De attitudes en barrières bij huisartsen in de vroegtijdige detectie van dementie – een systematische review

Carlo Montagna, KULeuven

Kelly Saesen, KULeuven

Promotoren:

Prof. Em. Jo Goedhuys, KULeuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Prof. Dr. Jan Verbakel, KULeuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Co-promotoren: /

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2022]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding: Dementie wordt gedefinieerd als een beperking van verschillende cognitieve functies die een impact hebben op het dagelijks functioneren van de patiënt. Wereldwijd zijn er ongeveer 55 miljoen mensen met dementie. De vroegtijdige detectie van dementie kan vele voordelen geven en wordt gezien als één van de pijlers in de wereldwijde actieplannen. Ondanks dat het stellen van een vroegtijdige diagnose belangrijk is, tonen verschillende studies dat er een lange periode zit tussen het optreden van de symptomen van dementie en het stellen van de diagnose.

Opzet en methoden: Het doel van deze studie is door middel van een systematische review na te gaan welke barrières en attitudes een rol spelen bij huisartsen voor het vroegtijdig detecteren van dementie in de eerstelijnszorg. Drie elektronische databanken (PUBMED, EMBASE en Web of Science) werden op 7 maart 2021 geraadpleegd. Een thematische analyse werd gebruikt om de data te presenteren.

Resultaten: In deze literatuurstudie werden 34 artikels geïncludeerd, deze studies omvatten de mening van 10810 huisartsen rond de vroegtijdige diagnose van dementie. Zeven mogelijke barrières werden hierbij geïdentificeerd: tijd, screeningstools, kennis en training, taal en cultuur, organisatie van de zorg, attitude van de patiënt of de familie en attitude van de huisarts zelf.

Conclusie: Huisartsen zien de vroegtijdige diagnose van dementie als zinvol en positief voor zowel de patiënt als de familie. Echter, het diagnostisch proces is complex. Zeven thema's worden in deze systematische review besproken als mogelijke barrières voor huisartsen bij de vroegtijdige diagnose van dementie. Het aanpakken van deze barrières kan leiden tot een betere vroegtijdige detectie van dementie in de eerstelijnszorg.

Abstract

Background: Dementia is defined as a deterioration of multiple cognitive functions with an impact on the quality of life of the patient. Worldwide there are 55 million people who have received the diagnosis of dementia. An early detection of dementia could hold a lot of benefits and is seen as one of the pillars of the global action plan for dementia. Despite the importance of an early diagnosis, there is still a long period of time between the start of the first symptoms of dementia and an official diagnosis.

Materials and Methods: The aim of this systematic review is to find out which barriers and attitudes of general practitioners play a key role in the early detection of dementia. For the search of this review three databases were consulted (PUBMED, EMBASE and Web of Science) on the 7th of March 2021. A thematic analysis of the findings was used to present the extracted data.

Results: From the 34 included studies involving 10810 family doctors, seven possible barriers for early detection of dementia were identified: time, screening tools, knowledge and training, language and culture, organization of the health care system, attitudes of the patient and the family and the attitudes of the general practitioner.

Conclusion: The early detection of dementia is generally considered by general practitioners as something useful and positive for the patient and the family. However there is a difficult diagnostic process to reach the diagnosis. Furthermore seven general themes were revealed in this systematic review as potential barriers for general practitioners in the early detection of dementia. Trying to work on these topics could lead to an earlier detection rate of dementia in the primary care setting.

Verklarende woordenlijst

WHO = World Health Organisation

MMSE = Mini-Mental State Examination

QuADs = Quality assessment with diverse studies

1 Inleiding

De World Health Organisation (WHO) definieert dementie als een overkoepelende term van verschillende ziektebeelden die een beperking geeft van cognitieve functies zoals geheugen, denken, oriëntatie, begrip, rekenen, leercapaciteit, taal, kritisch vermogen en emoties en gedrag. Deze beperking heeft volgens de definitie ook een negatieve invloed op het dagelijkse functioneren van de patiënt (1).

Recente epidemiologische gegevens tonen dat dementie een veelvoorkomend probleem is. Wereldwijd lijden 55 miljoen mensen aan dementie, waarvan de ziekte van Alzheimer de meest frequente vorm is (2). Daarnaast wordt er voorspeld dat het aantal volwassenen met de diagnose dementie zal verdrievoudigen tegen het jaar 2050 (3). Het groeiend aantal patiënten met dementie zorgt voor een toename van de economische-, gezondheids- en sociale kosten (4). De WHO erkent dan ook dementie als een prioriteit voor de volksgezondheid en hebben hiervoor het globaal actieplan voor dementie in het leven geroepen (3).

Het Belgisch nationaal dementieplan alsook het internationale actieplan van de WHO beschouwt de vroegtijdige detectie van dementie als één van de belangrijke pijlers. Een vroegtijdige diagnose van dementie kan verschillende rechtstreekse voordelen bieden. Eerst en vooral kan het leiden tot het opsporen van reversibele oorzaken van geheugenverlies. Daarnaast leidt een vroegtijdige diagnose tot meer duidelijkheid en minder angst en onzekerheid bij patiënten en familieleden. Zij zullen niet meer op zoek moeten gaan naar een oorzaak van de klachten, waardoor er minder 'medical shopping' zal optreden. Ook zouden medicamenteuze behandelingen in een vroegtijdig stadium van dementie de cognitieve achteruitgang kunnen afremmen. Hiernaast kan een vroegtijdige diagnose van dementie de patiënten en hun mantelzorgers voorbereiden op de toekomst, waardoor een vroegtijdige zorgplanning kan worden opgemaakt (4-6). Tenslotte zou een vroegtijdige detectie van dementie ook op economisch vlak voordelen kunnen bieden. Initieel zal de kost hoger liggen omdat er vroegtijdig kan worden gestart met een behandeling en het omkaderen van de patiënt maar uiteindelijk zullen de kosten lager liggen door een vermindering van het aantal ziekenhuisopnames en 'medical shopping' (4, 7, 8).

In zowel het actieplan van de WHO als de richtlijn 'diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk Vlaanderen' wordt de rol van de huisarts benadrukt (3, 6). Zo staat de huisarts centraal in de vroegtijdige herkenning van signalen van dementie, het stellen van de diagnose, alsook de begeleiding van de patiënten en familieleden in het behandelplan en in de vroegtijdige zorgplanning. Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor de patiënten en hun familieleden. Zij dienen behandelbare ziekten te differentiëren van dementie. Voorbeelden hiervan zijn depressie, schildklierstoornissen of vitamine B12-deficiëntie. Daarnaast zullen huisartsen aan de hand van screeningsinstrumenten een inschatting maken van de cognitieve problemen van de patiënten. De mini-mental state examination (MMSE) is momenteel het meest gebruikte screeningsinstrument hiervoor. Het systematisch screenen van alle patiënten naar dementie is niet aangewezen, aangezien de screeningsinstrumenten vroegtijdige alarmtekens alsook subtiele veranderingen niet kunnen detecteren. Daarom is het gebruik van deze instrumenten enkel van toepassing bij een aanmelding van geheugenproblemen of andere cognitieve beperkingen door de patiënt of de familie (5). Tenslotte speelt de huisarts een rol in het doorverwijzen van patiënten met cognitieve stoornissen indien dit nodig is (5, 6, 9).

Ondanks dat het stellen van een diagnose in een vroeg stadium zo belangrijk is, tonen verschillende studies aan dat er een lange periode zit tussen het optreden van de symptomen van dementie en het stellen van de diagnose, we spreken hier van een "diagnostic delay"(5, 9). Er zijn een aantal studies

die mogelijke oorzaken hiervan aan het licht proberen te brengen zoals tijdgebrek, de attitudes van arts en patiënt, communicatieproblemen en gebrek aan kennis. Daarentegen konden we geen systematische literatuurstudies vinden die deze mogelijke barrières en attitudes van huisartsen naar de vroegtijdige detectie van de dementie weergeven (10-13). Het doel van deze studie is door middel van een systematische literatuurzoekopdracht na te gaan welke barrières en attitudes van huisartsen een rol spelen voor het vroegtijdig detecteren van dementie in de eerstelijnszorg.

2 Opzet en methode

Er werd gekozen om een systematische literatuurstudie uit te voeren om een antwoord te krijgen op de volgende onderzoeksvraag: "Welke barrières en attitudes van huisartsen hebben een impact op de vroegtijdige detectie van dementie bij oudere patiënten (>65jaar) in de eerstelijnszorg?".
Het onderzoeksprotocol van deze literatuurstudie werd opgesteld voor de start van de data-selectie en kan opgevraagd worden bij de auteurs.

2.1 Selectiecriteria

De in-en exclusiecriteria die gebruikt werden voor de selectie van de artikels worden hieronder beschreven.

2.1.1 Inclusiecriteria

- Studies die de persoonlijke barrières en/of attitude van de huisarts bij de vroegtijdige diagnose van dementie onderzoeken bij patiënten ouder dan 65 jaar.
- Randomised control trials, cohort studies, case-control studies, cross sectional studies, kwalitatief onderzoek, case reports en case series.
- Studies waarvan het Engels abstract beschikbaar is
- Er worden geen restricties opgelegd op tijdstip van publicatie

2.1.2 Exclusiecriteria

- Studies die de vroegtijdige detectie van dementie onderzoeken bij patiënten jonger dan 65 jaar.
- Studies die de vroegtijdige detectie van dementie onderzoeken in de tweede- of derdelijnszorg.
- Studies die geen betrekking hebben tot de vroegtijdige herkenning van dementie.
- Studies over diagnostische screeningsinstrumenten voor de detectie van dementie
- Studies waarvan het abstract of de volledige tekst niet beschikbaar is voor deze onderzoeksgroep
- Studies in een andere taal geschreven dan Nederlands, Frans, Duits of Engels.
- Systematische reviews, meta-analyse, opmerkingen/redactionele artikelen/brieven, conferentie verslagen, thesissen/proefschriften en dierenstudies.

2.2 Zoekstrategie en data-selectie

In deze studie werd op 07/03/2021 de zoekopdracht uitgevoerd in de volgende drie elektronische databanken: PubMed (inclusief MEDLINE), EMBASE en de Web of Science Core collection. De uitwerking van de zoekstrategie is in samenwerking met de onderzoeksgroep 2Bergen opgesteld. Een volledig overzicht van de gebruikte zoektermen kan gevonden worden in Addendum 1: Addendum 1: Zoekstrategie.

