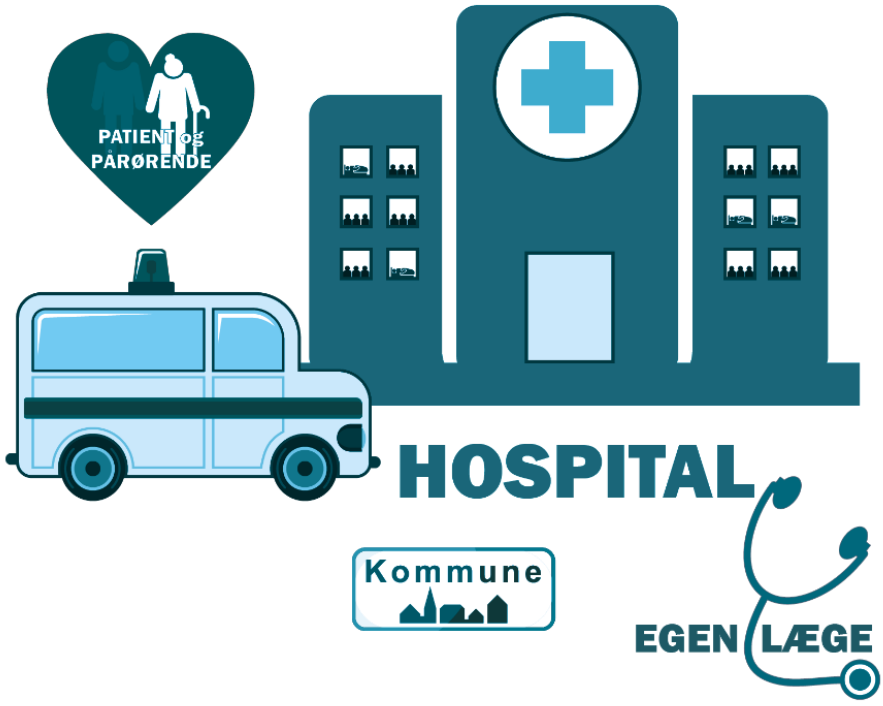
Drejebog til ViGA

– Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium

Arbejdsgrundlag efter testperiode, november 2026



Et samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Jammerbugt Kommune og Almen Praksis

Indhold

1 Baggrund og formål 4

2 Samlet overblik over borgerforløbet 5
Beskrivelse af indsats 6
Behandlingsansvar 6

3 Målgruppe, identifikation og henvisning til ViGA 7
Målgruppebeskrivelse 7
Identifikation af relevante borgere ved indskrivelse 8
Kontaktoplysninger ift. sparring om kandidater i gråzonen 8
Henvendelse fra kommunalt regi til borgers egen læge 9
Frase vedr. henvendelse til borgers egen læge 10
Henvisningsskabelon til almen praksis 11
Visitation i geriatrisk ambulatorium 12

4 Diagnostiske muligheder 13
Bestilling og håndtering af blodprøver 13
Venøs blodprøvetagning via POCT-kuffert 14
Venøse blodprøver som udvidet virksomhedsområde 14
Særaftale mellem Klinisk Biokemisk afdeling og ViGA ift. blodprøvetagning via POCT-tasker 15
Tillæg til særaftale AFT150: Håndtering af prøvesvar ved brug af POCT-udstyr i ViGA 17
Prøvetagning via almen praksis 18
Kommunale blærescannere 18

5 Forberedelse til virtuel geriatrisk målsamtale 19

6 Tværsektoriel målsamtale og fælles plan 20

7 Understøttende indsatser under ophold 21

8 Arbejdsgang ved forværring af borgers tilstand 23

9 Opfølgning og koordinering i det videre forløb 24

10 Administrative og praktiske oplysninger 25
Registrering af Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium 25
Indkaldelse til virtuel geriatrisk tværsektoriel målsamtale 27
Videosamtale i NordEPJ Booking på ESA 30
Koder og numre 33

11 Informationsmateriale 34
Elevatortaler 34
Information til personale i Geriatrisk Afdeling 35
Information til lægehuse 37
Virtuel geriatrisk vurdering af udvalgte borgere i Jammerbugt Kommune 37
Information til personalet på midlertidige pladser 39
Information til udkørende sygeplejersker om ViGA i borgers eget hjem 42
Information til borgere og pårørende 44

12 Bilag.....45
Bilag 1 Tjekliste til brug ved indskrivelse, som forberedelse til målsamtale og ved afslutning på ViGA 45
Bilag 2 "Det grønne forberedelsesskema" 48
Bilag 3 Måling af funktionsevne 55
Bilag 4 Måling af livskvalitet 56
Bilag 5 Initiativer der kan understøtte den fælles forståelse og motivation? 57

Læsevejledning
Dokumentet følger borgerens mulige forløb i ViGA fra identifikation på midlertidig plads i Pandrup eller i eget hjem i Brovst, over henvendelse til egen læge, henvisning og visitation, til virtuel geriatrisk målsamtale, fælles plan, opfølgning og koordinering i det videre forløb.

De første kapitler beskriver borgerforløbet og relaterede arbejdsgange. De sidste kapitler samler administrative oplysninger, praktiske arbejdsgange og informationsmateriale.

1 Baggrund og formål

For skrøbelige ældre borgere kan et sygdomsforløb hurtigt blive uoverskueligt. Der kan være flere sygdomme, mange typer medicin, ændret funktionsevne og mange fagpersoner involveret. ViGA skal hjælpe med at samle trådene tidligere i forløbet, så borgeren, evt. pårørende og involverede fagpersoner får en fælles retning.

Lokale erfaringer viser, at nogle akutte hospitalskontakter kan forebygges eller håndteres tættere på borgeren proaktivt, når der er bedre tværsektoriel koordinering, tydelige aftaler og adgang til den rette faglige vurdering.

På den baggrund er ViGA — Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium — udviklet og afprøvet for udvalgte borgere over 65 år på midlertidigt ophold på Pandrup Plejecenter eller eget hjem. Her får borgeren adgang til virtuel vurdering ved speciallæge i geriatri i tæt samarbejde med personalet, almen praksis og eventuelle pårørende.

Afprøvningen sker på opdrag fra Politisk Sundhedsklynge Midt / Sundhedsråd Limfjorden og er gennemført i samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Jammerbugt Kommune og almen praksis.

Formålet er at skabe mere afklarende og sammenhængende forløb med udgangspunkt i det, der er vigtigt for borgeren. Gennem en tværsektoriel målsamtale udarbejdes en fælles plan for udredning, behandling, opfølgning og koordinering i det videre forløb.

Drejebogen er udarbejdet som et fælles arbejdsredskab til afprøvningen af ViGA. Den har haft til formål at understøtte:

- **at der tages udgangspunkt i borgers egne mål**
- **kort og tydelig beskrivelse af ViGA-forløbet**
- **enkle arbejdsgange, der kan fungere i hverdagen**
- **fælles forståelse af roller, ansvar og samarbejde**
- **fælles sprog om borgerens mål og målsamtalen**
- **motivation og ejerskab gennem lokale afprøvninger og løbende evaluering**

De efterfølgende arbejdsgange er projektgruppens bud på, hvordan ViGA kan omsættes til praksis. De er løbende kvalificeret af relevante fagpersoner gennem afprøvning og erfaringer fra de første borgerforløb.

