

FÆLLES ANSØGNINGSSKEMA TIL KVALITETS- OG UDVIKLINGSMIDLERNE UNDER KEU

REGION: Midt	DATO: 3. juli 2019	LØBENR.: (udfyldes af regionen)

STAMOPLYSNINGER
ANSØGERS NAVN, MAIL, TLF mm.: Linda Huibers, seniorforsker Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Bartholins Alle 2 8000, Aarhus-C huibers@ph.au.dk 87167321
PROJEKTANSVARLIG: Linda Huibers
ØVRIGE DELTAGERE (samarbejdspartnere eller tilknytning til forskningsinst. el.lign): Morten Bondo Christensen, senior forsker, praktiserende læge, ph.d. Line Due Christensen, post.doc, farmaceut, ph.d. Hanne Linnemann, chefkonsulent, og Otto Ohrt, sundhedschef, Aarhus Kommune Følgende organisatoriske enheder støtter gennemførelse af projektet: Aarhus Universitets Hospitalet (Anette Schouv Kjeldsen), PLO-Aarhus (Jakob Ravn), Forskningsenheden (Per Kallestrup).

PROJEKTBEKRIVELSE
PROJEKTETS TITEL: Fast læge på plejehjem – hvordan får vi mest muligt ud af ordningen?
PROJEKTETS (ANSØGNINGENS) EMNE: Over de seneste år er der gennemført en ny ordning på plejehjem, med en fast tilknyttet læge på det enkelte plejehjem, som skulle være med til at forbedre beboernes

sundhedstilstand, reducere uhensigtsmæssig medicinering, mindske antal indlæggelser og opnå et generelt bedre samarbejde mellem plejehjemmene og almen praksis. Med det aktuelle forskningsprojekt ønsker vi at undersøge den nye ordning – dels ud fra hårde effektmål som antal indlæggelser, kontakter til egen læge samt lægevagten, ordineret medicin, og dels ud fra interviews for at se på de oplevede erfaringer hos de involverede grupper (dvs. både beboere, pårørende, ansatte på plejehjemmene og praktiserende læger). Med undersøgelsen ønsker vi at indsamle erfaringer og udarbejde anbefalinger til, hvordan ordningen med fast tilknyttet læge bedst optimeres fremadrettet.

Emner: plejehjemsbeboere, praktiserende læge, fast læge, anbefalinger

OPDATERING VEDR. TIDLIGERE AFHOLDT PROJEKT (sæt x):

NYOPRETTET PROJEKT (sæt x): X

FORMÅL:

Med undersøgelsen ønsker vi at indsamle erfaringer og udarbejde anbefalinger til, hvordan ordningen med fast tilknyttet læge på plejehjem bedst optimeres fremadrettet.

Vores formål er:

- 1) At undersøge effekten af en fast tilknyttet læge til på plejehjem ift. kvalitetsparameter (bl.a. indlæggelser, genindlæggelser, kortvarige indlæggelser, polyfarmaci og uhensigtsmæssig medicinering, antal kontakter med almen medicin)
- 2) At identificere to plejehjem, som har haft en stor effekt af en fast tilknyttet læge set ud fra de nævnte kvalitetsparameter samt to plejehjem, som har haft en lille effekt af at have en fast tilknyttet læge – plejehjemmene inkluderes i den kvalitative del af studiet
- 3) At identificere aspekter som er relevant for en velfungerende fast læge model og at formulere anbefalinger for at optimere organisation

PROJEKTBEKRIVELSE (kort resumé) – selve projektbeskrivelsen vedlægges som bilag (på engelsk).

Beboere på plejehjem i Danmark er blevet tiltagende ældre, over halvdelen har demens, og de får ofte en stor mængde medicin. Over de seneste år er der gennemført en ny ordning på plejehjem, med en fast tilknyttet læge på det enkelte plejehjem. Med den nye ordning håber man, at man kan forbedre beboernes sundhedstilstand, reducere uhensigtsmæssig medicinering, mindske antal indlæggelser og opnå et generelt bedre samarbejde mellem plejehjemmene og almen praksis.