De selectieprocedure gebeurde in twee stappen. Eerst werd er een selectie gemaakt op basis van titel en abstract en nadien werd er nog een selectie gemaakt op basis van de volledige tekst. Elke

selectie gebeurde geblindeerd door twee onafhankelijke auteurs. Om de blindering van de auteurs ten opzichte van elkaar te verzekeren werd er gebruikt gemaakt van de webapplicatie Rayyan. Elk meningsverschil in de twee selectiefases werd opgelost door middel van overleg tussen de twee auteurs. Indien er geen consensus kon bereikt worden, werd een derde onafhankelijke auteur gecontacteerd voor de beslissing te maken.

2.3 Data-extractie

Voor de data-extractie werd een tabel opgesteld om alle relevante informatie van de geïncludeerde studies te verzamelen. De volgende informatie werd uit elke studie geëxtraheerd: type studie, onderzoekspopulatie, methodologie, resultaten en kwaliteitsbeoordeling. Deze informatie werd door twee onafhankelijke auteurs verzameld en vergeleken. Discrepanties werden geïdentificeerd en opgelost door overleg tussen de auteurs. Indien er geen consensus bereikt kon worden, werd een derde auteur geraadpleegd.

2.4 Data-analyse

De gebruikte onderzoeksmethoden en rapportage van de voornamelijk kwalitatieve data in de verschillende studies was zeer uiteenlopend. Omwille van deze heterogeniteit was het uitvoeren van een meta-analyse niet mogelijk.
Daarnaast werd er voornamelijk gewerkt met kwalitatieve data. Hierdoor werd er gekozen om de data te presenteren door middel van een beschrijvende analyse aan de hand van overkoepelende thema's die in de studies voorkomen.

2.5 Kwaliteitsbeoordeling

Elk geïncludeerd artikel werd gecontroleerd op de methodologische kwaliteit. De kwaliteitsbeoordeling gebeurde via het Quality assessment with diverse studies (QuADs) beoordelingsinstrument. Hierdoor kon de methodologische als rapporterende kwaliteit van zowel kwalitatieve als kwantitatieve studies beoordeeld en vergeleken worden. Deze kwaliteitsbeoordeling werd geblindeerd uitgevoerd door twee onafhankelijke auteurs en vervolgens vergeleken en besproken om een consensus te bereiken.

Bij het beoordelen van de studies werd er een score op 39 bekomen dewelke een kwantitatieve indruk geeft van de methodologische kwaliteit van de studies. Op basis van deze score werden de studies in de volgende kwaliteitscategorieën gegroepeerd: slecht (<10), zeer matig (10-15), matig (15-25), goed (25-35) en uitmuntend (>35). Deze categorieën werden aangenomen door het onderzoeksteam om een duidelijkere weergave te schetsen van de methodologische kwaliteit.

3 Resultaten

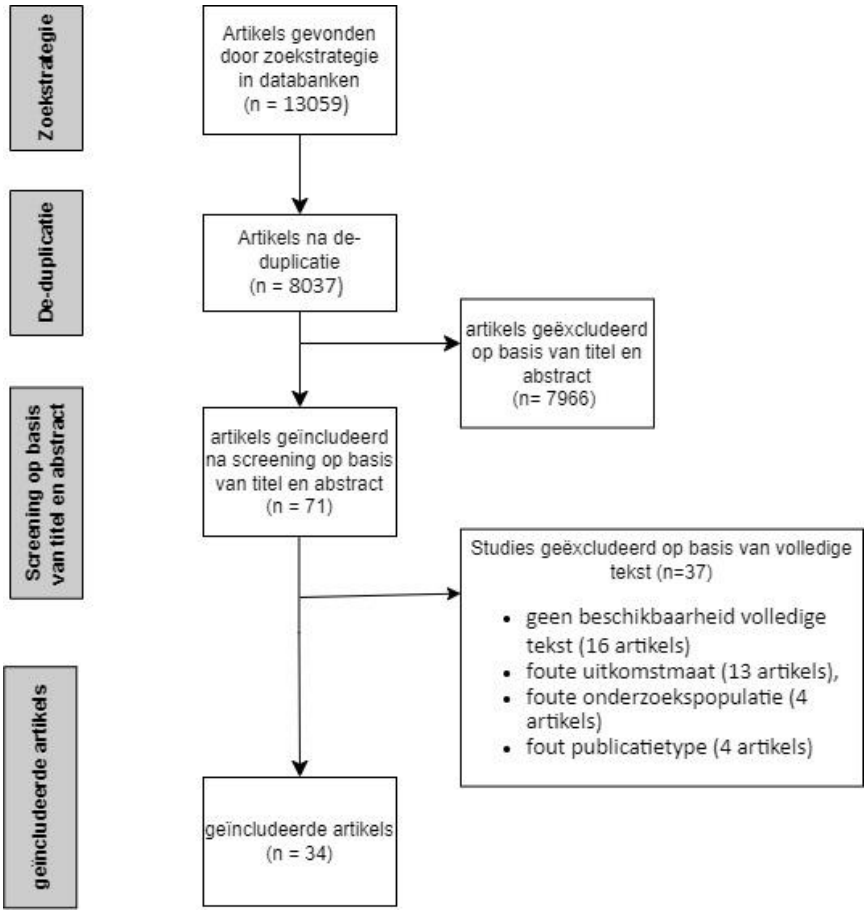
3.1 Studieselectie

De zoekopdracht werd op 7 maart 2021 uitgevoerd en leverde 13059 artikels op. Een de-duplicatie van de artikels werd uitgevoerd met behulp van de Endnote X9 referentie-manager. Na deze de-duplicatie werden 8037 studies gescreend door twee auteurs op basis van titel en abstract, dit leidde tot een onmiddellijke inclusie van 45 artikels voor verdere selectie op basis van de volledige tekst. Voor 43 artikels werd er geen onmiddellijke consensus bereikt, deze werden door de auteurs samen beoordeeld aan de hand van de bovengenoemde in-en exclusiecriteria. Na overleg werden bijkomend 26 artikels geïncludeerd voor verdere screening op basis van de volledige tekst. Een overzicht van de beslissingen van de auteurs in dit overleg kan geraadpleegd worden in Tabel 1 van Addendum 2.

Van 71 artikels werd de volledige tekst door de twee auteurs apart beoordeeld. Op basis hiervan werden 32 artikels zonder discussie geïncludeerd. Elf studies stonden nog onder discussie, na overleg werden er nog twee studies bijkomend geselecteerd. De beslissingen van de auteurs in het discussieproces kunnen teruggevonden worden in Tabel 2 in Addendum 2. De redenen van exclusie van de 37 geëxcludeerde artikels waren: beschikbaarheid tekst (16 artikels), uitkomstmaat (13 artikels), onderzoekspopulatie (4 artikels) en publicatietype (4 artikels).

Er werden in totaal 34 studies geïncludeerd voor data-extractie en verdere bespreking in de systematische review. Een overzicht van alle geïncludeerde studies met de bijhorende studiekenmerken kan gevonden worden in Tabel 3 van Addendum 2.

Een volledig overzicht van de selectieprocedure kan gevonden worden in de onderstaande flowchart.



Figuur 1: Flowchart van de selectieprocedure

3.2 Studiekenmerken

De geselecteerde studies werden uitgevoerd tussen 1997 en 2021. De studiepopulatie in de studies bestond ofwel volledig uit huisartsen of uit een populatie waarbij de huisartsengroep vergeleken werd met andere zorgprofessionals. Twaalf studies hadden een kleine studiepopulatie (n<50). Alle studies probeerden op een kwalitatieve manier, met behulp van interviews of vragenlijsten, een antwoord te zoeken naar de barrières in de eerstelijnszorg voor een vroegtijdige detectie van dementie. Het totaal aantal huisartsen dewelke aan de geïncludeerde studies hadden deelgenomen, bedraagt 10810.

3.3 Analyse van de resultaten

De resultaten van de 34 geïncludeerde artikels worden hieronder door middel van een beschrijvende analyse besproken.

3.3.1 Tijd

Een belangrijk thema dat voorkomt in de verschillende studies is tijd. In 18 van de 34 geïncludeerde studies wordt tijdgebrek als een veelvoorkomende barrière besproken (10, 12, 14-29). De consultatietijden tussen de verschillende studies varieerden tussen de 8 en 15 minuten. Maar zelfs in de studies waar artsen 15 minuten per consultatie hadden, is het tijdrovende karakter van een cognitieve screening een grote barrière voor de meeste huisartsen. De studie van *Pimlott et al.* haalt ook aan dat dit ook komt doordat patiënten vaak met meerdere klachten op consultatie komen en dat andere klachten dan voorrang krijgen om besproken te worden. Deze studie nuanceert daarentegen wel dat tijd ook in het voordeel van huisartsen kan spelen, aangezien huisartsen het probleem van dementie kunnen aanpakken over verschillende consultaties (25).

3.3.2 Screeningstools

In het algemeen is er voor huisartsen een noodzaak voor betere diagnostische screeningstools. In elf van de 34 artikels geven de huisartsen aan dat de bestaande screeningstools beperkingen hebben in gebruik (12, 16-18, 26, 29-34). Zoals hierboven reeds aangegeven zijn de screeningstools tijdsintensief. In de studie van *Bush et al.* geeft 85% van de huisartsen aan de testen niet uit te voeren in kader van tijdgebrek (16). Daarnaast worden screeningstools vaak omschreven als confronterend bij de patiënt en zijn huisartsen bedacht op weerstand bij het afnemen van de test (17, 29, 35). Bij weerstand of gedragsproblemen zijn de testen vaak ook niet betrouwbaar. De MMSE, het meest gebruikte screeningsinstrument voor dementie, is ook niet altijd toepasbaar voor elke patiënt (14, 29, 31, 36). Zo is de tool minder betrouwbaar bij een lage intelligentie, een vreemde taal, analfabeten, mensen die niet kunnen rekenen of patiënten met gehoorproblemen (30, 32). Ook zien de meeste huisartsen de screeningstools eerder als een detectiemethode van rode vlaggen dan een diagnostische test voor dementie (18). Dit mede doordat de test niet sensitief genoeg is om een onderscheid te maken met andere ziektebeelden zoals bijvoorbeeld depressie of delier. Er wordt in bepaalde studies wel geopperd naar betere testmethodes of verder onderzoek naar een bio-marker om accurater de diagnose te kunnen stellen (23).

