handelingen, onwettig of ongepast in bedwang houden, misbruik van medicatie (bijv. overmatige sedatie), gedwongen eten of ontzeggen van voedsel, gedwongen sociaal isolement (iemand weerhouden van bijv. toegang tot zorgverlening of vrienden zien), pesten, dwang, cyber-pesting, lastig vallen, vernedering, intimidatie, gebruik van dreigementen of verbale mishandeling.	
38	Verlies van leven of gevaar voor het leven	Directe ervaringen met of getuige zijn van bijv. opname op intensive care, sterfgeval, diagnose met een levensbedreigende aandoening, verlies van zwangerschap, natuurramp, ernstig ongeval, (poging tot) zelfdoding, terroristische aanslag, marteling, traumatische geboorte, traumatische beëindiging zwangerschap, gewelddadige dood van een ander, bedreigd worden met een wapen of oorlog/militaire gevechten.	
39	Zelfbeschadiging inclusief eetstoornissen	Directe ervaringen met of getuige zijn van bijv. opzettelijke verwonding of zelfbeschadiging, zelfverwaarlozing, alcohol- of middelenmisbruik of eetstoornis-gerelateerd gedrag.	
40	Geweld of agressie	Directe ervaring met of getuige zijn van bijv. agressieve daden, gevechten of rellen.	

<b>41</b>	Onrechtvaardigheid, vooroordelen en discriminatie	Directe ervaringen met, getuige zijn van of verwijzen naar bijv. haat zaaien, vooroordelen of discriminerende acties, gedrag of besluiten op basis van bijv. kleur, handicap, etnische achtergrond, genderidentiteit, nationaliteit, ras, religie of seksuele voorkeur. Ervaringen kunnen op individueel, interpersoonlijk niveau, organisatorisch en institutioneel niveau zijn (bijv. GGZ of gevangenissen) of op systematisch en structureel niveau (historische, culturele, juridische, politieke of economische systemen).	
-----------	---	---	--

## ONDERDEEL 6: KEERPUNTEN

**Codeerinstrucies voor Onderdeel 6:** Vink ALLEEN aan als verteller het item benoemt als keerpunt, of soortgelijke taal gebruikt bijv. ‘na X waren dingen anders, beter of makkelijker’; ‘het moment, tijdstip, persoon, boek, situatie, gebeurtenis dat dingen veranderde was X’; ‘het besluit om X was de grootste factor’; ‘ik realiseerde me na X dat dingen moesten veranderen’. Laat het antwoordveld leeg als het item niet aanwezig is, of aanwezig is, maar niet door verteller wordt benoemd als een keerpunt, oftewel vermijd het scoren van aannames. Laat het antwoordveld leeg als een antwoord geven onmogelijk is, bijv. bij verhalen die op afbeeldingen gebaseerd zijn.

<b>Inhoud van het narratief gerelateerd aan keerpunten, oftewel beslissende factor(en) die verteller van beproeving naar herstel leiden</b>			
<b>#</b>	<b>Item</b>	<b>Beschrijving</b>	<b>Antwoord (vink alles aan wat van toepassing is)</b>
<b>42</b>	Regie nemen	Verandering na regie nemen, bijv. over eigen ziekte, herstelproces, problematisch middelengebruik of over het eigen leven in het algemeen. Kan plotseling en besluitvaardig of juist een langer proces zijn. Kan met accepteren of afwijzen van hulp of behandeling te maken hebben, bijv. beslissen om te starten of te stoppen met medicatie.	
<b>43</b>	Interventies, steun van anderen	Verandering na bijv. toegang krijgen tot behulpzame medicatie, behandeling, groepen of diensten (al dan niet direct gerelateerd aan psychische gezondheid), steun ontvangen van familie of vrienden, geconfronteerd worden met familie of vrienden.	
<b>44</b>	Zelfacceptatie	Verandering na bijv. toename van zelfvertrouwen, groei in zelfbewustzijn, emotionele ontlading, afstand nemen van geïnternaliseerd stigma. Dit kan gebeuren door eigen leren of aan jezelf werken, betrokkenheid bij (steun)groepen, begeleiding of therapie.	
<b>45</b>	Spirituele, existentiële ervaring	Verandering na bijv. een gevoel van betekenis, een doel vinden of gevonden te hebben, het ervaren van een grote verschuiving in perspectief, aansluiten bij een spirituele of religieuze gemeenschap, spirituele praktijken ondernemen, ervaringen met bekering, dromen, positieve visioenen, voor hem of haar gebeden worden, steun van een gids of onderwijzer.	
<b>46</b>	‘Ruw wakker geschud worden’	Verandering na een schok of beseffen hoe erg dingen zijn geworden, bijv. opgenomen zijn in een ziekenhuis, verplaatst worden naar een afdeling met langdurige behandeling, negatieve effecten zien op familieleden, de dood van een naaste of een zelfmoordpoging.	

