

Psychiatrische diagnostiek via de telefoon?

L. HOEK, J.E. HOVENS

ACHTERGROND Er wordt steeds meer gebruikgemaakt van telefonische interviews, waarbij de suggestie is dat deze nagenoeg dezelfde waarde hebben als het face-to-face-interview.

DOEL Bespreken van de literatuur over het psychiatrisch onderzoek bij de depressieve stoornis zonder persoonlijk contact tussen onderzoeker en patiënt.

METHODE We zochten naar literatuur via PubMed en de sneeuwbalmethode, waarbij face-to-face-interviews werden vergeleken met telefonische interviews. We beperkten ons daarbij tot de diagnostiek van depressieve symptomen.

RESULTATEN Diagnostiek via de telefoon heeft voordelen, maar bij psychiatrische diagnostiek ook belangrijke nadelen. Visuele cues ontbreken, terwijl deze niet gemist mogen worden om een juiste diagnose te kunnen stellen.

CONCLUSIE Persoonlijk contact met de psychiater blijft de gouden standaard om diagnostiek te kunnen verrichten binnen de psychiatrie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)7, 419-424]

TREFWOORDEN face-to-face-interview, psychiatrische diagnostiek, telefonisch interview

Epidemiologisch onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van interviews, is buitengewoon kostbaar. Het is dan ook niet verrassend dat gezocht is naar goedkopere alternatieven. In een meta-analyse (De Leeuw 1992) bleek al dat er slechts geringe verschillen gevonden werden tussen face-to-face-interviews versus telefonische interviews, maar de analyse had alleen betrekking op algemene surveys. Men kan zich afvragen of deze bevindingen ook opgaan voor het psychiatrisch onderzoek. In dit artikel bespreken wij kort enkele studies, zonder te streven naar volledigheid, en besluiten dan met de bezwaren tegen telefonische interviews.

METHODE

We zochten naar literatuur in PubMed met de trefwoorden 'face to face interview' in combinatie met 'telephone interview' en 'psychiatric diagnosis' en vervolgens met 'comparability telephone interview'. Dit leverde in eerste instantie 206 artikelen op. Hiervan bleken er 15 een vergelijking te maken tussen een face-to-face-interview en een telefonisch interview. De onderzochte psychiatrische stoornissen liepen sterk uiteen: van algemene psychiatrische stoornis tot sociale angst bij kinderen. De depressieve stoornis kwam het meest voor. Daarom beperkten wij ons tot de depressieve stoornis. In combinatie met de PubMed-zoektocht en de sneeuwbalmethode bij de gevonden publicaties, identificeerden wij uiteindelijk zes onderzoeken die betrekking hadden op de depressieve stoornis.

RESULTATEN

Onderzoek bij depressie

Onderzoek met hamiltonschaal Potts e.a. (1988) ondernamen een poging de Hamilton Depression Rating Scale om te zetten in een gestructureerd interview (SI-HDRS). De interviewer vraagt direct naar twee items die observatie van de interviewer vereisen, namelijk 'motorische onrust' en 'snelheid van gedachten, spraak en verstoorde concentratie'. Met een tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0,92 (pearsoncorrelatie) bij 20 patiënten en tussen twee psychiaters en een vrijwel volmaakte overeenkomst tussen 10 getrainde verpleegkundigen en een psychiater, leek het interview veelbelovend in de pilotstudie.

In het eigenlijke onderzoek werden 366 patiënten met een huidige depressieve episode en 123 met een diagnose van een depressieve stoornis eerder in de levensloop geïncludeerd. Bij 211 patiënten werd het interview face-to-face afgenomen en bij 278 telefonisch. Bij 45 patiënten (30 face-to-face en 15 telefonisch) werd voorts een test-hertest afgenomen.