3.3.3 Kennis en Training

Huisartsen geven aan dat zij nood hebben aan meer bijscholingen en trainingen in kader van vroegtijdige detectie en behandelopties van dementie. In 18 van de 34 studies wordt deze noodzaak besproken (10, 12, 15, 17, 19, 21-23, 25, 28, 31, 33, 34, 37-41). Het gebrek aan kennis en training resulteert in weinig zelfvertrouwen en een barrière om de diagnose te stellen. Daarnaast bemerken huisartsen dat ze ook een gebrek aan kennis hebben om vroegtijdige diagnose te stellen bij mensen met een migratieachtergrond, dit doordat ze hier in de opleiding weinig aandacht aan besteden alsook dat ze weinig kennis hebben over specifieke screeningstools die de taal- en cultuurbarrières kunnen wegnemen (33). Een frequente bijscholing over dit onderwerp lijkt noodzakelijk voor de meerderheid van de artsen.

3.3.4 Cultuur en taal

Ondanks dat de patiëntenpopulatie een grotere diversiteit krijgt, zijn er weinig studies die zich focussen op cultuur en taal als belemmerende factor bij het vroegtijdig diagnosticeren van dementie. Slechts vijf van de 34 geïncludeerde artikels bemerkte cultuur en taal op als een belemmerende factor in de diagnose (12, 15, 18, 33, 34). Toch wordt in de studie van *Vissenberg et al.* aangegeven dat 68% van de huisartsen moeilijkheden ondervindt om de symptomen te herkennen bij patiënten

met een immigratie achtergrond. Deze bevindingen worden ondersteund door de studie van *Tillmann et al*., dewelke aangeeft dat 96% van de huisartsen een barrière bij deze patiëntenpopulatie ervaart (33). Van deze huisartsen verklaart 83.9% dat de taalbarrière het onmogelijk maakt om de diagnose te stellen. Bijkomend bemerken de huisartsen in deze patiëntenpopulatie ook veel weerstand bij het stellen van de diagnose door eventuele communicatieproblemen alsook door culturele redenen. De studie van *Tillmann et al.* haalt aan dat 70% van de huisartsen echter ook meer informatie wenst over het diagnostisch proces bij patiënten met een migratieachtergrond (33). Deze bevinding werd aangehaald in het thema van kennis en training waarbij er een gebrek aan kennis over dit thema werd opgemerkt. Tenslotte wordt in de andere studies ook aangehaald dat ondersteunend personeel voor taal en cultuur alsook aangepaste screeningstools voor patiënten met een migratieachtergrond noodzakelijk zijn om deze barrières te omzeilen.

3.3.5 Organisatie van de zorg

De algemene organisatie van de gezondheidszorg vinden huisartsen een barrière in het vroegtijdig vaststellen van dementie. In tien van de 34 artikels wordt deze barrière beschreven (12, 14, 15, 17, 18, 23, 25, 34, 37, 41). Zo is er in de eerstelijnszorg een noodzaak tot meer personeel en ruimtes omwille van het tijdrovende aspect van de screeningstesten alsook de diversiteit van de patiëntenpopulatie. Daarnaast is er een hervorming gebeurd in de eerstelijnszorg met meer groepspraktijken. Dit zorgt ervoor dat één patiënt niet meer opgevolgd wordt door één arts maar vaak door verschillende huisartsen. Dit leidt tot een gebrek aan continuïteit waardoor subtiele symptomen soms niet vroegtijdig worden opgemerkt (15). Ook is er in vele gevallen verdere diagnostiek noodzakelijk onder de vorm van bijkomend beeldvormingsonderzoek of een doorverwijzing naar de tweede lijn. Maar voor beide opties zijn er vaak lange wachtlijsten (18, 23-25). Dit zou kunnen leiden dat patiënten in een vergevorderd stadium van dementie vaak voorrang krijgen op de patiënten die nog in een beginstadium zitten. De meeste huisartsen halen dit dan ook aan als barrière in het diagnostisch proces.

3.3.6 Attitude van de patiënt en familie

Samenwerking van de patiënt en zijn/haar familie is cruciaal bij het stellen van een vroegtijdige diagnose omdat het diagnostisch proces niet kan steunen op een bio-marker of op beeldvorming alleen. In 14 van de 34 artikels wordt de patiënt en/of de familie dan ook aangegeven als een barrière om de diagnose te kunnen stellen (10, 12, 15-18, 23-25, 27, 28, 33, 34, 36). *Bush et al.* beschrijft dat 58% van de artsen weerstand opmerkt bij de patiënt. Dit wordt door meerdere studies vermeld. De patiënt herkent vaak zelf de symptomen niet, ziet dit als het normaal verouderingsproces of er is sprake van een laattijdig stadium met uitgesproken symptomen waardoor de patiënt niet kan samenwerken (23, 33). Vaak is er ontkenning omwille van schaamte of angst om zelfstandigheid te verliezen (23). Daarnaast speelt de familie een grote rol om symptomen onder de aandacht te brengen. Echter bemerken we ook dat de familie een barrière kan vormen. Dit gebeurt soms bewust, in kader van financiële redenen of onbewust doordat zij symptomen verdoezelen door dagdagelijkse taken over te nemen voor de patiënt. Ook kan er spanning komen tussen de patiënt en familie omdat ze een andere kijk hebben op welke zorgen noodzakelijk zijn, dit leidt tot weerstand naar de arts toe om diagnose te stellen.

3.3.7 Attitude van de huisarts

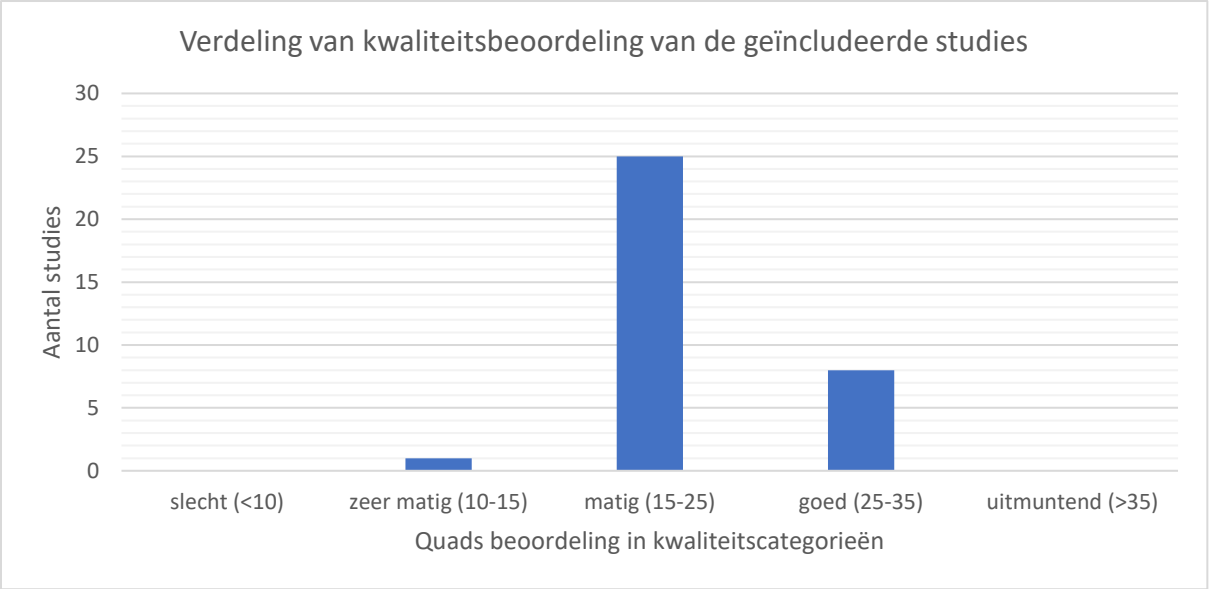
Een deel van de bevraagden huisartsen vermoedt dat zijzelf geen problemen vormen voor de vroegtijdige detectie van dementie. In de studie van *Judge et al.* wordt deze attitude door 29% van de huisartsen beschreven (23). Dit staat in contrast met de opmerkingen en opvattingen die weergeven worden in de geïncludeerde studies. Van de 34 studies beschrijven 32 artikels de persoonlijke attitude van de huisarts als barrière voor vroegtijdige detectie (10-12, 14, 16-32, 34-44).

De algemene attitude tot vroegtijdige detectie is positief, 68% tot 85% van de ondervraagde huisartsen ziet een voordeel in van een vroegtijdige detectie van dementie. Ze zien vroegtijdige detectie als zinvol en met een positieve impact voor patiënt en familie. Dit staat in contrast met het therapeutisch nihilisme dat beschreven wordt. Zo zien zij weinig tot geen voordeel voor de huidige therapie voor dementie. Hierdoor geven een aantal huisartsen aan dat de diagnose pas noodzakelijk wordt als er specifieke zorgen nodig zijn. Daarnaast zien huisartsen dementie als een complexe diagnose, dewelke vaak beschreven wordt als frustrerend, confronterend en tijdrovend (12, 29). Dit contrast vinden we ook terug bij het bespreken van dementie. De huisartsen beschrijven waakzaamheid bij het aanbrengen van het onderwerp. In de studie van *Judge et al*. zijn 37% van de huisartsen bezorgd over de impact van de diagnose (23). Ze willen de patiënt niet bang maken of hebben angst voor confrontatie waarop de therapeutische relatie in gedrang zou komen. Zij ervaren schaamte om de patiënt te onderzoeken (28). Hierop vertonen huisartsen ontwijkend gedrag en wordt het diagnostisch proces vertraagd (19).
Ook het meedelen van de diagnose is een struikelblok voor huisartsen. In de studie van *Kaduskiewicz et al.* vindt 77% van de huisartsen een totale openheid over de diagnose belangrijk (35). Echter worden er verschillende redenen gegeven om de diagnose niet mee te delen, namelijk: angst voor schade aan de patiënt, angst voor negatieve invloed op de arts-patiënt relatie of angst dat diagnose niet begrepen wordt door de patiënt. *Van hout et al*. beschrijft het meedelen van de diagnose van dementie als een pijnlijke en delicate zaak. Huisartsen zien dementie als een diagnose die niemand wil krijgen (30). Daarom willen ze bij onzekerheid de patiënt niet vroegtijdig een label geven. Er bestaat ook bij artsen een stigma op het woord dementie, waardoor artsen de diagnose niet meedelen of eufemismen gebruiken (22, 24). Dit zorgt ervoor dat de diagnose voor patiënten en familie soms niet duidelijk is. De studie van *Wangler et al.* beschrijft dat een pessimistische attitude naar dementie, geen vertrouwen in de behandeling of bezorgdheden of angsten om vroegtijdig te diagnosticeren, leidt tot veel minder afnames van de cognitieve testen en bijgevolg minder vroegtijdige detectie van dementie (29).