<b>47</b>	Verschuiving in identiteit	Verandering na opnieuw aannemen van de eerder gestigmatiseerde identiteit of het stigma van zichzelf 'afgooien', bijv. op basis van etniciteit, gender, seksualiteit of psychische gezondheidsstatus. Dit kan gebeuren door anderen te vinden met soortgelijke ervaringen, eigen leren, aan jezelf werken of betrokken raken bij activisme.	
-----------	----------------------------	---	--

## ONDERDEEL 7: INHOUD NARRATIEF

**Codeerinstruaties voor Onderdeel 7:** Vink alle onderwerpen aan die een significant onderdeel zijn van het narratief. Reken alleen korte vermeldingen of feitelijke mededelingen niet mee, zoals een korte vermelding over medicatie. Voor onderwerpen die niet als 'Vooral Positief' of 'Vooral Negatief' worden weergegeven (bijv. verteller is neutraal, of heeft in gelijke mate positieve en negatieve ervaringen), vink aan 'Aanwezig'. Elk item moet ofwel leeg zijn (als het onderwerp niet in het narratief voorkomt) of er moet precies één vakje aangekruist zijn.

#	Item	Beschrijving	Aanwezig	Vooral positief	Vooral negatief
48	Zwangerschap, geboorte	Positieve voorbeelden: gewenste zwangerschap, zwangerschap als opwaarts keerpunt. Negatieve voorbeelden: ervaring traumatische zwangerschap of geboorte, ongewenste zwangerschap, abortus, postnatale problemen, moeite met zwanger worden of het kunnen krijgen van kinderen.			
49	Familie	Positieve voorbeelden: emotionele of praktische steun of zorg van familieleden, relaties met familie als bron van geluk of veerkracht. Negatieve voorbeelden: eigen scheiding of die van ouders, uit elkaar gaan, uiteenvallen relatie of aanhoudend conflict, dood of verlies in familie.			
50	In zorg zijn	Positieve of negatieve ervaringen met adoptie, in pleegzorg of niet-ouderlijke zorg.			
51	Opleiding	Positieve voorbeelden: positieve leer-, trainingsmogelijkheden hebben, deelnemen aan zelfstudie of zelfhulp. Negatieve voorbeelden: moeilijkheden op school, schoolweigering, buitengesloten worden, school niet plezierig vinden, verplicht bijwonen van scholing.			
52	Vriendschappen	Positieve voorbeelden: steun van vrienden. Negatieve voorbeelden: uiteenvallen vriendschappen, eenzaamheid, sociaal isolement, overlijden van een dierbare.			
53	Relaties	Positieve voorbeelden: steunende partner, nieuwe relatie die hoop brengt. Negatieve voorbeelden: moeilijkheden of conflict met partner.			

<b>54</b>	Huisvesting	Positieve voorbeelden: een eigen huis hebben, huis is bron van trots of toevluchtsoord. Negatieve voorbeelden: kwetsbaar gehuisvest of dakloos zijn.			
<b>#</b>	<b>Item</b>	<b>Beschrijving</b>	<b>Aanwezig</b>	<b>Vooraf positief</b>	<b>Vooraf negatief</b>
<b>55</b>	Inkomen	Positieve voorbeelden: inkomen bevorderende keuzes, verbetering van inkomen. Negatieve voorbeelden: schulden, financiële moeilijkheden, armoede, ervaring met uitkeringsstelsel.			
<b>56</b>	Werk	Positieve voorbeelden: geeft betekenis en doel, ontwikkelen positieve identiteit. Negatieve voorbeelden: burn-out, werkgerelateerde stress, instabiele baan, werkloosheid, ongewenst met pensioen of ontslag.			
<b>57</b>	Strafrechtelijk systeem	Positieve voorbeelden: gevangenis biedt veiligheid, keerpunt of kansen. Negatieve voorbeelden: gearresteerd zijn, in (jeugd)gevangenis zitten, een familielid in de gevangenis.			
<b>58</b>	Diagnose	Positieve voorbeelden: geeft begrip aan een situatie, is een opluchting, geeft antwoorden of gevoel van hoop. Negatieve voorbeelden: oneens met diagnose, zich gestigmatiseerd voelen, verlies van hoop.			
<b>59</b>	Medicatie	Positieve voorbeelden: voelde zich beter, opluchting, hoop. Negatieve voorbeelden: voelde zich slechter, hielp niet, was onvrijwillig, had ongewenste bijwerkingen.			
<b>60</b>	Zorgrelatie met GGZ-medewerker	Positieve of negatieve ervaringen in zorgrelaties met bijv. medewerker ambulant behandelteam, crisisteam, GGZ verpleegkundige, psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker.			
<b>61</b>	Lotgenotencontact	Positieve of negatieve ervaringen met het bieden of ontvangen van individuele of groepssteun van lotgenoten. Kan formeel zijn, bijv. binnen GGZ of herstelacademies, of informeel, bijv. van steungroepen zoals AA, Depressie Vereniging, Steunpunt Stemmen Horen.			