2 Samlet overblik over borgerforløbet

Flowchart for ViGA

Fra identifikation af borger til ViGA og fælles plan

1A Identifikation i Pandrup

Personale på midlertidige pladser
screener borgeren ved indskrivelse.

1B Identifikation i eget hjem

Kommunale medarbejdere observerer ændringer.
På tværfaglig konference screenes ift. målgruppen.

↘ ↙

2 Samtykke og oplysninger

Kommunalt personale afklarer borgerens interesse og samtykke til dialog
med egen læge og samler observationer, fx vægt, CFS og problemområder.

↓

3 Kontakt til egen læge og henvisning

Kommunalt personale beskriver problemstillingen og anbefaler ViGA.
Egen læge vurderer og sender henvisning til Geriatrisk Ambulatorium.

↓

4 Visitation

Geriatrisk læge visiterer og vurderer behovet for blodprøver.

↓

5 Booking og link

Sekretæren booker ViGA og sender link til kommunen
som korrespondancemeddelelse.

↓

6 Forberedelse før målsamtalen

Kommunalt personale samler observationer og indleder drøftelse med borger om borgerens mål.
Blodprøver gennemføres ved behov via hjemmesygeplejen eller hos egen læge.

↓

7 Virtuel målsamtale og fælles plan

Borger, evt. pårørende, kommunalt personale og geriater
aftaler indsats, ansvar og opfølgning med afsæt i borgerens mål.

↓

8 Indsats og opfølgning

De aftalte ansvarlige gennemfører indsatsen. Kommunalt personale og
geriatrien følger op og justerer planen ved behov i dialog med relevante parter.

↓

9 Afslutning og overlevering

Geriatrien og kommunalt personale følger op på borgerens mål
og sikrer aftaler om det videre forløb med egen læge og relevante parter.

Beskrivelse af indsats

Forløbet indledes med en virtuel målsamtale, hvor geriateren sammen med borger, eventuelle pårørende og relevant personale foretager en helhedsorienteret vurdering med afsæt i borgerens egne mål.

Herefter kan geriateren som led i et ambulant forløb iværksætte relevant behandling og følge op på den geriatriske indsats i samarbejde med personalet på de midlertidige pladser eller hjemmesygeplejen for borgere i eget hjem.Egen læge orienteres om vurdering og plan efter målsamtalen og ved afslutning på forløbet.

Behandlingsansvar

Geriateren har ambulant behandlingsansvar for de problemstillinger, der ligger til grund for henvisningen til ViGA.

Borgerens egen læge har fortsat det almindelige behandlingsansvar for øvrige helbredsmæssige problemstillinger, akut forværring uden relation til ViGA-forløbet, behov for indlæggelse samt den løbende almenmedicinske behandling.Ved tvivl om ansvar afklares dette i dialog mellem egen læge og geriater.

3 Målgruppe, identifikation og henvisning til ViGA

Målgruppebeskrivelse

Borgere/patienter over 65 år med ophold på en midlertidig plads på Pandrup Plejecenter eller borgere i eget hjem i Brovst-området med:

- Faldende funktionsniveau over uger eller få måneder
- Multisygdom
- Polyfarmaci
- Høj risiko for indlæggelse eller genindlæggelse
- Borger skal kunne give samtykke og formå at sætte ord på egne ønsker/mål og samarbejde om den fælles plan, evt. med hjælp fra pårørende eller personale.

Borgere med svær demens skal som udgangspunkt ikke henvises, men lettere demens bør ikke i sig selv føre til fravalg.

Identifikation af relevante borgere ved indskrivelse

Det vurderes om borger er i målgruppen ud fra følgende:

Har borger:	Ja	Nej
1. **Faldende funktionsniveau** over uger eller få måneder?		
2. Høj risiko for indlæggelse eller genindlæggelse?		
3. **Samtykket til at indgå?**		
4. Multisygdom? Mere end 2 kroniske sygdomme		
5. Polyfarmaci mindst 5 faste præparater på medicinlisten		

Boger skal som et minimum have faldende funktionsniveau og være i høj risiko for indlæggelse eller genindlæggelse for at indgå i målgruppen + samtykke til at indgå i ViGA.

Der skal der være mindst 4 x ja ved udfyldelse af skemaet, før egen læge kan anbefales at sende en henvisning. 3 røde + minimum 1 grøn.

Kontaktoplysninger ift. sparring om kandidater i gråzonen

- Geriatrisk læge: Óskar Valdórsson, o.valdorsson@rn.dk

Geriatriske sygeplejersker i ViGA-regi – Hovednummer til koordinerende spl: 24 67 42 39

- Luna Staack Christensen luna.c@rn.dk
- Pia Thomsen piatho@rn.dk
- Line Bang Jensen l.bang@rn.dk

Henvendelse fra kommunalt regi til borgers egen læge

Når en borger vurderes at være i målgruppen, kontakter plejepersonalet på de midlertidige pladser eller udkørende sygeplejersker borgerens egen læge med henblik på vurdering af mulig henvisning til geriatrisk ambulatorium/ViGA.

For borgere, der kommer direkte fra indlæggelse, afventes som udgangspunkt 96 timer efter indskrivelse. Tiden anvendes til observation og indsamling af relevante data. Herefter vurderes det, om egen læge skal kontaktes.

Ved henvendelse til egen læge skal denne være fagligt begrundet ud fra at borger:

- har faldende funktionsniveau over uger eller få måneder
- har høj risiko for indlæggelse eller genindlæggelse
- har samtykket til at indgå i ViGA

Det noteres desuden, hvis borgeren har multisygdom og/eller polyfarmaci.

Ved henvendelse til egen læge skal plejepersonalet dertil oplyse:

- de vigtigste og mest presserende sygeplejefaglige problemstillinger

Praktisk

- Henvendelsen til egen læge sker via korrespondancer, OBS 5 døgns responstid – telefon nødvendig ved ”akut” situation.
- Kort standardskabelon til henvendelse fra Pandrup midlertidige pladser til egen læge er udarbejdet – se næste side.

Frase vedr. henvendelse til borgers egen læge

Vedr. mulig henvisning til Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium – ViGA

Vi kontakter jer med henblik på lægefaglig vurdering af, om borger kan være relevant at henvise til geriatrisk ambulatorium/ViGA med henblik på en fælles tværfaglig helhedsorienteret gennemgang og plan for videre forløb.

Borger vurderes mulig relevant pga. funktionsfald og risiko for indlæggelse eller genindlæggelse, og er kort orienteret om ViGA og har mundtligt tilkendegivet interesse/samtykke til, at egen læge kontaktes med henblik på vurdering af mulig henvisning.

Aktuelle oplysninger

De vigtigste sygeplejefaglige problemstillinger:

Eventuelle øvrige relevante observationer:

Borger kommer fra:
[ ] Eget hjem
[ ] Ophold på midlertidig plads i Pandrup
[ ] Plejehjem

Ved behov kan der fremsendes supplerende oplysninger.

Kontaktperson i kommunalt regi:

Henvisningsskabelon til almen praksis

Plejepersonalet på de midlertidige pladser identificerer relevante borgere og kontakter borgerens egen læge med henblik på henvisning.