3.4 Kwaliteitsanalyse

De methodologische kwaliteit van de studies werden beoordeeld door twee onafhankelijke auteurs met behulp van het QuADs beoordelingsinstrument. De dertien vragen hebben betrekking op zowel de rapporterende kwaliteit van de studies alsook de gekozen methodologische analyse, studieontwerp, statische methodologie en steekproefomvang. De scores van de studies varieerde tussen 13 en 30, wat tot de conclusie leidde dat de geselecteerde studies een matige tot goede methodologische kwaliteit hadden.

Een overzicht van de kwaliteitsbeoordeling en het percentage van overlap in de antwoorden van de 2 beoordelaars kan in Tabel 4 van Addendum 2 worden geraadpleegd. Figuur 2 toont de verdeling van de methodologische kwaliteit volgens de vooropgestelde kwaliteitscategorieën van de geïncludeerde studies.



Figuur 2: Verdeling van kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde studies

4 Discussie

Deze systematische review is een gebundelde weergave van kwalitatieve onderzoeken die met behulp van interviews of vragenlijsten een antwoord zochten naar de barrières in de eerstelijnszorg voor de vroegtijdige detectie van dementie. Deze studie heeft als doel om de huisartsen te ondersteunen in de vroegtijdige herkenning van dementie door de meest voorkomende barrières bij huisartsen te identificeren. Bij de thematische analyse weerhouden we dat de algemene attitude van de vroegtijdige detectie van dementie positief is bij de ondervraagde huisartsen (14, 40, 44). Ze zien een vroegtijdige detectie van dementie als zinvol en met een positieve impact voor patiënt en familie. Daarnaast worden zeven terugkerende thema's aangegeven als barrières voor de huisarts, namelijk: tijd, screeningstools, kennis en training, taal en cultuur, organisatie van de zorg, attitude van patiënt of familie en attitude van de huisarts zelf.

Er werd gekozen voor een thematische analyse aangezien de geïncludeerde studies uitsluitend bestonden uit kwalitatieve onderzoeken met een grote onderlinge variatie in rapportering van de resultaten. Daarnaast werd er op deze manier getracht om alle barrières zo volledig mogelijk aan bod te brengen. Dit hebben we gedaan om confirmatie bias tegen te gaan.

Deze systematische literatuurstudie van kwalitatieve onderzoeken heeft ook enkele limitaties. Eerst en vooral kunnen we opmerken dat de geïncludeerde studies werken met vragenlijsten of interviews gericht aan huisartsen. Hierbij moeten we rekening houden dat artsen mogelijks antwoorden zullen geven waarvan zij denken dat deze sociaal aanvaardbaar zijn ondanks dat deze niet overeenkomen met hun eigen visie. Dit leidt tot een vorm van bias en kan een vertekening geven van de resultaten.

Daarnaast moeten we opmerken dat de thema's breed worden besproken waardoor er overlap tussen verschillende thema's mogelijk is. Een voorbeeld hiervan is dat tijdgebrek door huisartsen wordt gezien als barrière. Echter is dit ook afhankelijk van de gebruiksvriendelijkheid van de screeningstools alsook van de organisatie van zorg waarin dit tijdsaspect mogelijk is (12, 14, 23, 25). Taal en cultuur is onlosmakelijk verbonden met de attitude van patiënten en hun familieleden (15, 18, 33).

Bijkomend zijn de studies gepubliceerd tussen 1997 en 2021. Zoals aangehaald door de studie van *Boise et al.* kan men verwachten dat huisartsen een lage prioriteit geven aan de vroegtijdige

diagnose van dementie totdat er geneesmiddelen voorhanden zijn. Twee bekende anti-alzheimer medicijnen, Rivastigmine en Donepezil, werden door de FDA respectievelijk in 2000 en 2010 pas goedgekeurd voor gebruik in alle stadia van dementie (45, 46). Echter als men de studies van voor 2000 vergelijkt met recente studies zien we geen verandering in de attitude van huisartsen t.o.v. de medicatie. In de recente studies is er eveneens sprake van therapeutisch nihilisme bij een deel van de huisartsen. Met de huidige medicatie zien zij geen hoop op genezing of geen voordeel in de behandeling (17, 23, 29, 36). De studie van *Balogh et al.* uit 2020 laat zien dat 56% van de huisartsen de beschikbare therapie ineffectief acht, toch gelooft 68% dat vroegtijdige detectie kan leiden tot meer effectieve uitkomsten bij therapie (14). Een andere studie toont hetzelfde resultaat waarbij 74% van de huisartsen aangaf dat vroegtijdige diagnose een meerwaarde is, echter zag de meerderheid weinig (52%) tot geen (28%) voordeel in de huidige therapie (44). Wanneer men dit vergelijkt met eerder uitgevoerde studies zien we een gelijkaardige attitude waarbij het grote merendeel van de huisartsen voordeel zien in een vroegtijdige diagnose van dementie ondanks de beperkte behandelingsopties (16, 28, 43). Daarnaast wordt opgemerkt dat jongere huisartsen minder therapeutisch nihilisme hebben in vergelijking met oudere huisartsen, en zijn zij meer geneigd om te geloven dat ze een impact hebben op het welbevinden van hun patiënten.

Als laatste limitatie moet ook de kwaliteitsbeoordeling van de studies in rekening worden gebracht bij de interpretatie van de resultaten. De geïncludeerde studies hebben een QuADs-kwaliteitsbeoordeling lopend van een zeer matige tot goede kwaliteit. Slechts één studie had een zeer matige score, 25 studies behaalden een matige score en negen studies hadden een goede kwaliteitsbeoordeling.

De vroegtijdige detectie van dementie wordt door huisartsen gezien als zinvol en met een positieve impact voor de patiënten en hun familie. Echter het stellen van de diagnose wordt gezien als complex. Een deel van de huisartsen ziet het proces als tijdrovend en confronterend met beperkte therapeutische opties. Er is veel tijd nodig voor het stellen van de diagnose alsook voor de bespreking en ondersteuning van de patiënt en familie. Organisatorisch kan de cognitieve screening uitgevoerd worden door praktijkassistenten zodat huisartsen de taak van interpretatie en communicatie van de resultaten voor zich krijgen. Door de korte consultatietijd en het gebrek aan personeel en ruimte alsook de lange wachtlijsten voor de tweedelijnszorg wordt de vroegtijdige diagnose van dementie bemoeilijkt. Tevens is er een noodzaak tot betere screeningstools, aangezien de huidige screeningstools tijdsintensief en niet toepasbaar voor elke patiënt zijn. Daarom onderstrepen we het belang naar onderzoek van een screeningstool die beperkt is in tijd maar ook gevalideerd is voor gebruik bij anderstalige patiënten. Verder onderzoek naar biomarkers voor de diagnose van Alzheimer zijn lopende, dit zou het diagnostisch proces ook kunnen versnellen en huisartsen meer vertrouwen geven in de diagnose (5).
Ook taal en culturele verschillen tussen arts en patiënt kunnen leiden tot communicatieproblemen, beperkte toepasbaarheid van de screeningstools en weerstand bij de patiënt en de familie. Dit zorgt voor een obstakel in de diagnose. Men bemerkt dat er meer bijscholingen noodzakelijk zijn, gezien weinig kennis resulteert in weinig zelfvertrouwen en uiteindelijk minder screening voor dementie. Daarnaast kan verdere bijscholing ook leiden tot een positieve attitude van de arts maar ook van de patiënt ten opzichte van vroegtijdige screening. Tenslotte bemerken we dat er nog stigma heerst op het woord ‘dementie’. Dit geldt zowel voor arts als patiënt. Hierdoor zijn huisartsen bezorgd om angst en schaamte te induceren bij hun patiënten. Ze mijden het woord ‘dementie’, waardoor de diagnose niet duidelijk wordt meegedeeld aan patiënten en familie.
Ook bemerken huisartsen weerstand door de patiënt of hun familieleden, hiervoor zijn diverse redenen zoals schaamte, niet bewust zijn van het ziekteproces, ontkenning en financiële redenen. Het aanpakken van het stigma rond dementie zal het diagnostisch proces vergemakkelijken.

5 Conclusie

Deze systematische review onderzocht de mogelijke barrières in de eerstelijnszorg voor de vroegtijdige detectie van dementie. Zeven terugkerende thema's worden in de studies besproken als barrières voor de huisartsen bij vroegtijdige diagnose van dementie. Deze zijn: tijd, screeningstools, kennis en training, taal en cultuur, organisatie van de zorg, attitude van patiënt of familie en attitude van de huisarts zelf. Er is een noodzaak voor gebruiksvriendelijke universele screeningstools, verdere bijscholing over dementie en communicatietechnieken alsook het herorganiseren van de zorg in kader van tijdnood. Het aanpakken van deze barrières kan leiden tot een betere vroegtijdige detectie van dementie in de eerstelijnszorg.