Det er vigtigt at potentialet udnyttes, og at alle får gavn af ordningen. Med det aktuelle forskningsprojekt ønsker vi at undersøge den nye ordning – dels ud fra hårde effektmål som antal indlæggelser, kontakter til egen læge og til lægevagten, ordineret medicin, og dels ud fra interviews for at se på de oplevede erfaringer hos de involverede grupper (dvs. både beboere, pårørende, ansatte på plejehjemmene og praktiserende læger). Med undersøgelsen ønsker vi at indsamle erfaringer og udarbejde anbefalinger til, hvordan

ordningen med fast tilknyttet læge bedst optimeres fremadrettet.

Projektet består af to dele:

1) Kvantitativ del bestående af:

- a) et registerbaseret studie, hvor vi ser på effekten af en fast tilknyttet læge på plejehjem på hårde effektmål (bl.a. indlæggelser, genindlæggelser, kortvarige indlæggelser, polyfarmaci og uhensigtsmæssig medicinering, antal kontakter med almen medicin)
- b) en spørgeskemaundersøgelse af faste læger, plejehjems personale og plejehjemsleder, hvor vi samler information om i) erfaringsbaseret effekt af en fast tilknyttet læge på plejehjem (primært på polyfarmaci og uhensigtsmæssig medicinering), ii) karakteristika af plejehjem, faste læger og implementering af ordningen som baggrundsviden, og iii) anbefalinger for at optimere implementering af ordningen med fast tilknyttet læge

2) Kvalitativ del bestående af:

- a) interviews med faste læger, plejehjems personale og plejehjemsleder, hvor vi går i dybden ang. implementering af ordninger, positive og negative erfaringer, og anbefalinger.

EVALUERING (metode og tidsramme samt plan for implementering og formidling) (1)

Det primære *formål med projektet* er at definere anbefalinger til, hvordan ordningen med fast tilknyttet læge bedst optimeres fremadrettet.

Projektet forventes at påvirke 'Triple Aim': Ordningen med fast tilknyttet læge på plejehjem forventes at 1) forbedre heldbredtstilstand af plejehjemsbeboere 2) forbedre kvalitet af behandling (bl.a. reduktion af medicin og indlæggelser, og mere kontinuitet), samt 3) en reduktion af omkostninger (pga. reduktion af indlæggelser og akutte kontakter med sundhedsvæsenet).

Formålet med ordningen med fast læge på plejehjem er:

- At sikre at beboerne får en bedre kontakt til den faste læge
- At styrke samarbejdet mellem lægen og plejehjems personalet
- At reducere antallet af forebyggelige indlæggelser
- At øge den generelle sundhedstilstand hos plejehjemsbeboere

Tidsrammen:

Vi startede med projektet den 1. februar 2019. Vi har sendt en dataansøgning i foråret til erhvervelse af registerdata for den første del af studiet. Endvidere er vi i gang med at udvikle et spørgeskemaet til faste læger, plejehjems personale og plejehjemsleder.

Skemaet forventes at sendes ud via internet ultimo august 2019.

Databehandling for den første del af projektet er planlagt i efteråret 2019, afhængig af tidspunktet af datagodkendelsen. Derefter selekteres plejehjem og faste læger, og den anden del af projektet, hvor der skal foretages interviews kan påbegyndes. Selve interviews forventes slutningen af 2019/starten 2020.

Implementering og formidling er:

- Resultaterne fra forskningsprojektet formidles til de øvrige kommuner i Region Midtjylland via møder i Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe og til de 5 bykommuner, som Aarhus Kommune har tæt udviklingssamarbejde med (Aalborg, Randers, Odense, Esbjerg, København, Aarhus).
- Herudover formidles resultaterne til praktiserende læger i Aarhus bl.a. via KLU (Kommunalt Lægeligt Udvalg) og PLO-Aarhus.
- Internt i Aarhus Kommune vil resultaterne blive drøftet på et direktionsmøde og på lokale ledermøder.
- I første omgang skrives resultaterne fra forskningsprojektet sammen i en rapport, inklusive en sammenfatning med konkrete anbefalinger.
- Herudover udarbejdes en artikel til et internationalt videnskabeligt peer reviewed tidsskrift og en formidlende artikel til et nationalt tidsskrift.

Vurdering/overvejelse om efterfølgende udbredelse og implementering i almen praksis

Vi håber, at dette projekt bidrager til at kunne optimere ordningen med fast tilknyttet læge fremover – og formentlig også til at få ordningen udbredt til en større andel af plejehjem og beboere i Danmark. Formidling af resultater er derfor vigtigt til de involverede aktører (se afsnit evaluering). Der overvejes et afsluttende symposium, hvor resultaterne præsenteres til alle interesserede aktører.