Henvisning sker som en almindelig henvisning til geriatrisk ambulatorium

Henvisningen sendes til:

Geriatrisk Ambulatorium
8001329 Alb Geriatrisk Ambulatorium
Lokationsnr. 5790000190324

Henvisningen mærkes:
"Henvises til ViGA"

Ved spørgsmål kontakt geriatrisk ambulatorium på tlf.: 97 66 41 74

Hvad skal henvisningen indeholde?

Henvisningen bør indeholde følgende:

- relevante diagnoser og komorbiditeter
- vanligt og aktuelt funktionsniveau
- oplysninger om kognition og ernæringsstatus
- polyfarmaci og eventuelle nylige medicinændringer
- hvad der ønskes vurderet
- relevante kontaktoplysninger
- om egen læge eller andet personale fra lægehuset ønsker at deltage i målsamtalen

Visitation i geriatrisk ambulatorium

Når geriatrisk sekretær modtager en henvisning til ViGA, oprettes henvisningen som en opgave til geriater. Geriateren vurderer herefter, om borgeren er relevant til visitation til ViGA, og om der skal bestilles blodprøver forud for vurderingen.

Når geriateren har givet tilbagemelding, håndterer sekretariatet den videre arbejdsgang. Ved behov bestilles blodprøver, og patienten bookes til ViGA. Tidspunktet koordineres med midlertidige pladser i Pandrup eller hjemmesygeplejen, inden den endelige booking foretages.

Kort procesoversigt:

1. Geriatrisk sekretær modtager henvisning.
2. Henvisningen oprettes som opgave til geriater.
3. Geriater vurderer:
    - om borgeren skal visiteres til ViGA
    - om der skal bestilles blodprøver
4. Sekretariatet modtager tilbagemelding fra geriater.
5. Sekretariatet bestiller blodprøver ved behov.
6. Sekretariatet koordinerer tidspunkt med Pandrup/hjemmesygeplejen.
7. Patienten bookes til ViGA.
8. Der sendes link til ViGA som korrespondancemeddelelse til kommunalt regi.

4 Diagnostiske muligheder

Bestilling og håndtering af blodprøver

1. Lægefaglig vurdering og rekvirering

Ved modtagelse af henvisning i geriatrisk ambulatorium vurderer geriateren, om der er behov for blodprøver som led i den geriatriske udredning.

Der tages ikke automatisk nye blodprøver, hvis der allerede foreligger nyligt relevante blodprøvesvar, f.eks. rekvireret af egen læge. Behovet vurderes konkret af geriateren.

2. Prøvetagning

Når blodprøverne er bestilt, har personalet på de midlertidige pladser i Pandrup eller hjemmesygeplejen ansvaret for, at prøverne bliver taget.

Prøvetagning sker enten:

- ved at personalet selv tager prøverne via tilgængeligt POCT-udstyr
- ved at personalet for borgere på midlertidig plads i Pandrup bestiller prøvetagning via plejehjemslægen eller lægehus ved Cecilie Amstrup, hvis prøverne ikke kan tages lokalt. For borgere i eget hjem kan blodprøver tages hos borgers egen læge i de tilfælde hvor borgeren selv kan komme til lægehuset.

3. Svarmodtagelse og opfølgning

Når blodprøverne er analyseret, har den bestillende læge, som her er geriateren, ansvaret for at tilse, vurdere og handle på prøvesvar ved behov.

4. Håndtering ved fravær af bestillende læge

Hvis den bestillende læge ikke er til stede, og der foreligger prøvesvar, som kræver hurtig lægefaglig stillingtagen, overgår ansvaret for opfølgning til vagthavende læge i afdelingen.

Det vil være vagthavende læge indtil kl.20, der tager sig af evt. akutte svar, via telefonopkald fra KMA/KBA (og ikke opgaveliste).

Venøs blodprøvetagning via POCT-kuffert

I det følgende uddybes retningslinjer ift. venøs blodprøvetagning via E-POCT-udstyr via kommunale sygeplejersker. Udstyret gør det muligt at få prøvesvar hurtigt. Resultaterne overføres til hospitalets NordEPJ og videre til Sundhed.dk.

Udstyret omfatter blandt andet:

- CRP/analyser via QuickRead Go
- blodgas og blodanalyse, herunder elektrolytter og metabolitter, via EPOC
- glukosemåling via Cobas Pulse
- differentialtælling af hvide blodlegemer, WBC diff.

Venøse blodprøver som udvidet virksomhedsområde

Godkendt af Jette Simonsen d. 22. juni 2026

Centersygeplejersker oplært i KBA d. 20. maj 2026 kan tage venøse blodprøver ordineret af læge i en testperiode fra 1. juli 2026 til 31. december 2026.

POCT-blodprøver tages som udgangspunkt venøst, med undtagelse af blodsukkermålinger, som fortsat kan udføres kapillært.

Venøse prøver er valgt som standard, fordi det giver bedre kvalitet og enklere arbejdsgange.

Baggrunden er, at:

- venøse blodprøver generelt giver højere analysekvalitet og mere valide prøvesvar end kapillære blodprøver
- venøs prøvetagning i mange tilfælde vurderes mindre generende for borgeren, fordi gentagne fingerprik undgås
- én ensartet arbejdsgang reducerer kompleksiteten i praksis og mindsker risikoen for fejl
- medarbejdernes kompetencer styrkes gennem gentagen anvendelse af samme prøvetagningsmetode

Særaftale mellem Klinisk Biokemisk afdeling og ViGA ift. blodprøve-tagning via POCT-tasker

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Klinisk Biokemisk Afdeling
Hospitalsbyen 1
9260 Gistrup
+45 97664901

Sekretær
Lene Henneberg Rysgaard
Direkte +45 97664901
lehej@rn.dk

Reference AFT150
11. juni 2026

Aalborg Universitetshospital, Hospitalsbyen 1, 9260 Gistrup

Særaftale indgået mellem
ViGA – Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium, Jammerbugt
og
Klinisk Biokemisk Afdeling

Gældende for Klinisk Biokemisk, Afsnit:	Aalborg
Gældende for Afdeling:	ViGA – Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium, Jammerbugt
Indhold:	ViGA har tilknyttet 2 POCT-kufferter, indeholdende 1 QuikRead go Plus, 1 epoc, 1 Cobas pulse og 1 WBC-diff, som er opkoblet via Klinisk Biokemisk Afdelings Middleware. • KBA stiller e-læring til rådighed og sørger for oprettelse af brugerne til udstyret. • Ved medarbejder ophør eller opstart af ny medarbejder sendes info med navn, brugernavn og mailadresse til POCT-AalborgUH@rn.dk • Udstyret ejes af POCT-kuffert-projektet. • ViGA sørger selv for at lave afleveringskontrol på udstyrene. • Analysesvarene går til rekvirenten "Udenom opgaveliste" og det er ViGAs ansvar, at svaret og evt. handling derpå, afklares med patientens rekvirerende læge. Svaret danner ikke en opgave i NordEPJ. • Utensilier bestilles via formular, der sendes til nedenstående mail. Disse leveres af KBA. Følgende kan bestille prøver i dette projekt: • Geriater tilknyttet ViGA (Tværsektoriel model for Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium i samarbejde med Jammerbugt Kommune) • Almen praksis ved behov for CRP for borgere i eget hjem i forværring • Hospitalsafsnit hvor borger/patient er under 96t udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrevet til Jammerbugt

	kommune, og man ved forværring vurderer behov for blod-prøver Ved problemer med udstyret eller opkoblinger, kan POCT-teamet kontaktes på 20458850 eller POCT-AalborgUH@rn.dk
Gældende fra:	15-06-2026
Review udføres årligt	Ca. 1 år efter dato for gældende fra
Gældende til:	Indtil andet aftales
Dato for udarbejdelse:	10-06-2026
Faglig ansvarlig /kontaktperson Klinisk Biokemisk Afdeling	Jane Smærup Bliksted, Funktionsansvarlig bioanalytiker
Faglig ansvarlig/kontaktperson Klinisk Afsnit	Projektleder og assisterende leder for Hjemme- og sygeplejen Brovst Maria Rosenberg Rasmussen – tlf. 4191 1435, Projektleder Rikke Beckermann – tlf. 3047 3920.
Placering af dokument	AFT150 – Q-Pulse