De interne consistentie bleek voor de face-to-facegroep 0,80 en voor de telefoniegroep 0,82. Bij de test-hertest bleken beide observatie-items een te lage correlatie met elkaar te hebben, evenals het item waarbij gevraagd werd of de respondent meende een depressie te hebben. Na correctie hiervoor bleek de test-hertestcorrelatie over 2 weken 0,67.

Volgens de auteurs bleek dat er geen duidelijke verschillen waren tussen het face-to-face-interview en het telefonische interview voor de groep met een huidige diagnose van een depressie. In de groep met een eerdere diagnose was het face-to-face-interview iets sensitiever. Potts e.a. menen dat de SI-HDRS dan ook telefonisch afgenomen kan worden.

Onderzoek met DIS Ook in 1988 onderzochten Wells e.a. de overeenstemming tussen face-to-face en telefonisch afgenomen versies van het

depressieonderdeel van de Diagnostic Interview Schedule (DIS).

Bij 230 deelnemers werd, binnen drie maanden na de volledige persoonlijke afname, telefonisch de depressiemodule van de DIS afgenomen. De deelnemers werden geselecteerd op basis van twee indicatoren voor depressie, namelijk meer dan twee weken een somber gevoel in het afgelopen jaar of in de voorgeschiedenis 3 of meer van de 8 symptomen voor een depressieve stoornis. Alle deelnemers die voldeden aan deze criteria werden geïncludeerd en deze groep werd aangevuld met een steekproef van 30% uit de overige deelnemers. De DIS werd op die manier gebruikt als screeningsinstrument voor een depressieve stoornis. Vervolgens werden de DSM-III-R-symptomen van een depressie zowel face-to-face als telefonisch uitgevraagd.

Bij gebruik van het face-to-face-interview als criterium waren de sensitiviteit, specificiteit en positief voorspellende waarde van het telefonisch afnemen van de DIS voor het identificeren van een unipolaire depressieve stoornis in de levensloop 71, 89 en 63%, met een kappa van 0,57. De overeenkomst tussen beide methoden was het hoogst voor suïcidale ideaties.

Bij een relatief hoge prevalentie, suggereerden deze auteurs dat het persoonlijke en telefonische interview gelijkwaardig waren, maar de kappa is niet echt hoog.

Onderzoek met drie instrumenten Simon e.a. (1993) onderzochten bij 31 patiënten met een unipolaire poliklinische depressie die ingesteld werden op een antidepressivum of het mogelijk was het Structured Clinical Interview voor DSM-III-R, de HDRS en de depressieschaal uit de SCL-90, telefonisch af te nemen. De eerste 12 patiënten kregen eerst het telefonische interview en de overige 18 eerst het face-to-face-interview. Het tweede interview met dezelfde instrumenten vond binnen een week plaats.

De auteurs concluderen dat er weinig verschil in beide benaderingswijzen is, maar ze merken terecht op dat het telefonische interview

vooral geschikt is voor onderzoeksdoeleinden en dat men in de kliniek in het algemeen veel meer nagaat dan alleen symptomen in een gestructureerd interview.

Onderzoek bij bipolaire stoornis

Revicki e.a. (1997) onderzochten de overeenkomst tussen persoonlijk en telefonisch verkregen data op affectieve symptomen, kwaliteit van leven, mindere dagen en medicatietrouw bij patiënten met een bipolaire stoornis.

Er werd bij 30 hoogopgeleide, poliklinische patiënten met een bipolaire stoornis gerandomiseerd gestart met een persoonlijk of telefonisch interview. Gemiddeld vier dagen later werden dezen nogmaals geïnterviewd via de andere methode. De persoonlijke interviews werden afgenomen door verpleegkundigen werkzaam in klinisch onderzoek, terwijl de telefonische interviews werden afgenomen door professionele interviewers van een onderzoekscentrum. Alle interviewers kregen een eendaagse training.

Meer patiënten werden positief gescreend voor waarschijnlijk alcoholmisbruik bij persoonlijke afname (21%), dan tijdens telefonisch afname (11%). De percentages van patiënten die suïcidegedachten hadden, waren nagenoeg identiek.