START- OG SLUTTIDSPUNKT (evt. forventet):

Projektet startede 1. februar 2019 og forventes at slutte 30. september 2020.

BUDGET

ANSØGT BELØB (2): 69.219 DKK (honorar praktiserende læger til interviews og besvarelse af spørgeskemaer og løn til transskribering af samtaler).

BEVILLING (indeværende år og evt. efterfølgende år): 365.000 DKK fra Folkesundhed i Midt, og 250000 DKK medfinansiering fra Aarhus Kommune

ANSØGT MIDLER SPONSERET FRA ANDRE SIDER: Se bevillinger.

BUDGET FORDELT PÅ ÅR: Hele projekt: 526.491 DKK i 2019 og 491,733 DKK i 2020.

TOTALBUDGET: 1.018.224 DKK

AFSLUTTENDE RAPPORT/ARTIKEL SENDES TIL DET REGIONALE SEKRETARIAT:

Umiddelbart efter publicering af forventede peer review artikler, sendes disse til Det Regionale Sekretariat til information.

SUPPLERENDE OPLYSNINGER: Nej

BILAGSFORTEGNELSE:

Ansøgningskema

Projektbeskrivelse (engelsk) Budget (total + udspecificeret hvad ansøges KEU) CV Linda Huibers

- (1) I forbindelse med evaluering skal projektet forholde sig til mulighederne for at anvende Triple Aim.
- (2) Et udspecificeret budget vedlægges, hvor det er markeret præcist, hvilke midler der ansøges om hos KEU.

Care home GPs – how to get the most out of them?

Fast læge på plejehjem – hvordan får vi mest muligt ud af ordningen?

Short description of project in Danish - layman

Beboere på plejehjem i Danmark er blevet tiltagende ældre, over halvdelen har demens, og de får ofte en stor mængde medicin. Over de seneste år er der gennemført en ny ordning på plejehjem, med en fast tilknyttet læge på det enkelte plejehjem. Med den nye ordning forventes, at man kan forbedre beboernes sundhedstilstand, reducere uhensigtsmæssig medicinering, mindske antal indlæggelser og opnå et generelt bedre samarbejde mellem plejehjemmene og almen praksis.

Det er vigtigt, at potentialet udnyttes, og at alle aktører får gavn af ordningen. Med det aktuelle forskningsprojekt ønsker vi at undersøge den nye ordning – dels ud fra hårde effektmål som antal indlæggelser, kontakter til egen læge og til lægevagten, ordineret medicin, og dels ud fra interviews for at se på de oplevede erfaringer hos de involverede grupper (dvs. både beboere, pårørende, ansatte på plejehjemmene og praktiserende læger). Med undersøgelsen ønsker vi at indsamle erfaringer og udarbejde anbefalinger til, hvordan ordningen med fast tilknyttet læge bedst optimeres fremadrettet.

Aims

A new model with a regular general practitioner (GP) as personal primary care provider was introduced in residential care homes in Denmark in 2012. This was done to improve the health of care home residents, optimize medication use, and reduce hospital admissions and use of other healthcare services. Rather than keeping their own GP when moving into a care home, residents are invited to change to the care home GP (CH-GP), who optimally provides healthcare to all residents. In a stepwise mixed-methods research design consisting of a quantitative register-based study and a qualitative interview study, we aim to identify factors related to a well-functioning CH-GP model. These factors can be used by care home organizations and GPs to optimize collaboration across sectors and teams and ultimately improve the health and quality of life of the residents.

Our aims are:

- 1) To study the effect of a CH-GP connected to a care home on several aspects of quality of care (e.g. avoidable admissions, readmissions, short-term admissions, medication use, number of contacts with primary care in daytime and outside office hours)
- 2) To identify care homes with a large effect on quality of care and care homes with a low effect on quality of care, for inclusion in the qualitative study
- 3) To identify aspects important for a well-functioning CH-GP model in order to formulate recommendations for optimal organization

