# 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 7$^{th}$ 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

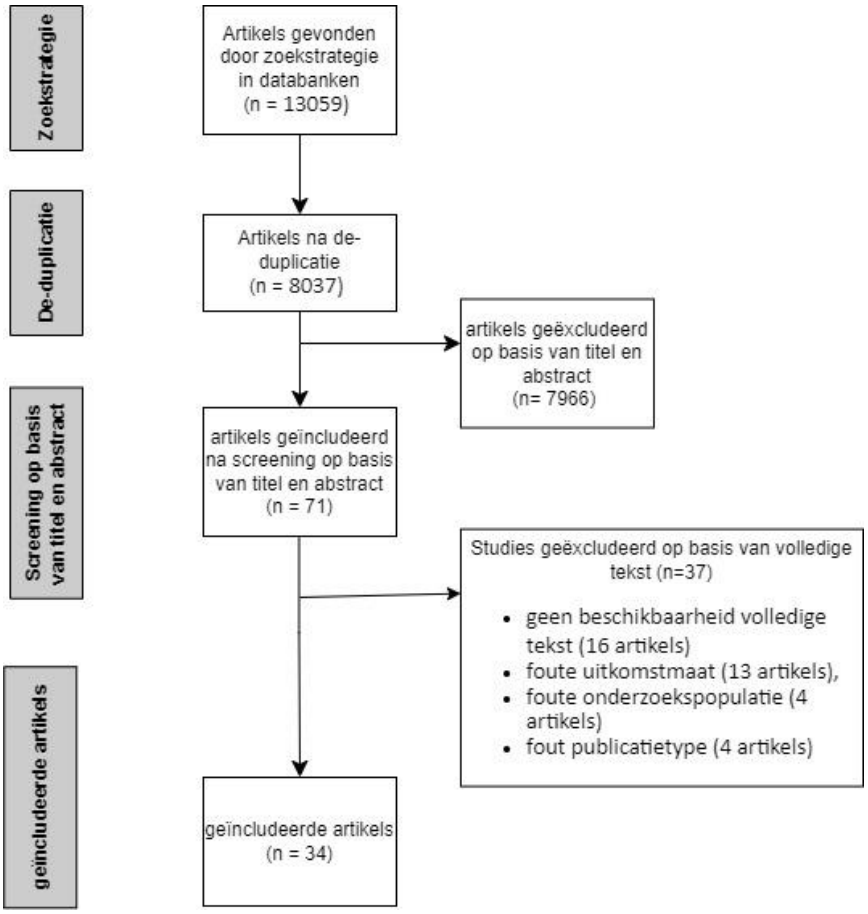
### 3.1 Studieselectie

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

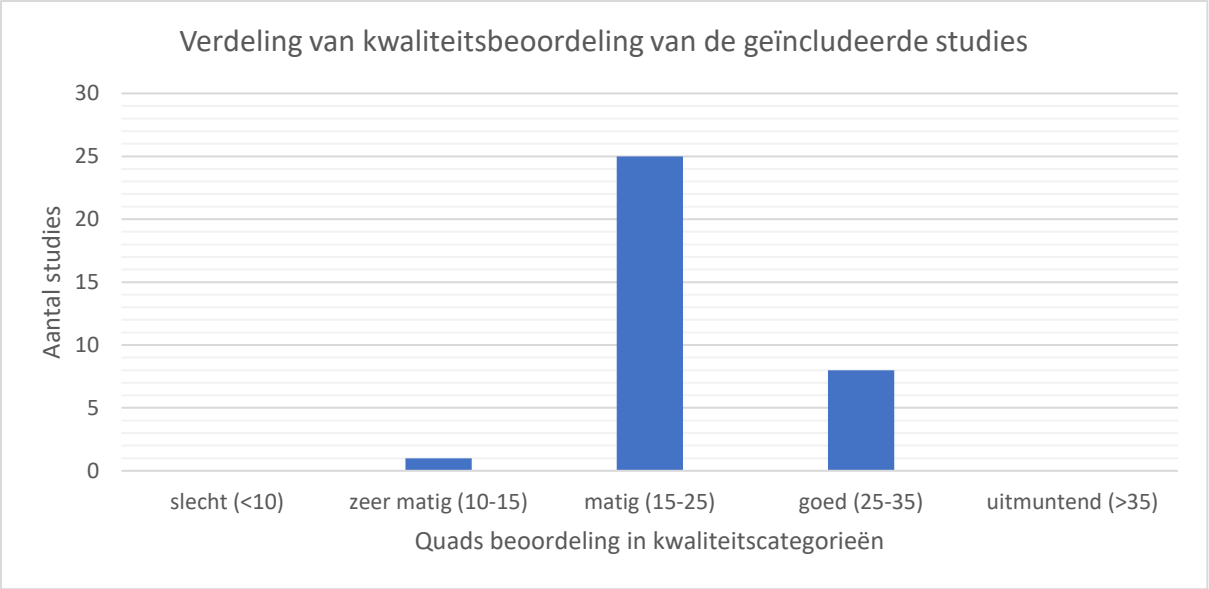
Een deel van de bevraagden huisartsen vermoedt dat zijzelf geen problemen vormen voor de vroegtijdige detectie van dementie. In de studie van *Judge et al.* wordt deze attitude door 29% van de huisartsen beschreven (23). Dit staat in contrast met de opmerkingen en opvattingen die weergeven worden in 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 – Masterpaper