62	Onvrijwillig gebruik van GGZ zorg	Positieve of negatieve ervaringen met bijv. gedwongen opname door rechterlijke macht, gedwongen medicatie, tbs met verplichte ambulante behandeling.			
63	Opnames	Positieve of negatieve ervaringen met vrijwillige of onvrijwillige opname in psychiatrische instelling.			
<b>#</b>	<b>Item</b>	<b>Beschrijving</b>	<b>Aanwezig</b>	<b>Vooraf positief</b>	<b>Vooraf negatief</b>
64	Psychologische hulpverlening	Positieve of negatieve ervaringen met het ontvangen of geven van gesprekstherapieën of begeleiding, bijv. kunst of creatieve therapie, CGT, DGT, groepstherapie, psychotherapie, persoonsgerichte, psychoanalytische, psychodynamische, oplossingsgerichte therapie.			
65	Alternatieve therapieën, heling	Positieve of negatieve ervaringen met bijv. acupunctuur, homeopathie, massage, meditatie, Reiki, traditionele Chinese geneeskunde (TCG).			
66	In een natuurlijke omgeving zijn	Positieve of negatieve ervaringen met de natuurlijke omgeving of buitenactiviteiten, groene therapie.			
67	(Huis)dieren	Positieve of negatieve ervaringen in contact met dieren, waaronder therapie, hulphond of zorg voor huisdier.			
68	Gemeenschapsactiviteiten	Positieve of negatieve ervaringen met deelname aan gemeenschap gebonden groepen of organisaties, al dan niet gerelateerd aan psychische gezondheid.			
69	Hobby's, interesses, creatieve activiteiten	Positieve of negatieve ervaringen met vrijetijdsbesteding, hobby's, recreatieve interesses of creatieve activiteiten, bijv. kunst, knutselen, muziek (luisteren of spelen), optreden, lezen, dansen, schrijven.			
70	Lichamelijke activiteiten	Positieve voorbeelden: fit worden of fit blijven, meedoen aan sport of andere lichamelijke activiteiten. Negatieve voorbeelden: niet kunnen meedoen aan dergelijke activiteiten, deelname leidt tot slechter voelen.			

<b>71</b>	Activisme	<p>Positieve voorbeelden: deelname aan (politieke) of andere activiteiten om verandering te bereiken in een groep, organisatie, zorgverlening of systeem.</p> <p>Negatieve voorbeelden: deelname aan bovenstaande leidt tot bijv. burn-out, overweldigd zijn.</p>			
-----------	-----------	---	--	--	--

#	Item	Beschrijving	Aanwezig	Vooraf positief	Vooraf negatief
<b>72</b>	Spirituele of religieuze activiteiten	<p>Positieve voorbeelden: bijwonen van een religieuze of spirituele gemeenschap, groep of gebedshuis, deelnemen aan spirituele activiteiten, bijv. bidden, meditatie, retraites.</p> <p>Negatieve voorbeelden: bovenstaande activiteiten maar dan meer dwangmatig of bijdragend aan psychische stress.</p>			
<b>73</b>	Stigma	<p>Positieve voorbeelden: het afwijzen of overwinnen van stigma of schaamte door psychische problemen of andere redenen, bijv. etniciteit, gender.</p> <p>Negatieve voorbeelden: afkeuring van anderen ervaren, of eigen schaamte door psychische gezondheidsproblemen of andere redenen.</p>			
<b>74</b>	Zorgverantwoordelijkheden	<p>Positief voorbeeld: zorg voor ander geeft een gevoel van trots of betekenisvol te zijn.</p> <p>Negatief voorbeeld: zorg voor ander verslechtert de eigen psychische problemen.</p>			

<b>75</b>	Ervaringen met psychische gezondheidsproblemen in de familie	Positief voorbeeld: psychische problemen van andere gezinsleden leiden tot gedeeld gevoel van begrip. Negatief voorbeeld: psychische problemen van andere familieleden hebben nadelig effect op psychische gezondheid van de verteller.			
<b>76</b>	Eetpatroon, voeding	Positieve of negatieve ervaringen met eetpatroon of voeding worden gelinkt aan verbetering, onderhouden van of verslechteren van de psychische gezondheid van de verteller.			
<b>77</b>	Vrijwilligerswerk	Positieve of negatieve ervaringen met enig onbetaald werk.			