Background for research project

An aging population, reduced length of hospital stays and transfer of tasks from secondary to primary care are current challenges in Denmark.(1) About 1,300 care homes exist in Denmark. GPs continue to provide healthcare to their patients when they move into a care home. The average age of a new resident is 84 years; most residents have high care needs, use an average of 10 different medications, and 50-80% have dementia.(2-4) The average resident has 2.5 years of remaining life expectancy (2) and an average of two

annual hospital admissions of which 85% are acute.(1) About 45% of these admissions could be replaced by other types of care.(5) Care home residents often have a complex medical status, with frequent transitions between primary and secondary care.(6) The own GP faces a complex task due to multimorbidity, polypharmacy, and collaboration with several care homes and their staff.(7,8)

A pilot project with a regular CH-GP was conducted),(9) after which it was decided to introduce the CH-GP model nationwide.(10) The new model ensures more regular contacts with the care home, residents and staff, which is expected to improve the medical expertise and the quality of care (e.g. medication optimization, continuity of care and fewer avoidable hospital admissions) as well as improve the collaboration and communication with care homes and staff. The CH-GP is also intended to provide general medical guidance to the staff. Yet, the workload for the CH-GP is high, which could challenge the recruitment.(1)

Research has shown that a CH-GP contributes to better medical quality of care for residents in care homes.(1,9) A pilot study of seven care homes in Denmark showed that a CH-GP reduced the number of avoidable admissions, readmissions and short-term admissions, optimized medication use and lowered healthcare costs.(9) Moreover, the number of out-of-hours contacts was reduced, and the collaboration between CH-GP and nursing home staff was improved. The reductions in admissions and medication use benefit the elderly. Admission to a geriatric hospital ward has shown to reduce the functional abilities of more than half of the elderly.(11) A hospital admission can give unplanned side effects, such as hospital acquired pneumonia.(12,13) For patients with dementia, an admission could worsen dementia symptoms.(13) Patient-centered care is particularly relevant for care home residents as it allows the treatment to be tailored to the wishes and needs of the resident and the family.(14) The limited remaining life expectancy could make other aspects than treatment more relevant, and disease-centered care may no longer be appropriate for residents with comorbidity.(14)

Since the pilot study, the CH-GP model has been widely implemented in Denmark; more than half of the municipalities have at least one CH-GP at a care home, and 11% completed implementation of the model in 2017.(15) During the last years, Aarhus Municipality has worked on introducing the CH-GP to its 50 care homes, and 46 care homes have currently implemented the model for all residents accepting to change GPs. As the Danish pilot project included only care homes anticipating positive benefits, the estimated effects were expected the maximum possible due to positive selection and thus reduce the generalizability.(9) Therefore, it is relevant to further optimize the implementation of this model. The aims of this project are to study the effect of the CH-GP model on several aspects of quality of care in care homes and to identify aspects related to a well-functioning CH-GP model. In addition, we aim to formulate recommendations for optimal organization of the model in the future.

Methods

Methods

We plan a mixed methods study. First, we will conduct a register-based study to investigate the effect of a CH-GP on quality outcome measures at care home level using positive deviance to select the two highest and two lowest performing care homes.(16) A questionnaire study will be performed to collect additional information, to interpret the data and to make a comprehensive selection of the four care homes. Next, we

will conduct a qualitative study based on interviews with all relevant parties from the four included care homes to explore aspects of best practice.

Part 1: Effect of CH-GP

Design and setting

We will conduct a before-after register-based study, including all care homes in Aarhus Municipality. Data will be collected for one year before and one year after the implementation of the new CH-GP model, starting six months after the implementation (Appendix, figure 1). Due to different implementation dates, the total data collection period will be longer than 2.5 years.

Data collection - registers

Aarhus Community will provide addresses of all care homes, the connected CH-GPs, and date of implementation per care home. Furthermore, they will form the population of care home residents in Aarhus Community during the research period. Using the National Health Insurance Service Registry and the Patient List Register, we can identify the GP of each resident, check previous change in GP (incl. date of change) and if the GP is the CH-GP.

Using the national registers, we will collect the following data:

- Quality aspects: avoidable admissions, readmissions, short-term admissions, contact frequency with healthcare (e.g. own GP, GP cooperative), and medication use
- Residents' characteristics: age, gender, educational level, health status, number of diagnoses, dementia, number of admissions and GP cooperative contacts, date of death

The following national registers will be used:

- Civil Registration System
- National Health Insurance Service Registry
- National Patient Register
- Patient List Register

Data collection - questionnaire

Online questionnaire-based information about care homes, CH-GPs, and experience of professionals with the implementation will be collected:

- Care homes: geographical location, size, number of staff, educational level of staff
- CH-GPs: age, gender, years of experience, specific experience with the elderly
- Implementation information: frequency and duration of visits and meetings between CH-GP and staff, educational and communication strategies

Furthermore, we will collect information on experiences with the CH-GP intervention, subjective assessment of the effect (e.g. on collaboration, medication use, and satisfaction), and recommendations for further implementation.