*In dit geval zit er verplicht een persoonlijke reflectie in de masterproef (minimaal 800 woorden) over het verloop van het groepsproces, het persoonlijke aandeel en de persoonlijke visie op wat het werk nu betekent voor het werkveld.*

Onze masterpaper is een systematisch review uitgevoerd door twee haio's. Een systematische review kenmerkt zich doordat twee onafhankelijke auteurs op basis van een gemeenschappelijke zoekopdracht een selectie maken van artikels. Wenselijk bekomen zij dezelfde selectie op basis van hun in- en exclusiecriteria. Tijdens dit proces hebben we deze stappen dan ook apart van elkaar uitgevoerd.

Het groepsproces verliep vlot en gestructureerd. In het begin stelde we op basis van het PRISMA proces voor systematische reviews, een tijdlijn op waarin we de taken verdeelden met elkaar. Dit diende ook als leidraad voor onze overlegmomenten alsook voor ons uiteindelijk protocol. De eerste stap was het opmaken van de zoekopdracht in samenwerking met de bibliotheek groep 2Bergen. Dit voerden we samen uit. We dachten na over onze PICO en de uiteindelijke concepten en zoektermen. Deze zoektermen werden voorgesteld aan de bibliotheek. Gezien de grootte van de zoekopdracht en de wens tot een brede search, hebben we meerdere zoom sessies gehad met de bibliotheek alsook met onze promotor, prof. Em. Goedhuys. We hebben geprobeerd om een balans te vinden tussen enerzijds de brede zoekopdracht en anderzijds de vooropgestelde deadlines en het financiële aspect van onze masterpaper. Deze sessies had ik voorbereid en heb ik georganiseerd. Deze stap heeft het langste tijd in beslag genomen. Echter, tijdens het maken van onze zoekstrategie hebben we ons protocol verder uitgebreid. We hadden samen besloten hoe we het zouden rapporteren, wat de in- en exclusiecriteria zouden zijn en dat we geblindeerd gingen selecteren via Rayyan. Dit heeft uiteindelijk ons verwerkingsproces versneld. Na goedkeuring van onze promotor en de bibliotheek zijn we verdergegaan met onze zoekopdracht. Via Endnote voerden we de de-duplicatie uit. Hierin heb ik het proces van de-duplicatie nagegaan in Endnote, terwijl mijn medeauteur de bronnen in Endnote verwerkt had.

Na de de-duplicatie fase is prof. Em. Goedhuys op pensioen gegaan en kregen wij een andere promotor toegewezen, prof. Jan Verbakel. We hebben prof. Verbakel op de hoogte gesteld van onze vooruitgang door onze tijdlijn naar hem door te sturen en tijdens een zoomsessie onze verdere progressie uit te leggen. Deze overgang hebben wij niet als storend ervaren. Echter door het wisselen van promotoren hebben we wel terug opnieuw andere accentpunten gelegd. Er werd ons gevraagd om toch een protocol voor Prospero op te stellen. We hebben toen onze huidige leidraad vertaald naar het Engels en enkele verdere aanpassingen hierop doorgevoerd. Dit hebben we gedaan door tekst te verdelen om tijd efficiënt te werken. Daarna werd de tekst door onze beide nog eens herlezen en aangepast. Helaas is onze indiening afgewezen geworden omdat we al aan onze zoekopdracht begonnen waren. Gezien onze deadline konden we de zoekopdracht niet uitstellen. Dit kwamen we jammer genoeg pas op het einde van het academiejaar te weten. Echter was het wel een goede oefening voor ons protocol.