6 Bibliografie

1. Dementia World Health Organisation 2021 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Dementia%20is%20a%20syndrome%20in,an%20inevitable%20consequence%20of%20ageing.
2. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB, et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. Neuroepidemiology. 2007;29(1-2):125-32.
3. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization. 2017.
4. Dubois B, Padovani A, Scheltens P, Rossi A, Dell'Agnello G. Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2016;49(3):617-31.
5. Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. Bmj. 2015;350:h3029.
6. De Brandt M, Bakker S, Flerackers S, Stulens T, Verschraegen J, De Lepeleire J. Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk. 2020.
7. Weimer DL, Sager MA. Early identification and treatment of Alzheimer's disease: social and fiscal outcomes. Alzheimers Dement. 2009;5(3):215-26.
8. Banerjee S, Wittenberg R. Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(7):748-54.
9. Mistiaen P, Heins M, Stirbu-Wagner I, Korevaar J, Verheij R, Francke AL. People with dementia have more contact with their general practitioners: contact with GPs peaks around the time of diagnosis. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde. 2014;158(6):A6755-A.
10. Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. Gerontologist. 1999;39(4):457-64.
11. Giezendanner S, Monsch AU, Kressig RW, Mueller Y, Streit S, Essig S, et al. General practitioners' attitudes towards early diagnosis of dementia: a cross-sectional survey. BMC Fam Pract.20(1):65.
12. Pathak KP, Montgomery A. General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. Aging Ment Health. 2015;19(10):912-20.
13. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2009;23(4):306-14.
14. Balogh R, Imre N, Papp E, Kovács I, Heim S, Karádi K, et al. Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition. Eur J Gen Pract. 2020;26(1):7-13.
15. Bature F, Guinn B, Pang D, Pappas Y. Perspectives of General Practitioners on the Issues Surrounding the Late Diagnosis of Alzheimer's Disease. J Alzheimers Dis Rep.2(1):207-12.
16. Bush C, Kozak J, Elmslie T. Screening for cognitive impairment in the elderly. Can Fam Physician. 1997;43:1763-8.
17. Cahill S, Clark M, O'Connell H, Lawlor B, Coen RF, Walsh C. The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland. Int J Geriatr Psychiatry. 2008;23(7):663-9.
18. Chithiramohan A, Iliffe S, Khattak I. Identifying barriers to diagnosing dementia following incentivisation and policy pressures: General practitioners' perspectives. Dementia (London).18(2):514-29.
19. Gove D, Downs M, Vernooij-Dassen M, Small N. Stigma and GPs' perceptions of dementia. Aging Ment Health. 2016;20(4):391-400.
20. Harmand MG, Meillon C, Rullier L, Taddé OB, Pimouguet C, Dartigues JF, et al. Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study. Aging Ment Health. 2018;22(8):1040-9.

21. Heim S, Busa C, Pozsgai É, Csikós Á, Papp E, Pákáski M, et al. Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. Prim Health Care Res Dev.20:e92.
22. Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. Fam Pract.20(4):376-81.
23. Judge D, Roberts J, Kh, ker R, Ambegaonkar B, Black CM. Physician Perceptions about the Barriers to Prompt Diagnosis of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. Int J Alzheimers Dis. 2019;2019:3637954.
24. Phillips J, Pond CD, Paterson NE, Howell C, Shell A, Stocks NP, et al. Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice. Br J Gen Pract. 2012;62(601):e546-53.
25. Pimlott NJ, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JL, Seigel K, et al. Family physicians and dementia in Canada: Part 2. Understanding the challenges of dementia care. Can Fam Physician.55(5):508-9.e1-7.
26. Stewart TV, Loskutova N, Galliher JM, Warshaw GA, Coombs LJ, Staton EW, et al. Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network. J Am Board Fam Med.27(2):275-83.
27. Teel CS. Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment. Aging Ment Health. 2004;8(5):422-9.
28. van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. Patient Educ Couns.39(2):219-25.
29. Wangler J, Jansky M. Dementia diagnostics in general practitioner care : Do general practitioners have reservations? The findings of a qualitative study in Germany. Wien Med Wochenschr. 2020;170(9):230-7.
30. Hansen EC, Hughes C, Routley G, Robinson AL. General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis. Soc Sci Med.67(11):1776-83.
31. Leung CW, Lam TP, Wong KW, Chao VKD. Early detection of dementia: The knowledge and attitudes of primary care physicians in Hong Kong. Dementia (London). 2020;19(3):830-46.
32. Prins A, Hemke F, Pols J, Moll van Charante EP. Diagnosing dementia in Dutch general practice: a qualitative study of GPs' practices and views. Br J Gen Pract. 2016;66(647):e416-22.
33. Tillmann J, Just J, Schnakenberg R, Weckbecker K, Weltermann B, Münster E. Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners. BMC Fam Pract. 2019;20(1):34.
34. Vissenberg R, Uysal O, Goudsmit M, van Campen J, Buurman-van Es B. Barriers in providing primary care for immigrant patients with dementia: GPs' perspectives. BJGP Open. 2018;2(4):bjgpopen18X101610.
35. Kaduszkiewicz H, Bachmann C, van den Bussche H. Telling "the truth" in dementia-Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ? Patient Education and Counseling. 2008;70(2):220-6.
36. Waldorff FB, Rishøj S, Waldemar G. Identification and diagnostic evaluation of possible dementia in general practice. A prospective study. Scand J Prim Health Care. 2005;23(4):221-6.
37. Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. Br J Gen Pract.60(578):e360-5.
38. Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. Int J Geriatr Psychiatry. 2006;21(4):319-24.
39. Caruana-Pulpan O, Scerri C. Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners--a national survey. Aging Ment Health.18(2):179-86.
40. Fox M, Fox C, Cruickshank W, Penhale B, Pol, F, et al. Understanding the dementia diagnosis gap in Norfolk and Suffolk: a survey of general practitioners. Qual Prim Care. 2014;22(2):101-7.

41. Wangler J, Jansky M. Factors influencing general practitioners' perception of and attitude towards dementia diagnostics and care—results of a survey among primary care physicians in Germany. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2021.
42. Lahjibi-Paulet H, Dauffy Alain A, Minard A, Gaxatte C, Saint-Jean O, Somme D. Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners. Aging Clin Exp Res. 2012;24(4):384-90.
43. Milne AJ, Woolford HH, Mason J, Hatzidimitriadou E. Early diagnosis of dementia by GPs: An exploratory study of attitudes. Aging and Mental Health. 2000;4(4):292-300.
44. Sannemann L, Müller T, Waterink L, Zwan M, Wimo A, Stomrud E, et al. General practitioners' attitude toward early and pre-dementia diagnosis of AD in five European countries-A MOPEAD project survey. Alzheimers Dement (Amst). 2021;13(1):e12130.
45. FDA-Approved Drugs - Exelon: FDA - U.S. Food and Drug Administration; 2000 [Available from: https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm?event=overview.process&ApplNo=020823.
46. Drug Approval Package - Aricept (donepezil hydrochloride) 23mg Tablets: FDA - U.S. Food and Drug Administration 2010 [Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2010/022568_aricept_toc.cfm.

7 Addendum

7.1 Addendum 1: Zoekstrategie

Pubmed

("Dementia"[Mesh:NoExp] OR dement*[tiab] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR Alzheimer*[tiab] OR "Lewy Body Disease"[Mesh] OR lewy-bod* [tiab] OR DLB[tiab] OR DLBD[tiab] OR LBD[tiab] OR "Dementia, Vascular"[Mesh] OR CADASIL[tiab] OR “cognitive dysfunction”[Mesh:NoExp] OR cognitive-dysfunction*[tiab] OR cognitive-impairment*[tiab] OR cognitive-decline[tiab] OR cognitive-deterioration*[tiab] OR mental-deterioration*[tiab]) AND ("Primary Health Care"[Mesh:NoExp] OR primary-care*[tiab] OR first-line-care*[tiab] OR primary-healthcare[tiab] OR primary-health-care[tiab] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR primary-medical-care[tiab] OR primary-care-physician*[tiab] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR family-physician*[tiab] OR "Patient Centered Care"[Mesh:NoExp] OR patient-centered-care[tiab] OR patient-focused-care[tiab] OR "General Practice"[Mesh] OR general-practi*[tiab] OR "General Practitioners"[Mesh] OR gp[tiab] OR GPs[tiab] OR family-practi*[tiab] OR family-doctor*[tiab] OR family-physician*[tiab] OR general-physician*[tiab] OR “primary care doctor*”[tiab]) AND (issue*[tiab] OR challenge*[tiab] OR reservation*[tiab] OR obstacle*[tiab] OR perspective*[tiab] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR attitude*[tiab] OR view*[tiab] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Communication Barriers"[Mesh] OR communicat*[tiab] OR behavior*[tiab] OR behaviour*[tiab] OR perception*[tiab] OR perspective*[tiab] OR opinion*[tiab] OR barrier*[tiab] OR enabl*[tiab] OR facilitat*[tiab] OR "Physician-Patient Relations"[Mesh] OR (relation*[tiab] AND (physician*[tiab] OR patient*[tiab] OR doctor*[tiab] OR GP[tiab] OR GPs[tiab] OR practitioner*[tiab] OR medical[tiab])) OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR ((Guideline*[tiab] OR protocol*[tiab] OR guide[tiab] OR guidance[tiab] OR recommendation*[tiab] OR pathway[tiab] OR standard*[tiab] OR requirement*[tiab] OR policy[tiab] OR policies[tiab]) AND (adherence[tiab] OR follow* OR fulfill*[tiab] OR comply[tiab] OR complian*[tiab] OR conform*[tiab] OR acknowledge*[tiab] OR accord*[tiab])) OR "Referral and consultation "[Mesh] OR refer*[tiab] OR gatekeep*[tiab] OR "Truth Disclosure"[Mesh:NoExp] OR Disclosure[tiab] OR "Clinical Competence"[Mesh] OR ((clinical[tiab] OR medical[tiab] OR doctor*[tiab] OR physician*[tiab] OR practitioner*[tiab] OR GP*[tiab]) AND (competen*[tiab] OR skill*[tiab] OR expertise OR capabilit*[tiab] OR abilit*[tiab])))