Afdelingsledelsen
Afdeling ViGA
Rikke Beckermann

Underskrift og dato

Afdelingsledelsen
Klinisk Biokemisk Afdeling
Cheflæge Birgitte S. Paulsen
Aalborg Universitetshospital

11/06 26

Underskrift og dato

Tillæg til særaftale AFT150: Håndtering af prøvesvar ved brug af POCT-udstyr i ViGA

Tillæg til særaftale er godkendt af Charlotte Wiig Allerød d. 11/6 - 2026

POCT-udstyr i ViGA er opsat, så prøvesvar sendes til rekvirenten **"Udenom opgaveliste"**. Prøvesvar overføres til relevante systemer, herunder Sundhed.dk, men danner **ikke en personlig opgave hos den rekvirerende læge i NordEPJ**.

Derfor gælder følgende arbejdsgang:

1. **Prøven må kun tages efter aftale med en rekvirerende læge**
   Rekvirerende læge kan være: 1) geriater tilknyttet ViGA, 2) almen praksis eller 3) hospitalsafsnit med udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

2. **Inden prøven tages, skal det være aftalt, hvem prøvesvaret skal gives til**
   Den kommunale sygeplejerske skal kende rekvirerende læge/kontaktperson og aftalt kontaktvej.

3. **Opfølgning på prøvesvar**
   Prøvesvaret lander på en "udenomsliste" og overføres til sundhedsjournalen på Sundhed.dk men ikke på rekvirerende læges personlige opgaveliste. Ved ordination af prøven aftales derfor hvordan prøvetagende sygeplejersken giver prøvesvaret videre til den rekvirerende læge eller aftalte kontaktperson.

4. **Den rekvirerende læge har ansvar for vurdering og handling**
   Den læge, der har bestilt prøven, har ansvar for at vurdere prøvesvaret og beslutte eventuel videre handling.

5. **Afvigende eller bekymrende svar gives straks videre**
   Ved afvigende, uventede eller klinisk bekymrende svar kontaktes rekvirerende læge/kontaktperson straks. Hvis denne ikke kan kontaktes, følges almindelig akut arbejdsgang, fx relevant vagtfunktion, vagtlæge eller 112 afhængigt af situationen.

6. **Dokumentation**
   Den kommunale sygeplejerske dokumenterer i Nexus, at prøven er taget, samt relevante observationer og eventuelle aftaler med behandlingsansvarlig læge. Der henvises til Sundhedsjournalen (sundhed.dk) vedrørende prøvesvar. Eventuelle lægelige anvisninger og behandlingsplaner dokumenteres i den relevante plan i Nexus, eksempelvis ordination af kaliumtilskud ved lavt kalium eller anden aftalt opfølgning.

Prøvetagning via almen praksis

Plejehjemslægerne Axel og Anne på nærliggende klinik har indvilget i, at ViGA kan bestille blodprøvetagning via dem ved behov for blodprøver, der ikke kan tages via POCT-udstyr. Hertil kan blodprøvetagning bestilles via Cecilie Amstrups klinik.

Dette anvendes, når prøvetagning ikke kan håndteres lokalt på de midlertidige pladser, og hvor almen praksis vurderes som relevant samarbejdspart.

Kommunale blærescannere

Der er indkøbt fire kommunale blærescannere.

Der er lavet aftale om oplæring via firmaet. Dette forventes at træde i kraft i maj 2026.

Blærescannerne kan anvendes som led i den kommunale vurdering, når der er behov for at afklare mistanke om urinretention eller andre relevante problemstillinger.

5 Forberedelse til virtuel geriatrisk målsamtale

Skemaet udfyldes med fokus på de områder, hvor der er aktuelle problemstillinger, ændringer fra habituelt niveau eller oplysninger, som er væsentlige for den geriatriske vurdering. Det er ikke hensigten, at alle felter udfyldes, hvis de ikke er relevante for borgerens aktuelle situation.

Ved udfyldelse inddrages de relevante sygeplejefaglige problemstillinger, hvor personalet har observeret et problem, eller hvor borger selv har ytret en problemstilling. Øvrige områder kan drøftes ved målsamtalen med geriater.

Der skal altid foreligge følgende inden målsamtalen:

- ny TOBS
- ny vægt
- CFS Habituelt og aktuelt vurderes ved indskrivelse, målsamtale og afslutning
- 3 døgns kost- og væskeregistrering
- blodprøvesvar, hvis geriateren har vurderet, at der skal tages blodprøver inden samtalen

Data sendes fra Pandrup Midlertidige Pladser/hjemmesygeplejen for borgere i eget hjem til geriatrisk læge som korrespondance senest kl. 8.00 samme dag, som målsamtalen skal afholdes.

Se bilag 1 for skema der kan indsættes i word-dokument og anvendes gennem hele forløbet. OBS: Det er på projektmøde 3 besluttet, at der tages udgangspunkt i "det grønne skema" herunder, som borger og evt. pårørende får udleveret ved indskrivelsen i Pandrup og selv udfylder, evt. med hjælp fra personale. "Det grønne skema" fremgår i bilag 2.

6 Tværsektoriel målsamtale og fælles plan

Formål med målsamtalen

Formålet med målsamtalen er at skabe et fælles overblik over borgerens situation, behov og egne mål for det videre forløb. Samtalen skal sikre, at borger, eventuelle pårørende og relevante fagpersoner får en fælles retning for udredning, behandling, opfølgning og koordinering. Målsamtalen danner grundlag for den fælles plan og skal bidrage til, at indsatsen bliver meningsfuld, realistisk og sammenhængende for borgeren.

Faste deltagere: Borger, evt. pårørende, geriater og personale fra Pandrup: centersygeplejerske og eller SOSA/hjemmesygeplejerske for borgere i eget hjem.

Praktisk ift. lokation og indkaldelse af pårørende: Målsamtalen afholdes som udgangspunkt i grupperummet på Pandrup Midlertidige pladser via NordEPJ Bookplan og evt. i samtalerum i Geriatrisk afdeling. Link fra Bookplan kan sendes til pårørende – koordineres med geriatrisk sekretariat. For borgere i eget hjem holdes målsamtalen via IPad i borgers eget hjem.

Dagsorden

1. Velkomst, præsentationsrunde og formål med samtalen
2. Kort gennemgang af sygdomsforløb ved læge
3. Borgerens og evt. pårørendes vigtigste perspektiver
4. Plejepersonalet observationer fra hverdagen
5. Fælles drøftelse af borgerens vigtigste mål
6. Geriatrisk vurdering og forslag til indsats
7. Drøftelse af behandlingsniveau og -loft i samråd med borger, pårørende og personale (Ikke en ordination, men en anbefaling)
8. Fælles plan: Hvem gør hvad, hvornår og hvordan følges op?
9. Aftale om dokumentation og information til relevante samarbejdspartnere?