Part of INCREASE-NL instrument	Experiences of coders	Coding advise
<b>SECTION 3: NARRATOR CHARACTERISTICS</b> <i>[In Dutch: ONDERDEEL 3: KENMERKEN VAN DE VERTELLER]</i>		
Item 13: Ethnicity <i>[In Dutch: Etniciteit]</i>	Unclear about what to code when a migration background is present in the narrative, but is not further specified.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choose the category 'other migration background' (in Dutch: Overig) when a migration background is mentioned in the narrative, but not further specified.</li> </ul>
Item 14: Stage of recovery <i>[In Dutch: Herstelfase]</i>	Answer is dependent on coder's definition of recovery.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Make sure all coders adhere to the same definition of recovery by clearly presenting it during the INCREASE-NL training session.</li> <li>For the purpose of validating the INCREASE-NL, we used the definition of (personal) recovery by Anthony (1): "Personal recovery is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness".</li> <li>Furthermore, we emphasize the importance to carefully check the description of each category to inform your answer.</li> </ul>
Item 16: Sexuality <i>[In Dutch: Seksualiteit]</i>	What to code when a narrator does not explicitly mention sexuality, but it may be implied? (E.g. a male narrator mentions his wife)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adhere to the <b>coding instructions for Section 3, items 16-30</b>: choose a specific response ONLY if narrator explicitly identifies that response OR if the narrative comes from a collection from this specific group. Leave blank if not specifically identified by the narrator i.e. avoid making assumptions.</li> <li>(E.g. if nothing else is known about the narrative, leave this item blank)</li> </ul>
Items 22-29: Diagnosis	Unclear whether only primary or also secondary diagnoses should be checked off, when a diagnosis hierarchy is identified by the narrator	<ul style="list-style-type: none"> <li>For items 22-29, tick if the narrator identifies the category as their diagnosis.</li> <li>Tick all categories that are identified by the narrator regardless of whether it is the primary or secondary diagnosis.</li> </ul>

## SECTION 4: NARRATIVE CHARACTERISTICS

### *[In Dutch: ONDERDEEL 4: EIGENSCHAPPEN VAN HET NARRATIEF]*

Item 31: Genre <i>[In Dutch: Genre]</i>	More than one or none of the answers seem to be fitting well, but you can only give one answer.	<ul style="list-style-type: none"><li>Adhere to the <b>coding instructions for Section 4</b>: Choose the closest matching response for each item. Many narratives may fit more than one of these responses. Please give your best estimate as to the response which best fits the narrative overall.</li></ul>
Item 31 (2): Genre <i>[In Dutch: Genre]</i>	Item name is not always matching the description in terms of e.g. an active/taking control item name vs. a passive/avoidant description, and vice versa.	<ul style="list-style-type: none"><li>Item name follows description. Always base your coding on the description given in each category/item.</li></ul>
Item 32: Positioning <i>[In Dutch: Positionering]</i>	There is no option for neutral OR equally positive and negative experiences within mental health services.	<ul style="list-style-type: none"><li>If experiences within services are neutral, code as outside of services (see <b>Description item 32</b>).</li><li>In case of equally positive and/or negative experiences, we recommend to score 'within services' as this category has more neutral description (e.g. treatment worked) than 'despite services' (e.g. loss of dignity or rights, abusive treatment) based on the INCREASE-NL description.</li><li>When still in doubt, it might be helpful to base coding on coding of <b>item 33</b>, which scores of the tone of the story. Optimistic/neutral tone could indicate positioning 'within services', whereas pessimistic/critical could indicate 'despite services'.</li></ul>
Item 33: Tone <i>[In Dutch: Toon]</i>	More or none of the answers seem to be fitting well, but one answer is required.	<ul style="list-style-type: none"><li>Adhere to the <b>coding instructions for Section 4</b>: Please give your best estimate as to the response which best fits the narrative overall.</li></ul>

Item 34: Relationship to recovery [In Dutch: *Relatie met herstel*]

Answer is dependent on coder's definition of recovery.

- Make sure all coders adhere to the same definition of recovery by clearly presenting it during the INCREASE-NL training session.
- Next, try to use the description per category to inform your answer.
- For the purpose of validating the INCREASE-NL, we used the definition of (personal) recovery by Anthony (1): "Personal recovery is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness".
- Furthermore, we emphasize the importance to carefully check the description of each category to inform your coding.