Embase

(‘dementia’/de OR ‘dement*’:ti,ab,kw OR 'Alzheimer disease'/exp OR ‘Alzheimer*’:ti,ab,kw OR 'diffuse Lewy body disease'/exp OR ‘Lewy bod*’:ti,ab,kw OR ‘DLB’:ti,ab,kw OR ‘DLBD’:ti,ab,kw OR ‘LBD’:ti,ab,kw OR 'mental deterioration'/exp OR ‘mental deterioration’:ti,ab,kw OR ‘senile dementia’/exp OR ‘cognitive dysfunction*’:ti,ab,kw OR 'mild cognitive impairment'/exp OR ‘cognitive impairment*’:ti,ab,kw OR 'cognitive decline'/exp OR ‘cognitive decline’:ti,ab,kw OR ‘cognitive deterioration*’:ti,ab,kw OR 'CADASIL'/exp OR ‘CADASIL’:ti,ab,kw) AND (‘primary health care’/exp OR ‘primary care*’:ti,ab,kw OR ‘first line

care*’:ti,ab,kw OR ‘primary healthcare’:ti,ab,kw OR ‘primary health care’:ti,ab,kw OR ‘primary medical care’:ti,ab,kw OR ‘primary care physician*’:ti,ab,kw OR ‘family physician*’:ti,ab,kw OR ‘patient centered care’:ti,ab,kw OR ‘patient focused care’:ti,ab,kw OR ‘general practice’/exp OR ‘general practi*’:ti,ab,kw OR ‘family practi*’:ti,ab,kw OR ‘general practitioner’/exp OR ‘family doctor*’:ti,ab,kw OR ‘general physician*’:ti,ab,kw OR ‘GP’:ti,ab,kw OR ‘GPs’:ti,ab,kw OR ‘primary care doctor*’:ti,ab,kw) AND ('issue*':ti,ab,kw OR 'challenge*':ti,ab,kw OR 'reservation*':ti,ab,kw OR ‘obstacle*’:ti,ab,kw OR 'health personnel attitude'/de OR 'physician attitude'/exp OR attitude*:ti,ab,kw OR view*:ti,ab,kw OR 'attitude to health'/exp OR 'communication barrier'/exp OR ‘communicat*’:ti,ab,kw OR ‘behavior*’:ti,ab,kw OR ‘behaviour*’:ti,ab,kw OR ‘perception*’:ti,ab,kw OR perspective*:ti,ab,kw OR opinion*:ti,ab,kw OR ‘barrier*’:ti,ab,kw OR enabl*:ti,ab,kw OR facilitat*:ti,ab,kw OR 'doctor patient relationship'/exp OR (relation* NEAR/6 (physician* OR patient* OR doctor* OR GP OR GPs OR practitioner* OR medical)):ti,ab,kw OR 'protocol compliance'/exp OR ((guideline* OR protocol* OR guide OR guidance OR recommendation* OR pathway OR standard* OR requirement* OR policy OR policies) NEAR/6 (adherence OR follow* OR fulfill* OR comply OR complian* OR conform* OR acknowledge* OR accord*)):ti,ab,kw OR 'patient referral'/exp OR refer*:ti,ab,kw OR gatekeep*:ti,ab,kw OR disclosure:ti,ab,kw OR 'clinical competence'/exp OR ((clinical OR medical OR doctor* OR physician* OR practitioner* OR GP*) NEAR/6 (competen* OR skill* OR expertise OR capabilit* OR abilit*)):ti,ab,kw)

Web of science

(TS=(“dement*” OR “Alzheimer* “ OR “Lewy bod*” OR “DLB” OR “DLBD” OR “LBD” OR “cognitive dysfunction*” OR “cognitive impairment*” OR “cognitive decline” OR “cognitive deterioration*” OR “mental deterioration*” OR “CADASIL”)) AND (TS=(“primary care*” OR “first line care*” OR “primary healthcare” OR “primary health care” OR “primary medical care” OR “primary care physician*” OR “primary care doctor*” OR “family physician*”OR “patient centered care” OR “patient focused care” OR “general practi*” OR “gp” OR “GPs” OR “family practi*” OR “family doctor*” OR “family physician*” OR “general physician*”)) AND (TS=(“issue*” OR “challenge*” OR “reservation*” OR “obstacle*” OR “perspective*” OR “attitude*” OR “view*” OR “communicat*” OR “behavior*” OR “behaviour*” OR “perception*” OR “perspective*” OR “opinion*” OR “barrier*” OR “enabl*” OR “facilitat*” OR (“relation*” NEAR/6 (“physician*” OR “patient*” OR “doctor*” OR “GP” OR “GPs” OR “practitioner*” OR “medical”)) OR ((“Guideline*” OR “protocol*” OR “guide” OR “guidance” OR “recommendation*” OR “pathway*” OR “standard*” OR “requirement*” OR “policy” OR “policies”) NEAR/6 (“adherence” OR “follow*” OR “fulfill*” OR “comply” OR “compliance” OR “conform*” OR “acknowledge*” OR “accord*”)) OR “refer*” OR “gatekeep*” OR “disclosure” OR ((“clinical” OR “medical” OR doctor* OR physician* OR practitioner* OR GP*) NEAR/6 (“competen*” OR “skill*” OR “expertise” OR “capabilit*” OR “abilit*”))))

7.2 Addendum 2: Overzichtstabellen

Tabel 1: Overzicht artikels die in aanmerking kwamen voor discussie voor de selectie op basis van titel en abstract

Titel	Eerste auteur artikel	Beoordeling eerste onderzoeker	Beoordeling tweede onderzoeker	Beoordeling derde onderzoeker	Resultaat na discussie tussen onderzoekers
Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework	Murphy	exclusie	Inclusie	/	Exclusie
Systematic, early identification of dementia and dementia care management are highly appreciated by general physicians in primary care - results within a cluster-randomized-controlled trial (DelpHi)	Thyrian	exclusie	Inclusie	Inclusie	Inclusie
Screening for cognitive impairment, Alzheimer's disease and other dementias: opinions of European caregivers, payors, physicians and the general public	Bond	exclusie	Inclusie	/	Exclusie
The role of referrals in diagnosing dementia at the primary care level	Riedel-Heller	Inclusie	exclusie	Inclusie	Inclusie
Primary care physician beliefs, behaviors and preparedness in the management of dementia: Results of a nationwide survey	Cogbill	exclusie	Inclusie	/	Exclusie
Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners--a national survey	Caruana-Pulpan	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network	Stewart	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Family physicians' dementia-related attitudes in New Brunswick, Canada	Pakzad	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Family physicians and dementia in Canada: Part 2. Understanding the challenges of dementia care	Pimlott	exclusie	Inclusie	Inclusie	Inclusie
Examination of level of knowledge in Italian general practitioners attending an education session on diagnosis and management of the early stage of Alzheimer's disease: pass or fail?	Veneziani	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Determinants of intention among primary care physicians in puerto rico to make an early diagnosis of alzheimer's disease: An application of the theory of planned behavior	Miranda	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study	Harmand	Inclusie	exclusie	Inclusie	Inclusie
Dementia in primary care: why the low detection rate?	Olafsdóttir	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Between closeness and distance: Family practitioners' perception of persons with dementia	Wollny	Inclusie	exclusie		Exclusie
Barriers in providing primary care for immigrant patients with dementia: GPs' perspectives	Vissenberg	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Barriers in general practitioners' dementia diagnostics among people with a migration background in Germany (BaDeMi) - study protocol for a cross-sectional survey	Tillmann	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners	Lahjibi-Paulet	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Attitudes of the german general population toward early diagnosis of dementia	Luck	Inclusie	exclusie	/	Exclusie
The attitudes of australian general practitioners to breaking the news of dementia: A qualitative and quantitative exploration	Pond	Inclusie	exclusie	Inclusie	Inclusie

Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia?	Pentzek	Inclusie	exclusie	/	Exclusie
Will General Practitioners be adequately prepared to meet the complexities of enhanced dementia screening for people with learning disabilities and Down syndrome: key considerations	Rowe	Inclusie	exclusie	/	Exclusie
"We need a one-stop-shop": co-creating the model of care for a multidisciplinary memory clinic with community members, GPs, aged care workers, service providers, and policy-makers	Steiner	exclusie	Inclusie	/	Exclusie
Views on Early Diagnosis of Alzheimer's Disease Among Dutch Physicians: A Qualitative Interview Study	Tromp	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Training family physicians and primary care nurses improves diagnostic assessment of dementia: Results of a randomized controlled trial	Perry	exclusie	Inclusie	/	Exclusie
Telling the truth: what do general practitioners say to patients with dementia or terminal cancer?	Vassilas	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Telling "the truth" in dementia-Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ?	Kaduszkiewicz	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Stigma and taboo in dementia care - does continuing education for GPs and nurses contribute to destigmatisation	Kaduszkiewicz	exclusie	Inclusie	/	Exclusie
The role of primary care in identification and ongoing management of dementia: a time of transition	Pond	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Recognizing early dementia in the team of family practice	Cvetko	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives	Hinton	Inclusie	exclusie	/	Exclusie
Physician Perceptions about the Barriers to Prompt Diagnosis of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease	Judge	exclusie	Inclusie	/	Inclusie
Overcoming the Barriers to the Diagnosis of Dementia	Alagiakrishnan	exclusie	Inclusie	/	Exclusie
Knowledge, attitudes and skills of dementia care in general practice: a cross-sectional study in primary health settings in Beijing, China	Wang	Inclusion	exclusie	/	Exclusie
Identification and diagnostic evaluation of possible dementia in general practice. A prospective study	Waldorff	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia	Turner	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Factors affecting dementia screening by general practitioners in community-dwelling elderly populations: a large cross-sectional study in 2 areas of France	Gaboreau	Inclusie	exclusie	/	Exclusie
Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries	Petrazzuoli	Inclusie	exclusie	/	Exclusie
Early detection of dementia: The knowledge and attitudes of primary care physicians in Hong Kong	Leung	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Do general practitioners and old age psychiatrists differ in their attitudes to dementia?	Wolff	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Diagnosis of dementia in primary care: Chances to remove barriers	Mann	exclusie	Inclusion	/	Inclusie
Dementia: Difficulties in disclosing the diagnosis. A systematic review	Janson	Inclusie	exclusie	/	Exclusie
Caring for patients with dementia: The GP perspective	Downs	Inclusie	exclusie	/	Inclusie
Attitudes to diagnosis and management in dementia care: views of future general practitioners	Tang	Inclusie	exclusie	/	Exclusie

Tabel 2: Overzicht artikels die in aanmerking kwamen voor discussie voor de selectie op basis van de volledige tekst

Titel	Eerste auteur artikel	Beoordeling eerste onderzoeker	Beoordeling tweede onderzoeker	Beoordeling derde onderzoeker	Resultaat na discussie tussen onderzoekers	Reden van exclusie
Telling the truth: what do general practitioners say to patients with dementia or terminal cancer?	Vassilas	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Foute uitkomstmaat
Systematic, early identification of dementia and dementia care management are highly appreciated by general physicians in primary care - results within a cluster-randomized-controlled trial (DelpHi)	Thyrian	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Foute uitkomstmaat
The role of referrals in diagnosing dementia at the primary care level	Riedel-Heller	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Foute uitkomstmaat
The role of general practice and the primary care team in dementia diagnosis and management	Downs	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Fout publicatietype
Identification and diagnostic evaluation of possible dementia in general practice. A prospective study	Waldorff	Inclusie	Exclusie	/	Inclusie	
GP attitudes to early diagnosis of dementia: evidence of improvement	Milne	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Fout publicatietype
General practitioners' views on the early diagnosis of dementia	Renshaw	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Foute uitkomstmaat
General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis	Hansen	Inclusie	Exclusie	/	Inclusie	
Early diagnosis and management of dementia in general practice – How do Swiss GPS meet the challenge?	Stéphanie	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Foute uitkomstmaat
Dementia in primary care: why the low detection rate?	Olafsdóttir	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Foute uitkomstmaat
Timely' diagnosis of dementia: what does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts	Dhedhi	Inclusie	Exclusie	/	Exclusie	Foute uitkomstmaat