Dokumentation af fælles plan

Den fælles plan skal dokumenteres, så det tydeligt fremgår: hvad der er aftalt med borger og eventuelle pårørende, hvilke mål der arbejdes efter, hvilke indsatser der iværksættes, hvem der har ansvar for de enkelte opgaver, hvordan og hvornår der følges op og hvem der skal orienteres efter samtalen. Geriatrisk læge laver journalnotat der sendes via korrespondancemeddelelse til kommune og borgers egen læge.

7 Understøttende indsatser under ophold

Medicingennemgang og medicinændringer

Geriateren kan gennemgå borgerens medicin og ordinere ændringer som led i ViGA-forløbet.

Praktisk håndtering:

- **Geriateren:** Har ansvar for egne ordinationer, herunder recept og ajourføring af FMK.
- **Borger på midlertidigt ophold i Pandrup:** SSA håndterer medicinændringer og bestilling/modtagelse af medicin efter gældende arbejdsgange.
- **Borger i eget hjem:** Hjemmesygeplejen sikrer, at medicinændringer håndteres efter gældende arbejdsgange.

Det aftales i forbindelse med ViGA-samtalen, hvem der informerer borgeren, og hvem der følger op på medicinændringerne.

Ernæring

Ved behov for en ernæringsindsats kan den kommunale sygepleje inddrage Jammerbugt Kommunes ernæringsteam.

Rehabilitering og træning

Ved behov for støtte til at genvinde eller vedligeholde funktionsevnen kan den kommunale sygepleje inddrage kommunens trænere. Det kan fx dreje sig om personlig hygiejne, bad eller andre hverdagsaktiviteter.

Genoptræningsplan (GOP):

Hvis geriateren vurderer, at der er behov for en genoptræningsplan, udarbejdes denne efter gældende regler og arbejdsgange.

- Henvendelser vedrørende træning på baggrund af en GOP skal rettes til Sundhedshuset.

- Øvrige anmodninger om rehabiliterende indsatser videreformidles af den kommunale sygepleje til relevant enhed.

- For borgere på midlertidigt ophold koordineres henvendelsen via den lokale arbejdsgang på plejecentret.

Hjælpemidler:

Behov for hjælpemidler vurderes og bevilges fortsat af kommunens hjælpemiddelterapeuter efter gældende arbejdsgange.

Subkutan væske

Geriateren kan ordinere subkutan væske, og saltvand kan leveres via apoteket.

8 Arbejdsgang ved forværring af borgers tilstand

Ved akut forværring vurderer personalet først, om tilstanden er relateret til den problemstilling, borgeren er henvist til ViGA med.

Hvis forværringen ikke er relateret til ViGA-forløbet, kontaktes borgers egen læge eller vagtlæge efter vanlig arbejdsgang.

Hvis forværringen er relateret til ViGA-forløbet, kan plejepersonalet kontaktes på hverdage kl. 8-15

- 24 67 42 39, koordinerende geriatrisk sygeplejerske (der ved behov kan vende med geriatrisk læge)

- 97 66 41 71, sekretær geriatrisk ambulatorium

Dette gælder i situationer, hvor borgeren ellers ville være set akut eller subakut ambulant på hospitalet.

Uden for dagtid kontaktes egen læge eller vagtlæge efter vanlig arbejdsgang.

9 Opfølgning og koordinering i det videre forløb

Formål

Formålet er at sikre, at borgeren, pårørende og relevante samarbejdspartnere har en tydelig plan for det videre forløb efter ViGA og/eller efter opholdet på den midlertidige plads.

Vi nærmer os udskrivelse/hjemsendelse

Hvem: Plejecenter indkalder til møde, via planlægger ude (forespørgsel er sendt til områdeledelsen) + sygeplejekoordinator. Sender henvisning til fællesvisitation. Borger, pårørende deltager hvis muligt, evt. pr. telefon, plejepersonale. *Ved behov kan fx hjemmesygepleje, terapeut, demenskoordinator, visitator/myndighed, egen læge eller geriatrisk afdeling inddrages.*

Hvor: Virtuelt (Teams)

Afsættes fast mødetidspunkt til mandag i ulige uger fra kl. 11.00-11.30.

Hvad er status:

- Habituelt og aktuelt funktionsniveau:
    - CFS, er der GOP? /udarbejdes den
- Hvilke prøver/undersøgelser/målinger forelægger der efter målsamtalen og skal der foretages yderligere efter udskrivelse
- Hvilke behov og ressourcer har borger ved udskrivelse generelt

Borgerens egen vurdering af om målet er nået (evt. som skala fra 1-10) /hvor langt er vi?

Afsluttes med tydelig plan: (afhænger af hvilke mål der aftales**)**

- Hvad gør borger
- Hvad gør pårørende
- Hvad gør personale (fx. hvem bestiller blodprøver hos EL, tager vægt, blodtrykprofil, smerteproblematik, ernæring + om der er brug for yderligere opfølgning ved egen læge? Geriatrisk afdeling? I kommunen hos terapeut, demenskoordinator eller andre relevante samarbejdspartnere?

Dokumentation: Der oprettes et "Tag" i Nexus til ViGA hvor planen dokumenteres, og hvordan relevante samarbejdspartnere orienteres om aftalerne. Ift. opfølgningsplan sender den Geriatriske læge notat fra målsamtale til praktiserende læge samt til hjemmesygeplejen.

10 Administrative og praktiske oplysninger

Registrering af Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium

Regionens hospitaler tager ansvar for, at borgerne oplever sikre og sammenhængende behandlingsforløb, som finder sted i nærmiljøet, når det er muligt og sundhedsfagligt forsvarlig.

Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium er en tværsektoriel, virtuel geriatrisk indsats for borgere over 65 år på midlertidige pladser i Pandrup med udgangspunkt i borgerens egne mål.

Denne vejledning beskriver registreringspraksis.

Sygdomsforløb

Der oprettes sygdomsforløb og registreres klinisk navngivning, der repræsenterer patientens opholdssted, f.eks.:

Sygdomsforløb: Geriatri

Klinisk navngivning:

- ViGA, midlertidig plads
- ViGA, eget hjem

Arbejdsgang - Henvisning

- Henvisning sendes til Geriatrisk Afdeling og der visiteres til ViGA.
- Henvisningen kan komme fra Almen praksis