The questionnaires will be sent to all CH-GPs in Aarhus Community, via an email containing a link to the online questionnaire. Sending of the invitation will be done by Aarhus Community in collaboration with PLO-Aarhus. One reminder is planned. Responding to the questionnaire will take approximately 10 minutes,

and GPs will get remunerated for their work. Furthermore, questionnaires will be sent to all care home leaders, and 1 to 3 care home professionals who are directly involved in the collaboration with the CH-GP.

Part 2: Aspects of best practice

Design

We will conduct an interview study, inviting residents, relatives, care home staff/leaders and CH-GPs from four care homes to participate in qualitative interviews. As described, we will select the two care homes with the largest effect of the model and the two with the smallest effect (in Part 1).

Data collection

We will conduct three interviews at each included care home; with the CH-GP and care home leader, with 1-3 staff members, and with residents who changed to the CH-GP and/or their relatives. These groups aim to provide a safe setting and support interaction and optimal contribution. The interviews will be semi-structured. We will use an interview guide based on literature and the questionnaire data. The main focus will be on the implementation and organization of the CH-GP model, to identify factors important for a well-functioning model. Topics will include implementation, experiences, CH-GP contacts, effect on medical treatment and quality of life. The effect of the CH-GP model on staff competencies will also be investigated.

Ethical considerations

- The study is registered in the research list at the Research Unit for General Practice (in line with the GDPR provisions)
- Informed consent will be arranged for all interview participants
- The Organization of GPs in Denmark (PLO) is informed and part of the project group

Data-analyses and use of data

This project, studying the implementation and effect of a CH-GP, is expected to affect Triple Aim, by improving patient experiences of care (including quality and satisfaction), improving the health of care home residents (by more continuity of care, and a reduction of medication and admissions), and to reduce the costs per capita (due to reduction of admissions and acute healthcare contacts).

Analyses:

- Aim 1: To study the effect of a CH-GP model implemented in a care home on several aspects of quality of care (e.g. avoidable hospital admissions, readmissions, short-term admissions, medication use (amount and type), number of contacts with own GP and out-of-hours services.
 - o We will establish a model for each quality-of-care outcome (e.g. expected number of avoidable admissions); these will depend on the characteristics of the care home, the characteristics of the residents, and the proportion of patients with the CH-GP as their GP. The result is an average expected number of outcomes given the characteristics, which we will compare with the actual number of outcomes of each care home. The difference between expected and actual number of outcomes is a reasonable measure of care home performance. If we do this both prior to, and after implementation, we can compare to see which care homes experienced the largest effect of implementing the CH-GP model.

- Aim 2: To identify the most ‘interesting’ care homes for inclusion in the qualitative study i.e. two care homes with very successful implementation and two with less successful implementation.
 - o We will use the results from the first analysis to select the most interesting care homes (in terms of optimization of the CH-GP model) by taking a somewhat subjective look at the different performance measures – particularly the change in performance after implementation. This selection will have resident quality of life as its primary focus, i.e. we will try to aggregate all the available information in a way that emphasizes change in resident quality of life.
- Aim 3: To identify aspects important for a well-functioning CH-GP model in order to formulate recommendations for optimal organization.
 - o As an inductive analysis method, the four-step method from Dahlager and Fredslund is followed to cover themes to be analysed through relevant theories.(17)
 - o The interviews will be video-recorded.
 - o Each researcher will read the transcripts, list topics and identify emerging themes independently, after which agreement will be reached by discussion.
 - o The final analysis will include aspects important for a well-functioning model as well as recommendations for best practice.

Project period and time path

The project will start on 1 April 2019 and is planned to end on 30 September 2020. Some waiting time is expected for acquisition of register data. Analyses for Part 1 must be completed before participants for the interviews of Part 2 can be selected. Consequently, the main researcher will work part-time during parts of the project.