Tabel 3: Overzichtstabel van de geïncludeerde studies met studiekenmerken

Titel	Eerste auteur	Jaar	aantal deelnemers (n)	Thema's	QuADs score	Overeenkomst in antwoorden Quads (%)
Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners	Lahjibi-Paulet	2011	20	attitude van de huisarts	24/39 (61.54%)	46,15%
Barriers in providing primary care for immigrant patients with dementia: GPs' perspectives	Vissenberg	2018	76	screeningstools, kennis en training, cultuur en taal, attitude patiënt en familie, organisatie van de zorg, attitude van de huisarts	28/39 (71.79%)	30,77%
Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners	Tillmann	2019	326	cultuur en taal, screeningstools, kennis en training, attitude van de patiënt en familie	23/39 (58.97%)	46,15%
Dementia diagnostics in general practitioner care: Do general practitioners have reservations? The findings of a qualitative study in Germany	Wangler	2020	41	attitude van de huisarts, tijd, screeningstools	30/39 (76.92%)	69,23%
Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition	Balogh	2020	402	attitude van de huisarts, tijd, organisatie van de zorg	25/39 (64.10%)	38,46%
Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners	Cahill	2006	300	kennis en training, attitude van de huisarts	22/39 (56.41%)	38,46%
Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study	Harmand	2018	102	attitude van de huisarts, tijd	25/39 (64.10%)	30,77%
Diagnosing dementia in Dutch general practice: a qualitative study of GPs' practices and views	Prins	2016	18	attitude van de huisarts, screeningstools	21/39 (53.85%)	61,54%
Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians	Boise	1999	78	attitude van de huisarts, attitude van patiënt en familie?, tijd, kennis en training	20/39 (51.28%)	84,62%
Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice	Phillips	2012	45	attitude van patiënt en familie, attitude van huisarts, tijd	22/39 (56.41%)	38,46%
Early detection of dementia: The knowledge and attitudes of primary care physicians in Hong Kong	Leung	2020	focusgroep (n=31) vragenlijst (n=437)	Kennis en training, screeningstools, attitude van de huisarts	25/39 (64.10%)	38,46%
Early diagnosis of dementia by GPs: An exploratory study of attitudes	Milne	2000	182	Attitude van de huisarts	21/39 (53.85%)	76,92%
Factors influencing general practitioners' perception of and attitude towards dementia diagnostics and care - results of a survey among primary care physicians in Germany	Wangler	2021	2266	kennis en training, organisatie van de zorg, attitude van de huisarts	27/39 (69.23%)	53,85%
Family physicians and dementia in canada part 2: Understanding the challenges of dementia care	Pimlott	2009	18	organisatie van de zorg, kennis en training, attitude van patiënt en familie, attitude van de huisarts, tijd	16/39 (41.02%)	69,23%
General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles	van Hout	2000	28	attitude van de huisarts, attitude van patiënt en familie, tijd, kennis en training	23/39 (58.97%)	30,77%
general practitioners' attitudes towards early and pre-dementia diagnosis of AD in five European countries: A MOPEAD project survey	Sannemann	2020	343	Attitude van de huisarts	24/39 (61.54%)	69,23%
general practitioners' attitudes towards early diagnosis of dementia: a cross-sectional survey	Giezendanner	2019	882	attitude van de huisarts	19/39 (48.72%)	46,15%

General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis	Hansen	2008	24	attitude van de huisarts, screeningstools	24/39 (61.54%)	38,46%
General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia	Pathak	2015	380	attitude van de huisarts, attitude van patiënt en familie, kennis en training, organisatie zorg, screeningstools, tijd, cultuur en taal	16/39 (41.02%)	76,92%
GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia	Ahmad	2010	1011	attitude van de huisarts, organisatie van de zorg, kennis en training	19/39 (48.72%)	38,46%
Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care	Heim	2019	totaal (n=277) extra bevraging (n=132)	tijd, kennis en training, attitude van de huisarts	20/39 (51.28%)	61,54%
Identifying barriers to diagnosing dementia following incentivisation and policy pressures: GP' perspectives	Chithiramohan	2019	13	organisatie van de zorg, attitude van de patiënt en familie, attitude van de huisarts, Taal en cultuur, screeningstools, tijd	28/39 (71.79%)	53,85%
Perspectives of General Practitioners on the Issues Surrounding the Late Diagnosis of Alzheimer's Disease	Bature	2018	7	organisatie van de zorg, kennis en training, attitude van patiënt en familie, cultuur en taal, tijd	19/39 (48.72%)	53,85%
Physician Perceptions about the Barriers to Prompt Diagnosis of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease	Judge	2019	totaal (n =1365): specialisten(n= 865) huisartsen (n=500)	attitude van de patiënt en familie, tijd, attitude van de huisarts, kennis en training, organisatie van de zorg	24/39 (61.54%)	53,85%
Practice Patterns, Beliefs, and Perceived Barriers to Care Regarding Dementia: A Report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) National Research Network	Stewart	2014	851	Tijd, screeningstools, attitude van de huisarts	19/39 (48.72%)	46,15%
Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners	Caruana-Pulpan	2014	193	attitude van de huisarts, kennis en training	24/39 (61.54%)	30,77%
Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment	Teel	2004	19	tijd, attitude van de huisarts, attitude patiënt/familie	19/39 (48.72%)	69,23%
Screening for cognitive impairment in the elderly	Bush	1997	360	attitude van de huisarts, Tijd, attitude van patiënt en familie, screeningstools	22/39 (56.41%)	30,77%
Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study	Iliffe	2003	totaal (n=508): huisartsen (n=247) verpleging (n=261)	attitude van de huisarts, kennis en training, tijd	13/39 (33.33%)	46,15%
Stigma and GPs' perceptions of dementia	Gove	2016	23	attitude van de huisarts, kennis en training, tijd	21/39 (53.85%)	46,15%
Telling "the truth" in dementia-Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ?	Kaduszkiewicz	2008	Interviews (n=30), vragenlijst (n=628): huisartsen (n=389) specialisten (239)	attitude van de huisarts	25/39 (64.10%)	38,46%
The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland	Cahill	2008	300	kennis en training, attitude van de patiënt en familie, attitude van de huisarts, tijd, organisatie van de zorg, screeningstools	18/39 (46.15%)	15,38%
Understanding the dementia diagnosis gap in Norfolk and Suffolk: a survey of general practitioners	Fox	2014	113	attitude van de huisarts, kennis en training	19/39 (48.72%)	38,46%
Identification and diagnostic evaluation of possible dementia in general practice	Waldorff	2005	24	attitude van de huisarts, attitude van patiënt/familie	24/39 (61.54%)	46,15%

Tabel 4: Overzicht van kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde studies aan de hand van de Quads Vragenlijst

Titel	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	Totaalscore	overlap tussen de 2 auteurs
Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners	2	3	3	2	1	2	2	2	2	1	2	0	2	24/39 (61.54%)	46.15%
Barriers in providing primary care for immigrant patients with dementia: GPs' perspectives	3	3	3	2	0	2	2	2	2	1	3	2	3	28/39 (71.79%)	30.77%
Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners	2	3	3	2	0	1	2	2	3	1	2	1	1	23/39 (58.97%)	46.15%
Dementia diagnostics in general practitioner care : Do general practitioners have reservations? The findings of a qualitative study in Germany	3	3	3	2	1	2	2	2	2	3	3	1	3	30/39 (76.92%)	69.23%
Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition	2	3	2	2	0	1	2	2	3	1	2	3	2	25/39 (64.10%)	38.46%
Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners	1	3	2	1	1	1	2	1	3	1	2	1	3	22/39 (56.41%)	38.46%
Description of general practitioners' practices when suspecting cognitive impairment. Recourse to care in dementia (Recaredem) study	3	3	1	2	1	2	2	2	2	2	3	1	1	25/39 (64.10%)	30.77%
Diagnosing dementia in Dutch general practice: a qualitative study of GPs' practices and views	2	3	3	2	1	1	2	1	3	0	2	0	1	21/39 (53.85%)	61.54%
Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians	1	3	3	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	20/39 (51.28%)	84.62%
Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice	3	3	3	2	0	1	1	2	1	1	2	1	2	22/39 (56.41%)	38.46%
Early detection of dementia: The knowledge and attitudes of primary care physicians in Hong Kong	3	3	1	2	1	2	2	2	3	1	2	2	1	25/39 (64.10%)	38.46%
Early diagnosis of dementia by GPs: An exploratory study of attitudes	3	3	2	2	0	2	1	2	2	2	2	0	0	21/39 (53.85%)	76.92%
Factors influencing general practitioners' perception of and attitude towards dementia diagnostics and care—results of a survey among primary care physicians in Germany	2	3	3	2	0	3	2	1	2	2	2	3	2	27/39 (69.23%)	53.85%
Family physicians and dementia in Canada: Part 2. Understanding the challenges of dementia care	1	3	2	1	0	2	1	1	1	1	2	0	1	16/39 (41.02%)	69.23%
General practitioners' attitude toward early and pre-dementia diagnosis of AD in five European countries-A MOPEAD project survey	2	3	3	2	0	2	2	1	2	1	2	1	2	23/39 (58.97%)	30.77%
General practitioners' attitudes towards early diagnosis of dementia: a cross-sectional survey	3	3	2	2	0	2	2	1	3	2	2	1	1	24/39 (61.54%)	69.23%
General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis	3	2	2	1	1	1	2	2	1	0	2	1	1	19/39 (48.72%)	46.15%
General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia	3	3	3	2	1	2	2	2	1	1	2	0	2	24/39 (61.54%)	38.46%
General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles	2	3	1	2	0	2	2	1	2	0	1	0	0	16/39 (41.02%)	76.92%

GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	0	2	19/39 (48.72%)	38.46%
Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care	3	3	2	2	0	1	1	1	3	0	2	0	2	20/39 (51.28%)	61.54%
Identifying barriers to diagnosing dementia following incentivisation and policy pressures: General practitioners' perspectives	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	28/39 (71.79%)	53.85%
Perspectives of General Practitioners on the Issues Surrounding the Late Diagnosis of Alzheimer's Disease	1	3	2	2	0	2	2	1	1	1	2	1	1	19/39 (48.72%)	53.85%
Physician Perceptions about the Barriers to Prompt Diagnosis of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	0	3	24/39 (61.54%)	53.85%
Practices in diagnosis, disclosure and pharmacotherapeutic management of dementia by general practitioners--a national survey	2	3	2	2	0	1	2	1	2	1	2	1	0	19/39 (48.72%)	46.15%
Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: a report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) national research network	2	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	1	3	24/39 (61.54%)	30.77%
Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment	2	3	2	2	0	2	2	2	2	1	1	0	0	19/39 (48.72%)	69.23%
Screening for cognitive impairment in the elderly	3	3	3	2	1	2	1	2	2	0	2	0	1	22/39 (56.41%)	30.77%
Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study	2	2	2	1	0	2	1	1	1	0	1	0	0	13/39 (33.33%)	46.15%
Stigma and GPs' perceptions of dementia	2	3	1	2	1	1	2	2	2	1	2	0	2	21/39 (53.85%)	46.15%
Telling "the truth" in dementia-Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ?	2	3	2	2	0	2	2	2	2	1	2	2	3	25/39 (64.10%)	38.46%
The attitudes and practices of general practitioners regarding dementia diagnosis in Ireland	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	18/39 (46.15%)	15.38%
Understanding the dementia diagnosis gap in Norfolk and Suffolk: a survey of general practitioners	1	3	3	2	0	2	2	2	2	0	1	0	1	19/39 (48.72%)	38.46%
Identification and diagnostic evaluation of possible dementia in general practice. A prospective study	1	3	3	2	0	2	1	3	3	1	2	2	1	24/39 (61.54%)	46.15%

Legende Tabel 4:

V1-V13 zijn de 13 vragen van de Quads vragenlijst

De kleuren van de tabel komen overeen met de methodologische kwaliteit van de studie, namelijk:

	<10 slecht
	10 - 15 zeer matig
	15-25 matig
	25-35 goed
	>35 uitmuntend

Zelfreflectie masterthesis

Het traject van deze masterproef in de voorbije drie jaar was een unieke ervaring met veel leerkansen. Door middel van deze reflectie zou ik graag willen stilstaan bij het proces van de uitwerking van de masterthesis en mijn eigen ervaringen hierbij.

Het traject van de masterthesis begon al met één van de meest belangrijke opdrachten, namelijk de keuze van het onderwerp en publicatietype. De keuze moet namelijk goed doordacht zijn, aangezien dit het onderwerp ging zijn waar we ons drie jaar in moesten gaan verdiepen. Voor mij was de keuze maken niet moeilijk, het gekozen onderwerp van dementie sprak mij onmiddellijk aan omdat dit een thema is dat mij nauw aan het hart ligt. Mijn oma heeft zelf de diagnose van dementie gekregen en ik heb het hele proces van dementie bij haar gezien. Ik vond het ook belangrijk om voor dit project een onderwerp te kiezen waar ik meer over wilde weten. Dit stimuleert de leergierigheid en de motivatie om het project tot een goed einde te brengen.
Voor de keuze van het publicatietype had ik gekozen om een systematische literatuuropdracht te doen was omwille van twee redenen. Eerst en vooral leunt dit type van onderzoek meer aan bij mijn eigen persoonlijkheid, ik werk namelijk graag met deadlines en probeer alles zeer systematisch en analytisch aan te pakken. Daarnaast had ik al ervaring met het uitwerken van een literatuurstudie en leek dit mij ook een goede basis om een systematische literatuurstudie aan te vatten.
Mijn collega-HAIO, Kelly Saesen, was ook geïnteresseerd in het onderwerp en publicatietype en we hadden besloten om dit project samen aan te pakken. De reden waarom ik voor haar had gekozen was omdat we reeds in het verleden voor één studie hadden samengewerkt. Dit was voor onze bachelorproef, “Hyperbaric oxygen therapy in idiopathic sudden sensorineural hearing loss”, dewelke uiteindelijk ook in de B-ENT is gepubliceerd. Ik wist dus al dat we goed konden samenwerken en dat zij ook zeer wetenschappelijk en punctueel aangelegd is, wat ook goed bij mijn persoonlijkheid past.

Wij zijn onmiddellijk begonnen met een tijdlijn op te stellen als een leidraad voor het verloop van de masterthesis over de voorbije 3 jaar.
De eerste opdracht op de tijdlijn was de verdieping in de literatuur. Hiervoor hadden we een gezamenlijke bronnenlijst opgesteld waar we interessante studies op plaatsten die we allebei gelezen moesten hebben. Met deze achtergrondinformatie konden we aan de slag gaan om samen een PICO en onderzoeksvraag op te stellen om zo de systematische literatuurzoekopdracht te starten.

Hetgeen wat ik het moeilijkste vond aan de masterthesis was de zoekstrategie opstellen. Ik had voor deze masterthesis al een literatuurstudie gedaan, maar een systematische literatuurstudie was toch complexer. Voor het opstellen van de zoekstrategie hebben we samengewerkt met de bibliotheek 2Bergen van de KULeuven. Ik en Kelly werkten gezamenlijk een zoekstrategie uit op basis van de kernconcepten van onze onderzoeksvraag. Dit probeerden we zo breed mogelijk uit te werken rekening houdend met deadlines. Onze voorstellen voor een zoekstrategie werden door middel van mails en online vergaderingen besproken met de bibliotheek waarna we terug feedback ontvingen. We hadden onderschat hoeveel tijd het opstellen van de zoekopdracht zou innemen. Het moeilijkste van deze zoekopdracht voor mij was dat we vaak wachtende waren op feedback door het feit dat we gebonden waren aan de agenda van de bibliotheek. Hierdoor werd onze planning verstoord waardoor ik toch onzekerheden had of we de hele thesis wel op tijd zouden kunnen afronden.

Tijdens het opstellen van de zoekopdracht hadden we ook de instructie gekregen om ook een onderzoeksprotocol op te stellen. Hierdoor hadden we op voorhand een leidraad hoe we de thesis verder moesten aanpakken in kader van de methodologie. Het onderzoeksprotocol werd ook op Prospero ingediend, maar omwille van de covid-pandemie waren er helaas lange wachtlijsten voor

het beoordelen van dit protocol. Omwille van onze eigen deadlines van de masterthesis konden we onmogelijk wachten op de goedkeuring van het protocol en zijn we ook verdergegaan met onze thesis. Helaas werd ons voorstel geweigerd omdat we reeds begonnen waren aan de uitvoering van de zoekopdracht bij de inzending van het protocol.

Van zodra de zoekstrategie op punt werd gesteld, konden we de literatuur gaan doorzoeken. Dit moest voor een systematische literatuurstudie geblindeerd gebeuren. Ik en Kelly hadden de studies apart bekeken en beoordeeld door middel van de webapplicatie Rayyan. Er werd een deadline vooropgesteld wanneer we de artikels op basis van titel en abstract moesten beoordeeld hebben zodat we aan het eerste gezamenlijke overleg konden beginnen. Na de selectie van de studies op basis van titel en abstract konden we verdergaan naar de selectie op basis van de volledige tekst met het bijhorende tweede overlegmoment. Deze twee overlegmomenten verliepen altijd heel vlot en professioneel, slechts bij enkele studies waren we onzeker over de inclusie. Hiervoor werd de hulp ingeschakeld van de promotor, die als derde auteur fungeerde om de eindbeslissingen te maken in deze situaties. Al onze stappen werden zorgvuldig bijgehouden in Excel-tabellen die we gemeenschappelijk bewaarden in een google drive. Dit hebben we tijdens het hele proces gedaan zodat we steeds met de meest recente versie zouden werken.

Voor de data-extractie hadden we reeds afgesproken om elk een vooropgestelde tabel in te vullen met de belangrijkste gegevens en conclusies van elke geïncludeerde studie. Deze 2 individuele tabellen werden voor de data-extractie vergeleken en samengevoegd tot één overzichtstabel. Dit heeft het ons goed geholpen bij het schrijven van de studie.

Alle voorgaande stappen hebben we elk apart en geblindeerd uitgevoerd en nadien overlegd aangezien dit ook vereist is voor een systematische literatuurstudie. Bij het schrijven van de masterthesis hebben we ons ook opgesplitst. Ik heb de inleiding abstract en een deel van de resultaten geschreven terwijl Kelly de methoden, het andere deel van de resultaten, discussie en conclusie heeft uitgewerkt. Naast het bovenstaande schrijfwerk heb ik de tabellen, figuren en bronverwijzingen op mij genomen. De teksten werden door beide auteurs nagelezen en herschreven om zo tot het eindresultaat te bekomen.

Tijdens het proces van onze masterthesis was onze eerste promotor, prof. em. Goedhuys, op pensioen gegaan. In zijn plaats werd prof. dr. Verbakel toegewezen als nieuwe promotor van onze thesis. Deze overgang heb ik als vlot ervaren. Ik heb altijd het gevoel gehad dat we met onze vragen terecht konden. Het enige minpunt van de verandering was dat een nieuwe promotor ook een andere manier van werken met zich meebrengt. Dit toonde zich vooral in het leggen van andere accenten in de masterthesis.

Het was voor mij moeilijk om de masterthesis te combineren met het werken in een huisartsenpraktijk maar over het algemeen kijk ik voldaan terug naar het afgelegde traject. Ik ben trots op het eindresultaat van de voorbije drie jaar. Ook ben ik tevreden over de samenwerking met mijn collega-HAIO in het maken van deze thesis. De taken werden steeds eerlijk verdeeld, deadlines werden vooropgesteld en de overlegmomenten verliepen steeds professioneel. Het is een collega waar ik in de toekomst met plezier weer mee wil samenwerken.
Ik denk dat deze masterthesis zeker een meerwaarde is binnen het huidige onderzoek rond dementie. Het onderzoek toont oplossingen voor de belangrijkste barrières bij huisartsen in de vroegtijdige diagnosestelling van dementie. Ik hoop dan ook dat deze oplossingen later in de dagelijkse praktijk worden geïmplementeerd door verschillende huisartsen. Zelf ben ik als HAIO meer alert voor de symptomen van dementie en probeer ik te werken aan een vroegtijdige diagnose bij mijn patiënten.