Henvisningerne visiteres i prioriteret rækkefølge

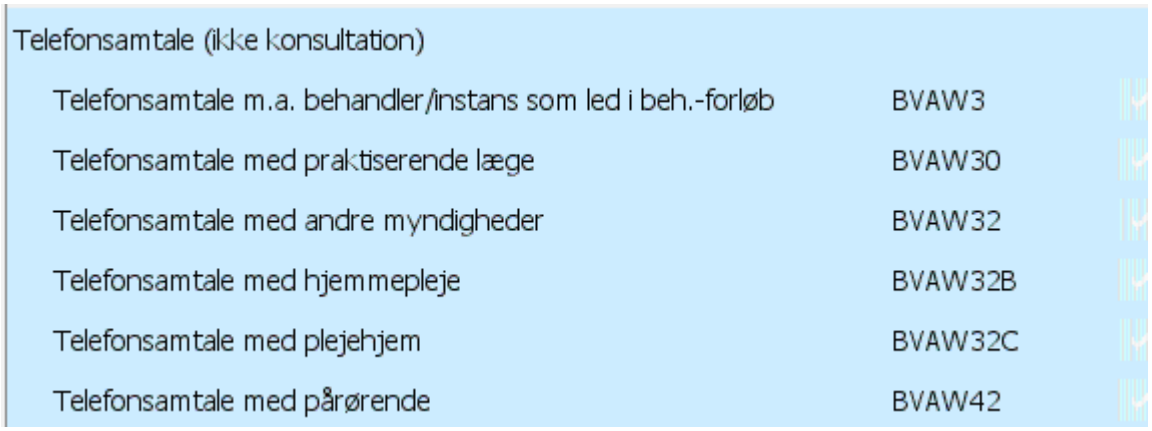
Arbejdsgang – Visitation

- Patienten henvises og der oprettes forløbsansvar i Geriatrisk Afdeling – der kan oprettes forløbsansvar manuelt eller via modtaget elektronisk henvisning
- Startmarkøren på forløbsansvaret er ”henvist til andet AFV01A8”

- Sygdomsforløb repræsenterer patientens overordnede sygdomstema og skal være Geriatri og med klinisk navngivning, der repræsenterer patientens opholdssted, (ViGA midlertidig plads eller ViGA eget hjem)

- I forbindelse med kontakt med patienten eller stedfortræder for patienten oprettes virtuel kontakt. Den virtuelle kontakt skal følges af et journalnotat med klinisk indhold.

- Notater uden kontakt til patienten eller stedfortræder for patienten oprettes som telefonsamtale (ikke konsultation) med tilvalg af underkategori herunder:



- Når patienten ophører med at være under hospitalets ansvar, lukkes forløbsansvar og der sendes epikrise til egen læge.

Indkaldelse til virtuel geriatrisk tværsektoriel mål-samtale

Indkaldelse af patient + afsending af gæstelink

a. En lægesekretær i geriatrisk afdeling sender indkaldelse via e-Boks. Henvisning til at samtalen tilgås via app'en Mine Aftaler, og sendes automatisk, når videosamtalen bookes.

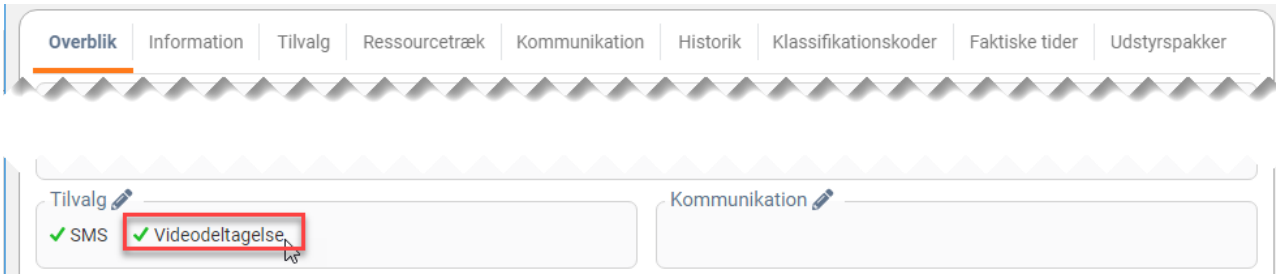
b. Der skal herudover sendes et gæstelink via en korrespondance til Jammerbugt kommune. Korrespondance sendes til "myndighed, social- sundheds- og beskæftigelsesforvaltningen Jammerbugt Kommune". Systemet finder selv ud af at lægge korrespondancen det rette sted. Se arbejdsgang i bilag 1. En medarbejder fra de midlertidige pladser i Pandrup eller hjemmesygeplejen for borgere i eget hjem, vil herefter sørge for den nødvendige bistand til at gennemføre videosamtalen.

c. Der kan på tilsvarende måde via hospitalet sendes et gæstelink til patientens pårørende og egen læge efter samtykke fra borger.

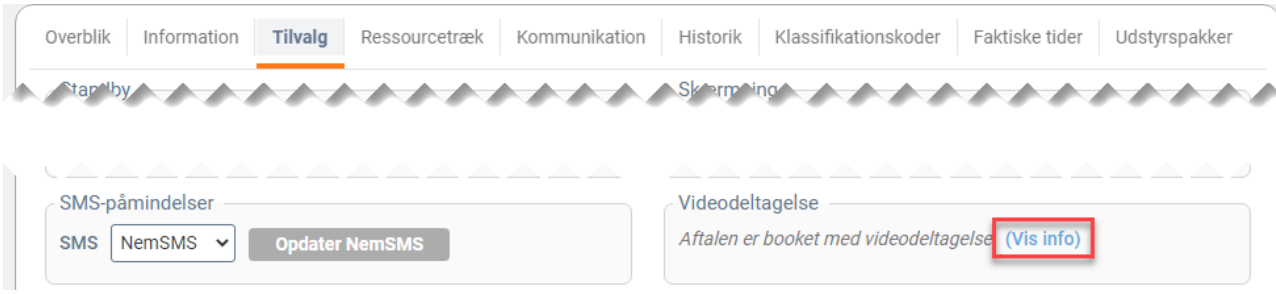
Arbejdsgangsbeskrivelse for regionale sekretærer ved indkaldelse til videokonsultation:

Arbejdsgang videosamtaler, hvor der skal sendes gæstelink via Korrespondance i NordEPJ

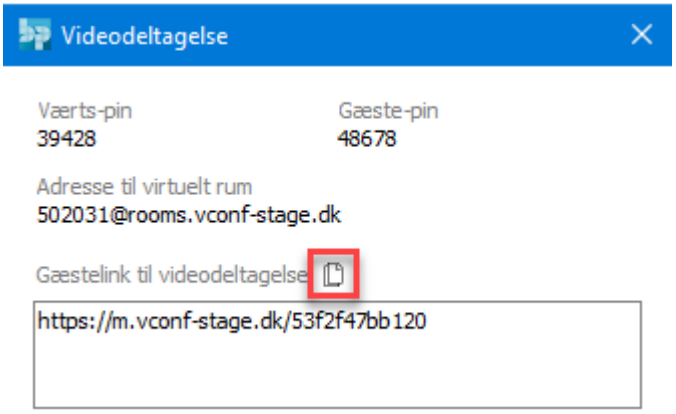
1. Book videosamtale til patient (brev med henvisning til at samtalen tilgås via app'en MineAftaler sendes automatisk, når videosamtalen bookes). *Normalvis stopper arbejdsgangen her for sekretærerne, vi sender kun gæstelink, hvis vi bliver bedt om det*
2. Find aftalen og klik på Vis aftale
3. Under Tilvalg klik på Videodeltagelse