We received partial funding for our project from “Folkesundhed I Midt” (365.000 DKK) and an additional support from Aarhus Community (250.000 DKK). We apply for 69.219 DKK at KEU, to cover honorary for GPs participating in the interviews and answering the questionnaire as well as salary for the student assistants who will transcribe the interviews.

Year	2019									2020								
Month	April	May	June	July	August	September	October	November	December	January	February	March	April	May	June	July	August	September
Part 1	P	PM	DA, Q	Q	Q	Q	DC	A	A, PM	W	W	W						
Part 2	P	PM				P			I	I	T	T	A	A	A, PM	W	W	W, S

A = analyses; DA = data application; DC = data cleaning; QI = qualitative interviews; PM = project meeting project group; P = protocol; Q = questionnaire (development & dispatch); S = symposium; T = transcription; W = writing.

References

1. Rytter L, Hellebek T, Mink A, Sorensen PT. Health care to nursing homes by general practitioners. *Ugeskr Laeger* 2015;177:V09140517
2. Aldrekommissionen - Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. København: Social- og Integrationsministeriet; 2012. Available at: https://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Livskvalitet-og-selvbestemmelse-paa-plejehjem-feb-2012/Livskvalitet-og-selvbestemmelse-paa-plejehjem-aeldrekommissionen-feb-2012.pdf (Accessed 24th of September 2018)
3. Koncern Praksis. Implementering af medicingennemgang til beboere i kommunale plejeboliger i Region Hovedstaden med fokus på kendte barrierer. Hillderød: Region Hovedstaden, 2012. Available at: https://www.sundhed.dk/content/cms/25/79325_medicingennemgang_paa_plejehjem.pdf (Accessed: 24th of September 2018).
4. Socialstyrelsen. Fast tilknyttede lager på plejecentre. København: Socialstyrelsen, 2014. Available at: www.socialstyrelsen.dk/aeldre/organisering-og-styring/fast-tilknyttede-laeger (Accessed: 24th of September 2018).
5. Hermansen S, Ellekilde GE, Rytter L, Sales Y, Konig KB, Andersen A, et al. Analysis of medical short-term admissions of elderly patients with focus on alternatives to hospitalization. *Ugeskr Laeger* 2015;177:V10140554
6. Siemsen IMD. Patientovergange, et eksplorativt studie af faktorer, der påvirker sikkerheden af patientovergange. Thesis. Lyngby: Institut for Planlægning, Innovation og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet; 2011.
7. Balogun SA, Evans J. The primary care physician's role in nursing facility care. *Prim Care* 2005;32:793-810.
8. Groom L, Avery AJ, Boot D, O'Neill C, Thornhill K, Brown K, et al. The impact of nursing home patients on general practitioners' workload. *Br J Gen Pract* 2000;50:473-6.
9. Weatherall CD, Lauritzen HH, Hansen AT, Termansen T. Evaluering af "fast tilknyttede læger på plejehjemme. Et pilotprojekt". København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2014.
10. Sundheds- og ældreministeriet. Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019. 2015 Available at: http://www.sum.dk/Puljer/Satspuljeaftaler/~media/Filer%20-%20dokumenter/2015/Satspulje_2015/Endelig-bekr-aftale-2016-2019.ashx (Accessed: 24th of September 2018)
11. Basic D, Ni Chroinin D, Conforti D, Shanley C. Predictors on admission of functional decline among older patients hospitalised for acute care: A prospective observational study. *Australas J Ageing* 2017;36:E57-E63.
12. Burton LA, Price R, Barr KE, McAuley SM, Allen JB, Clinton AM, et al. Hospital-acquired pneumonia incidence and diagnosis in older patients. *Age Ageing* 2016;45:171-4.
13. Fogg C, Griffiths P, Meredith P, Bridges J. Hospital outcomes of older people with cognitive impairment: An integrative review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018. doi: 10.1002/gps.4919.
14. Tinetti ME, Naik AD, Dodson JA. Moving From Disease-Centered to Patient Goals-Directed Care for Patients With Multiple Chronic Conditions: Patient Value-Based Care. *JAMA Cardiol* 2016;1:9-10.
15. Kommunernes Landsforening. Jakobsen RG. Kommuner knokler for at skaffe faste læger på plejehjem. 2018 Available at: <http://www.kl.dk/Momentum/Kommuner-knokler-for-at-skaffe-faste-lager-pa-plejehjem-id236198/?n=0>. (Accessed: 24th of September 2018)

16. Rose AJ, McCullough MB. A Practical Guide to Using the Positive Deviance Method in Health Services Research. *Health Serv Res* 2017;52:1207-22.
17. Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In: Vallgård S, Koch L, redaktører. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 157–81.