Volgens Revicki e.a. (1997) gaven de resultaten een goede tot uitstekende overeenkomst tussen telefonische en persoonlijke interviews op de metingen van manie ($\kappa = 0,78$), depressieve symptomen ($\kappa = 1,00$), suïciderisico ($\kappa = 0,80$) en alcoholgebruik ($\kappa = 0,61$).

De auteurs concludeerden dat telefonische interviews zijn uit te voeren en betrouwbaar zijn voor het verzamelen van gegevens bij patiënten met een bipolaire stoornis.

Onderzoek bij algemene bevolking

Caciola e.a. (1999) onderzochten de vergelijkbaarheid tussen face-to-face en telefonisch afgenomen SCID-interviews wat betreft depressieve kenmerken, waarbij de modules voor stemmings-

stoornissen en angst- en aanpassingsstoornissen werden afgenomen in een onderzoekspopulatie. Het ging hier niet om psychiatrische patiënten, maar om 41 mannelijke studenten uit een longitudinale studie naar middelengebruik en psychosociale verschillen bij studenten met en zonder een positieve familieanamnese voor alcoholisme van vaderszijde.

Gemiddeld waren de geselecteerde deelnemers 21,9 jaar oud en 58,5% van deelnemers had een positieve familieanamnese voor alcoholisme van vaderszijde. Binnen één week werden beide SCID-interviews door getrainde interviewers onafhankelijk van elkaar afgenomen. Bij 21 deelnemers werd eerst het persoonlijke interview afgenomen, en bij de overige 20 eerst het telefonische interview.

Depressie gedurende het leven werd het meest vastgesteld, waarbij de kappa 0,64 was tussen beide interviews. Alleen de depressieve stoornis werd bij statistisch significant meer deelnemers gediagnosticeerd, wanneer het interview persoonlijk was afgenomen en niet telefonisch (34,5 versus 19,5%).

Een verklaring die Caciola e.a. (1999) gaven, was dat de persoonlijke interviewers actiever de items uitvragen dan de telefonische interviewers. Een andere reden zou kunnen zijn dat deelnemers ervan uitgaan dat na het persoonlijk contact er ook daadwerkelijk wordt gestart met behandeling. Als gevolg van de lage prevalentie van psychiatrische stoornissen kon de kappa alleen voor depressie en voor de specifieke fobie berekend worden. Wanneer de diagnoses werden gegroepeerd om de overeenkomst voor elke as I-stoornis te bepalen, was de overeenkomst voor *life-timed* diagnoses 0,62 en slechts 0,27 voor actuele diagnoses.

Caciola e.a. vonden de resultaten toch positief genoeg om te stellen dat persoonlijke en telefonische interviews vergelijkbare diagnostische informatie genereren, maar stelden wel dat wanneer de uitkomst negatief is, de onderzochten alsnog door een psychiater onderzocht moeten worden.

Onderzoek bij patiënten met maligniteit

Allen e.a. (2003) onderzochten ten slotte hoe acceptabel telefonische interviews zijn bij patiënten met een maligniteit, waarbij het bekend is dat depressies vaak ondergediagnosticeerd worden.

Bij 224 poliklinische patiënten met een maligniteit en een hoge score op de *Hospital Anxiety and Depression Scale* werd binnen twee weken telefonisch de depressiemodule van de SCID afgenomen. Vijf patiënten weigerden het interview en van 187 patiënten werden data verzameld hoe zij tegenover het telefonisch interview stonden. Er waren geen verschillen in depressiescore tussen de patiënten die wel of niet de onderzoeksvragenlijst terugstuurden. Van de patiënten gaf 47% de voorkeur aan een face-to-facecontact in plaats van een telefonisch interview.