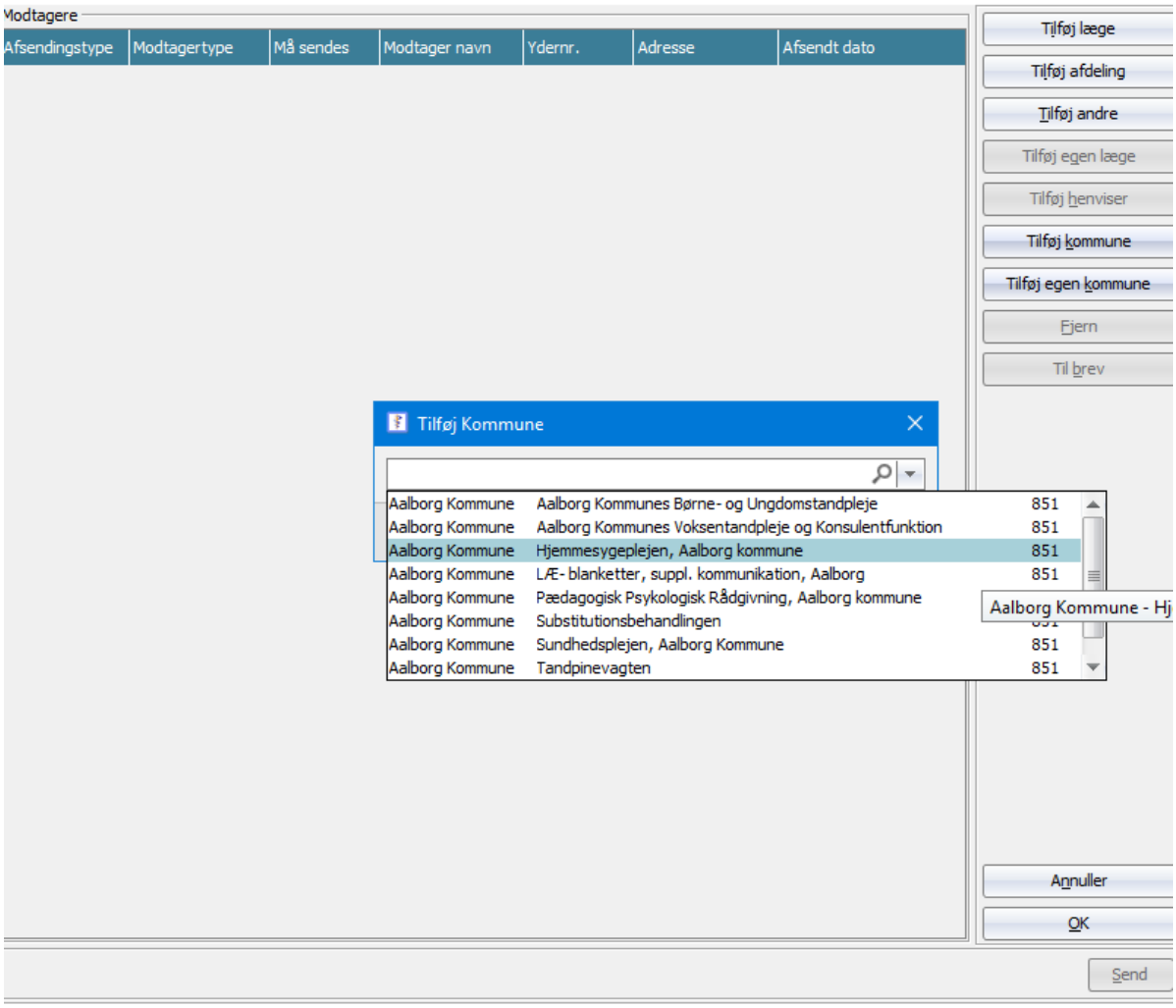
4. Klik herefter på Vis Info



5. Gæstelink kopieres ved at trykke på ikonet vist på billedet



6. Gå til Korrespondance i NordEPJ, opret ny korrespondance
7. Indsæt standardtekst: *Kære xxx, Hermed link til deltagelse i videokonsultation på ovenstående borger. Videosamtale foregår x.x (dato) kl. xx.xx.*
8. Indsæt videolink.
9. Vælg rette modtager og send korrespondance


Modtagere
Afsendingstype
Modtagertype
Må sendes
Modtager navn
Ydernr.
Adresse
Afsendt dato
Tilføj læge
Tilføj afdeling
Tilføj andre
Tilføj egen læge
Tilføj henviser
Tilføj kommune
Tilføj egen kommune
Fjern
Til brev
Tilføj Kommune
Aalborg Kommune Aalborg Kommunes Børne- og Ungdomstandpleje 851
Aalborg Kommune Aalborg Kommunes Voksentandpleje og Konsulentfunktion 851
Aalborg Kommune Hjemmesygeplejen, Aalborg kommune 851
Aalborg Kommune LÆ- blanketter, suppl. kommunikation, Aalborg 851
Aalborg Kommune Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, Aalborg kommune
Aalborg Kommune Substitutionsbehandlingen
Aalborg Kommune Sundhedsplejen, Aalborg Kommune 851
Aalborg Kommune Tandpinevagten 851
Aalborg Kommune - Hj
Annuller
OK
Send

Videosamtale i NordEPJ Booking på ESA

For nyeste opdatering af dokumentet se følgende link: Videosamtale på ESA + Test af udstyr inden en videosamtale i NordEPJ Booking

Hvis du sidder ved en ESA-terminal, der IKKE har et integreret kamera, skal du aktivt vælge det kamera, du vil benytte som standard. Også selvom der kun er et eksternt kamera koblet til terminalen.

OBS: Det er ikke muligt at køre videolink og ESA på samme PC og opnå en stabil forbindelse. For at sikre en stabil forbindelse er det nødvendigt for lægen på hospitalet med to PC'er for at kunne navigere i ESA og kunne se borger og kommunalt personale samtidig.