Budget ¹ for projektet Fast læge tilknyttet til plejehjem 2019-2020		
	Mande-måneder	Totalbudget
2019	Løn²	
	Seniorforsker, læge Linda Huibers	11 mdr, 12/37 185.514
	Postdoc Line Due Christensen	6 mdr, 22/37 174.811
	Statistiker Claus Vestergaard	1,5 mdr, 37/37 72.000
	Drift	
	Arbejdspladsbidrag til Forskningsenheden	11 mdr 36.667
Data	50.000	
Konferencedeltagelse ³	7.500	
I alt 2019		526.491
2020	Løn²	
	Seniorforsker, læge Linda Huibers	9 mdr, 11/37 139.135
	Postdoc, farmaceut Line Due Christensen	9 mdr, 20/37 238.378
	Drift	
	Arbejdspladsbidrag til Forskningsenheden	9 mdr 30.000
	Konferencedeltagelse ³	7.500
	Honorar til spørgeskemabesvarelsen (praktiserende læger) ⁶ (10 min.)	100,00 13.445
	Honorar til interviews (praktiserende læge) ⁷ (timer)	20 timer 18.654
	Transport til forskerne ifm projektet	3.000
	Transkribering af interviews ⁸ (timer)	208 timer 29.120
	Sprogrevision	5.000
Publikation ⁴	7.500	
I alt 2020		491.733
Direkte omkostninger i alt		1.018.224
Overhead/administrationsgebyr ⁵		
I alt		1.018.224

Søges ved	Haves fra	Støttes	Støttes
KEU	Arbejdssted	Folkesundhed i Midt	Aarhus Kommune
0		185.514	
0	101.351	12.649	60.811
0		72.000	
0			36.667
0			50.000
0			7.500
0	101.351	270.163	154.978
0		89.113	50.022
0	238.378	5.725	
0			30.000
0			7.500
13.445			
18.654			
3.000			
29.120			
5.000			
0			7.500
69.219	238.378	94.838	95.022
69.219	339.729	365.000	250.000
69.219	339.729	365.000	250.000

Budgetforklaringer

- (1) Alle beløb er angivet i danske kroner.
- (2) Løn inkluderer nettoløn, tillæg, pension, feriepenge og 2% lønfremskrivning pr. år.
- (3) Prisen inkluderer deltagergebyr, transport, hotel og time-dagpenge.
- (4) Udgifter til publikation i internationalt peer-reviewed tidsskrift.
- (5) Overhead/administrationsgebyr opkræves ikke.
- (6) Aarhus Kommune har 50 plejehjem med i gnm. 2 læge per plejehjem; varighed af respons på skemaet forventes maks. 10 minutter. Honorar er DKK 134,45 per 10 min.
- (7) Gnm. 2 læge per plejehjem og 4 plejehjem, 2 timer interview per læge, plus i gennemsnit 30 min. transport. Honorar er DKK 932,70 per time.
- (8) I alt 26 timer interviews (12 timer læger, 6 timer personale, 4 timer leder og 4 timer pårørende/beboer). 8 timer arbejder per time interview giver 208 timer (DKK 140 per time).

Udspecificeret budget for projektet Fast læge tilknyttet til plejehjem KEU 2019 -2020

Drift		KEU	
2019/2020	Aarhus Kommune har 50 plejehjem med i gnm. 2 læge per plejehjem; varighed af besvarelsen på skemaet forventes maks. 10 minutter. Honorar er DKK 134,45 per 10 min. Honorar til interviews (praktiserende læge); gnm. 2	100	13.445
	læge/plejehjem og 4 plejehjem, 2 timer interview/læge, og 30 min. transport/læge. I alt 20 timer, og honorar er DKK 932,70 per time.	20	18.654
	Transport til forskerne ifm projektet		3.000
	Transkribering af interviews: I alt 26 timer interviews (12 læger, 6 personale, 4 leder, 4 timer pårørende/beboer). 8 timer arbejder per time interview giver 208 timer (DKK 140 per time).	208	29.120
	Sprogrevision		5.000
I alt		69.219	