Tijdens de data-extractie fase hebben we onafhankelijk van elkaar de studies geselecteerd. Deze selectie gebeurde geblindeerd via Rayyan en in twee stappen. Eerst op basis van titel en abstract en dan op basis van volledige tekst. Na elke stap hadden we een overleg om conflicten te bespreken. Verschillen die niet opgelost geraakte via discussie stuurden we door naar onze promotor om ons hierin bij te staan. De overlegmomenten met de promotor verliepen vlot, we kregen snel een antwoord op onze vragen en we konden aangeven wanneer we een overlegmoment via zoom belangrijk vonden. Daarnaast hadden we elk een tabel gemaakt waarop de belangrijkste datagegevens verzameld werden. Deze hebben we bij elkaar gebracht in één tabel.

Tijdens deze selectiefase besloten we ook al een aanzet te geven voor het schrijven van ons werkstuk. Ik heb de opzet en methode uitgewerkt aan de hand van ons protocol. Carlo gaf de eerste aanleiding tot het schrijven van de inleiding. Beide teksten werden opnieuw nagelezen en herschreven door de andere.

Na de selectie van de artikels hebben we opnieuw onafhankelijk van elkaar de studies beoordeeld op kwaliteit via het beoordelingsinstrument Quads. Deze uitkomsten brachten we samen doormiddel van discussie. Dit was wel een moeilijk punt, gezien we beide het beoordelingsinstrument niet goed kenden. De studies die we als eerste beoordeeld hebben, hebben een groter meningsverschil in kwaliteit. We hebben deze meningsverschillen ook bijgehouden om aan onze promotor te laten zien. Door middel van discussie kon er altijd een consensus bereikt worden.

De verdere afwerking van onze masterpaper hebben we verdeeld. We hadden gekozen voor een thematische analyse. Deze thema's waren aangeduid in onze tabel waarin de belangrijkste data verzameld was. Voor het schrijven van onze scriptie hebben we de thema's verdeeld. Elk thema werd door één van ons twee geschreven. Nadien werd dit herschreven en aangepast door de andere. Naast de thematische analyse heb ik ook het uitwerken van de discussie en conclusie op mij genomen. Mijn medeauteur heeft op zijn beurt de afwerking, toevoegen van figuren en tabellen als het opstellen van de bibliografie op zich genomen.

Over het algemeen vind ik dat de samenwerking bij onze masterthesis geen problemen heeft gevormd. De taken zijn evenredig verdeeld geweest. Daarnaast hebben we doorheen ons proces gebruik gemaakt van een tijdlijn, een protocol en verschillende tabellen waardoor het uiteindelijk schrijven van de scriptie vergemakkelijkt werd. Ook door deze structuur vind ik persoonlijk dat de punten voor een systematisch review duidelijk terug te vinden zijn in onze masterthesis.

Daarnaast heeft onze scriptie als voordeel dat het werk toch een verbetering kan zijn voor de vroegtijdige detectie van dementie in de eerstelijnszorg. Het legt enkele hekelpunten bij huisartsen bloot. Zo geven we aan in onze discussie dat door het aanpakken van deze barrières de vroegtijdige detectie verbeterd kan worden. Wat ik persoonlijk interessant vind aan ons werk, is dat de besproken barrières aangepakt kunnen worden zonder dat er veel verder onderzoek moet gebeuren. De oplossingen lijken simpel, hoewel dit in realiteit misschien wel niet zo is. Toch geeft het voldoende ruimte om na te denken hoe we de zorg anders kunnen organiseren en hoe we de communicatieproblemen tussen arts en patiënt kunnen oplossen.

Kelly Saesen