Item 35: Trajectory [In Dutch: *Traject*]

Difficult to find one closest matching answer, as the direction of the trajectory seems to be lacking of an overall tendency.

- Adhere to the **coding instructions for Section 4**: Please give your best estimate as to the response which best fits the narrative overall.

Item 36: Use of metaphor or symbolic language [In Dutch: *Gebruik van metafoor of symbolisch taalgebruik*]

Unclear whether all metaphors in daily life meet the criteria or only metaphors that are a personal expression of an experience.

- Only code 'yes' if the (personal) metaphors and symbolic language in the narrative refers to the narrator's mental health problems and/or recovery process. Code 'no' when the use of metaphors and symbolic language is generic or refers to issues not related to mental health and recovery.

## SECTION 5: CONTENT WARNINGS

[In Dutch: **ONDERDEEL 5: INHOUDSWAARSCHUWINGEN**]

Item 37: Abuse or sexual violence [In Dutch: *Mishandeling of seksueel geweld*] & Item 40: Violence or aggression [In Dutch: *Geweld of agressie*]

The difference between these forms of violence is unclear.

- Observe the specific examples given in the description of these two items to best inform your answer: code **item 37** for any form of sexual, physical or emotional abuse or partner/domestic or sexual violence, code **item 40** for experiences or witnessing of e.g. acts of aggression, fights, rioting, outside of a home setting.
- Adhere to the **coding instructions of Section 5**: tick all items which may apply. Therefore, in case of doubt whether **item 37** or **item 40** fits best: tick both.

## SECTION 6: TURNING POINTS

*[in Dutch: ONDERDEEL 6: KEERPUNTEN]*

Item 44: Self-acceptance *[In Dutch: Zelfacceptatie]* & Item 47: Shift in identity *[In Dutch: Verschuiving in identiteit]*

The difference between the two items is unclear.

- The focus of **item 44 self-acceptance** lies on increasing self-confidence and overcoming internalized stigma, by accepting who you are as a person, unrelated to your mental illness or otherwise stigmatized identity.
- The focus of **item 47 shift in identity** item lies on changing identity by reclaiming a stigmatized identity, based on ethnicity, gender, sexuality or mental health status.
- Adhere to **coding instructions of Section 6**: tick ONLY if narrator identifies the item as a turning point, avoid making assumptions, but tick all that apply. Furthermore, we emphasize the importance to carefully check the description of each category to inform your coding.

Section 6: Turning points *[In Dutch: Keerpunten]*

Unclear whether gradual recovery processes or factors hindering recovery can also be coded with INCREASE(-NL).

- Gradual recovery process can be coded in **item 35 trajectory**, and to a lesser extent in **item 14 stage of recovery** and **item 34 relationship with recovery** as well. This should not be coded in **Section 6**.
- Factors promoting/hindering recovery that are not named a turning point, should be coded through the individual items in **Section 7**, preferably by using the 'mainly positive' (promoting factors) or 'mainly negative' (hindering factors) coding options.

## SECTION 7: NARRATIVE CONTENT

*[in Dutch: ONDERDEEL 7: INHOUD NARRATIEF]*

Item 62: Involuntary use of mental health services *[In Dutch: Onvrijwillig gebruik van GGZ zorg]* & Item 63: Hospitalization *[In Dutch: Opnames]*

The difference or nuance between these items is difficult to grasp.

- Adhere to the **coding instructions for Section 7**: tick all topics which are a significant part of the story, meaning both could apply (e.g. an involuntary hospitalization requires coding both **item 62** and **item 63**).
- Code as **item 62 involuntary use of mental health services** in case of judicial authorization for any type of compulsory psychiatric care that is not voluntary (e.g. due to endangerment to self/others/society).
- Code as **item 63 hospitalization** for any psychiatric hospitalizations that are a significant part of the story.

Section 7: Narrative content  
[In Dutch: Onderdeel 7: inhoud narratief]

Unclear whether all content in the narrative should be coded (e.g. about experiences of relatives, friends, partner) or only content about experiences of the narrator.

- Only code content of the narrative when it refers to the experiences of the narrator, with the exception of **item 74 caring responsibilities** and **item 75 family experiences of mental health issues**, which specifically refer to the involvement of others.

Section 7: Narrative content  
[In Dutch: Onderdeel 7: inhoud narratief]

What to code when some items seem to be overlapping?

- Adhere to the **Coding instructions for Section 7**: tick all topics which are a significant part of the story. In case of (possible) overlap between two or more items, code all items that may apply.

## Reference

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993 -04;16(4):11-23.