DISCUSSIE

Voordelen van telefonische interviews

Telefonische diagnostiek heeft als voordelen dat ze kostenefficiënt is en dat patiënten makkelijker te bereiken zijn. De telefonische methode neemt ook minder tijd in beslag, vergeleken met face-to-facecontact. Bij telefonische interviews lijken mensen zich ook comfortabeler te voelen.

Nadelen van telefonische interviews

Op voorhand is echter al duidelijk dat visuele cues bij telefonisch interviewen ontbreken. Non-verbale cues worden gemist en juist deze emotionele expressies, die zich zelfs in een korte flits kunnen laten zien, zijn van belang bij psychiatrische emotionele stoornissen (zie Ekman 2001). Novick (2008) meent echter dat de visuele cues gecompenseerd kunnen worden door aandacht voor auditieve cues, zoals de intonatie. De onmogelijkheid gebruik te maken van visuele cues en daarmee de patiënt in te schatten, leidt ertoe dat mogelijk minder doorgevraagd wordt. Ook het omgaan met stiltes vergt volgens Novick een

aparte handigheid ten opzichte van het face-to-face-interview.

Een ander aspect is dat mensen makkelijker liegen door de telefoon (De Paulo e.a. 1996), maar de vraag is of het wel interessant is voor mensen om tegen vreemden te liegen. Het zou ook kunnen dat juist door het gebrek aan sociaal contact mensen juist opener zijn in telefonische interviews, zoals Novick betoogt (2008).

Vergelijking in onderzoek

In het merendeel van de besproken artikelen concluderen auteurs dat telefonische interviews niet onderdoen voor face-to-facecontacten, maar zij gaan nauwelijks in op de tekortkomingen van de studies. In de studie van Potts e.a. (1988) bleken de pure observatie-items niet om te zetten voor het telefonisch interview. Bovendien hadden de patiënten bij het face-to-face-interview iets hogere scores. Een methodologisch zwak punt is dat er in deze studie geen sprake was van randomisatie.

Lage kappa De onderzoeken van Wells e.a. (1988), Revicki e.a. (1997) en Caciola e.a. (1999) bleken relatief lage kappa's te hebben: ze varieerden van 0,57 tot 0,78. Fleiss (1981) beschouwt een kappa van 0,40-0,75 als een maat voor redelijk tot goede overeenstemming en een kappa > 0,75 als uitstekend.

Ons oordeel is dat de kappa's voor een ernstige stoornis bij een gestructureerd interview aan de lage kant zijn. In het onderzoek van Simon e.a. (1993) hadden de patiënten al tamelijk lage HDRS-scores. Behalve in het onderzoek van Caciola e.a. (1999) ging het eigenlijk telkens om patiënten die al bekend waren wegens een depressieve stoornis, dan wel een bipolaire stoornis. In het onderzoek van Allen e.a. (2003) blijkt 47% de voorkeur te geven aan een face-to-face-interview en deze auteurs lijken ervan uit te gaan dat de overige 53% dus de voorkeur geeft aan de telefoon. Dat is erg optimistisch, zeker omdat zij geen inzicht geven in de betrouwbaarheid van hun telefonisch interview.

Ook blijkt er in de verschillende onderzoeken toch een tendens te zijn tot een wat hogere schatting van de depressieve stoornis bij de face-to-face-interviews.

Doel Wat men vooral lijkt te vergeten in deze onderzoeken is het doel van het interview. Bij een psychiatrisch diagnostisch onderzoek beperkt men zich niet alleen tot het vaststellen van symptomen, maar tracht men tot een structurele diagnose te komen. In de recentere literatuur komen we deze vorm van diagnosticeren steeds minder tegen. Het gaat veelal om 'assessment', het vaststellen van symptomen, en in de besproken onderzoeken gaat het telkens om het vaststellen van depressieve symptomen. Maar zelfs als het alleen gaat om het vaststellen van symptomen heeft een psychiatrisch interview toch een andere betekenis dan bijvoorbeeld een attitudevragenlijst over de politieke ontwikkelingen in het land.

Wanneer echter het telefonisch interview in de psychiatrie vergeleken zou worden met het gebruik van vragenlijsten om een eerste indruk te krijgen van psychopathologische fenomenen, dan is het moeilijk hiertegen bezwaar te maken. Immers, ook bij het afnemen van vragenlijsten let men niet op non-verbale cues. Screenen is echter niet gelijk te stellen aan een psychiatrisch onderzoek.

CONCLUSIE

Wij concluderen op basis van dit beknopte literatuuronderzoek dat de auteurs van de besproken onderzoeken hun gegevens wel erg rooskleurig voorstellen. Op basis van de door ons beschreven tekortkomingen menen wij dat het persoonlijke interview door de psychiater nog steeds de gouden standaard is voor het verrichten van psychiatrische diagnostiek.

LITERATUUR

- Allen K, Cull A, Sharpe M. Diagnosing major depression in medical outpatients: acceptability of telephone interviews. *J Psychosom Res* 2003; 55: 385-7.
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Janssen May D. Comparability of telephone and in-person structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) diagnoses. *Assessment* 1999; 6: 235-42.
- De Paulo BM, Kashy DA, Kirkendol SE, Wyer MM, Epstein JA. Lying in everyday life. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70: 979-95.
- Ekman P. *Telling lies*. New York: Norton; 2001.
- Fleiss, JL. *Statistical methods for rates and proportions* (2de druk). New York: Wiley; 1981.
- Leeuw ED de. *Data quality in mail, telephone and face to face surveys*. (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit; 1992.
- Lyneham HJ, Rapee R. Agreement between telephone and in-person delivery of a structured interview for anxiety disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 274-82.
- Novick G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health* 2008; 31: 391-8.
- Potts MK, Daniels M, Burnam MA, Wells KB. A structured interview version of the Hamilton depression rating scale: evidence of reliability and versatility of administration. *J Psychiatr Res* 1988; 24: 335-50.
- Revicki DA, Tohen M, Gyulai L, Thompson C, Zarate C. Telephone versus in-person clinical and health status assessment interviews in patients with bipolar disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 5: 75-81.
- Simon GE, Revicki D, VonKorff M. Telephone assessment of depression severity. *J Psychiatr Res* 1993; 27: 247-52.
- Wells KB, Burnam MA, Leake B, Robins LN. Agreement between face to face and telephone-administered versions of the depression section of the NIMH diagnostic interview schedule. *J Psychiatr Res* 1988; 22: 207-20.

AUTEURS

L. HOEK is arts in opleiding tot psychiater, Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal.

J.E. HOVENS is A-opleider psychiatrie, Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal en bijzonder hoogleraar Psychopathologie, Erasmus Universiteit, Instituut voor Psychologie, Rotterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. J.E. Hovens, Delta Psychiatrisch Centrum, A-opleiding psychiatrie, Postbus 800, 3170 DZ Poortugaal.

e-mail: hans.hovens@deltapsy.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-12-2010.

SUMMARY

Psychiatric diagnosis by telephone? – L. Hoek, J.E. Hovens –

BACKGROUND The fact that more and more interviews are being conducted on the phone suggests that phone interviews are just as valid as face-to-face interviews.

AIM To discuss the literature on the assessment of psychiatric patients with depressive disorder when there is no personal contact between psychiatrists and patient.

METHOD We searched the literature using PubMed and the snowball method so that we could make comparisons between face-to-face interviews and phone interviews. We only consulted the literature that dealt with the diagnosis of depressive symptoms.

RESULTS Some advantages are to be gained from diagnosis by telephone, but in the case of psychiatric diagnoses there are considerable disadvantages. The absence of visual cues is a major impediment to accurate diagnosis.

CONCLUSION Psychiatrists need to come face-to-face with their patients. The face-to-face interview is still 'the gold standard' for making diagnoses in psychiatry.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)7, 419-424]

KEW WORDS face-to-face interview, phone interview, psychiatric diagnosis