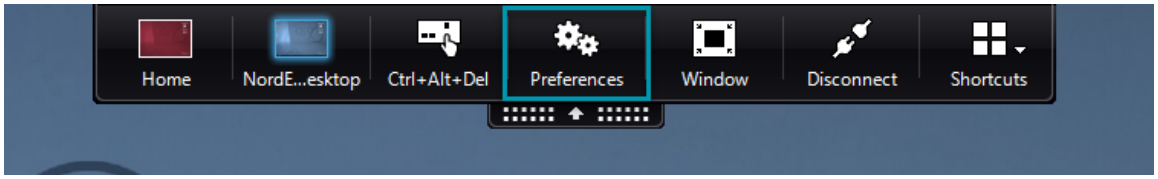
Valg af standard kamera

1. Log på ESA

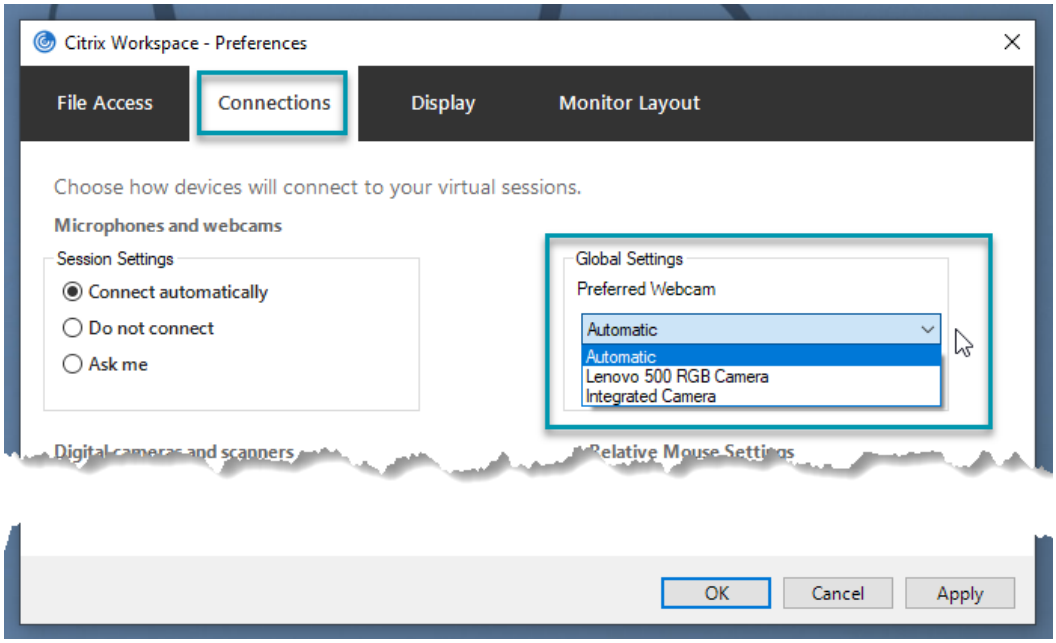
2. Tryk herefter på den sorte drop down menu i toppet af vinduet



3. Vælg Preferences



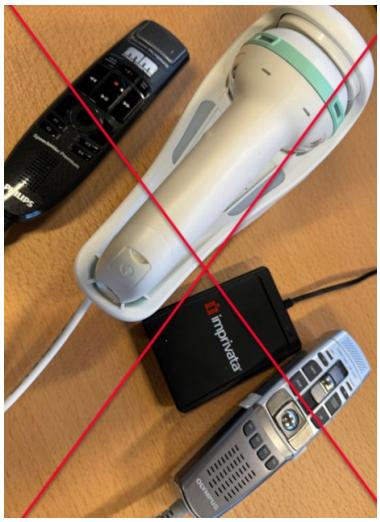
4. Tryk på Connections og vælg kamera under Preferred Webcam



5. Afslut med at trykke på knappen Apply og efterfølgende knappen OK

6. Du kan nu åbne NordEPJ og afholde den planlagte videosamtale

7. Hvis du har brug for at teste dit udstyr inden, kan du finde en guide til dette her: Test af udstyr inden en videosamtale i NordEPJ Booking



Forudsætninger for en god videosamtale

Husk altid, at nedenstående er gode forudsætninger for, at en videosamtale kan afvikles med succes og uden tekniske problemer.

1. Fjern USB enheder som scanner, diktafon.

2. Luk Teams, Webex og andre programmer, der har brugt dit kamera/headset.

3. Luk din browser, inden du starter et nyt møde inde fra NordEPJ. (da din browser kan have låst dit kamera/headset ved tidligere brug)

4. Undgå at tage USB enheder ind og ud af din ESA terminal / PC når du har startet en video-samtale.

Problemer under afvikling af videosamtale

Hvis du afholder længere videosamtaler, kan du muligvis opleve problemer med kvaliteten af videoopkaldet efter et stykke tid, f.eks. kan billedet begynde at pixelere. Her vil løsningen være at logge af og på videoopkaldet igen, hvorefter problemet er væk.

I projektperioden er der anvendt 2 computere – én til videoopkald og én til NordEPJ.

Koder og numre

Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium – tilknyttede koder, numre og kontaktoplysninger

Navn: Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium	Sygdomsforløb: Geriatri Klinisk navngivning: • ViGA, midlertidig plads • ViGA, eget hjem
SOR og lokationsnummer	8001329 Alb. Geriatrisk Ambulatorium, lokationsnummer.: 5790000190324.
Geriatrisk lægesekretær	Louise Ahnfeldt Bøggild: loak@rn.dk
Læger i ViGA-regi	Óskar Valdórsson: o.valdorsson@rn.dk
Geriatriske sygeplejersker i ViGA-regi	Luna Staack Christensen, chefspl. luna.c@rn.dk 22 15 93 57 Line Bang Jensen l.bang@rn.dk Pia Thomsen piatho@rn.dk Tlf. til koordinerende sygeplejerske der kan kontaktes for sparring og viderehenvise til lægehjælp ved behov: 24674239
Superbrugere på midlertidige pladser Hovednummer: 41911844	Ditte Baumann, leder, dml@jammerbugt.dk Anja Haas, ass. Leder, asha@jammerbugt.dk
Tovholder for de udkørende sygeplejersker	Wendy Bendtsen, tlf: 72579460, wsb@jammerbugt.dk

11 Informationsmateriale

Dette afsnit samler ”elevatortaler” udarbejdet af projektgruppen til forskellige målgrupper.

Elevatortaler

Elevatortale til kommunalt personale

Projektet er et samarbejde mellem Aalborg Geriatrisk Afdeling, Jammerbugt Kommune og almen praksis med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Vi ved, at borgere med øget komorbiditet og kompleksitet kræver flere ressourcer. Med denne indsats vil vi systematisere og ensarte arbejdsgangene, så indsatsen omkring borgerne bliver mere tydelig og sammenhængende. Håbet er, at projektet med en geriatrisk læge kan bidrage med hurtig sparring og vurdering i komplekse forløb. Det betyder, at vi inddrager egen læge tidligere i forløbet og arbejder med præcise observationer, så borgerne oplever mere sammenhængende sygdomsforløb og færre unødvendige indlæggelser.

Elevatortale til Almen praksis

Velkommen til ViGA! Dette er et tilbud med geriatrisk lægefaglig specialviden, hvor din viden om borgeren sættes i spil sammen med en geriater. Sammen med personalet på de midlertidige pladser finder I de bedste løsninger sammen med borgeren og dennes pårørende, så borgeren oplever mest mulig livskvalitet og får lagt nogle gode planer for fremtiden – både på kort og lang sigt. Derved vil vi forsøge at undgå unødige hospitalsindlæggelser, så borgeren i stedet kan blive i eller tæt på eget hjem. Vi håber at få skabt et koncept, som på sigt kan udbredes til eget hjem, men også til andre kommuner.

Elevatortale til borgere og pårørende

Mangler du en følelse af sammenhæng i dit sygdomsforløb? Vi kan tilbyde dig hjælp til at binde sløjfe på alle de mange ting, man skal, når man er syg og er på ophold her hos os. Et tæt ugentligt samarbejde med geriatrisk afdeling vil sikre dig et sammenhængende forløb, hvor vi kommer hele vejen rundt om dig, og som også følger dig, når du skal hjem herfra.

Fælles elevatortale

ViGA er et tværsektorielt tilbud til ældre borgere med komplekse forløb hvor borger, pårørende, personalet på midlertidige pladser, egen læge og geriatrisk afdeling arbejder tæt sammen om at skabe mere sammenhæng og tryghed. Med udgangspunkt i borgerens mål og personalets viden lægger vi, sammen med borger og pårørende en fælles plan for det videre forløb. Måler er, at borger får den rette indsats i tide, undgår unødige indlæggelser og i højere grad kan være i eller tæt på eget hjem med bedst mulige funktion og livskvalitet

Information til personale i Geriatrisk Afdeling

Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium i Jammerbugt Kommune

ViGA er en afprøvning af, hvordan ambulant geriatrisk speciallægefaglighed kan bringes tidligere ind i forløbet for skrøbelige ældre borgere på midlertidige pladser i Jammerbugt Kommune.

Indsatsen gennemføres i samarbejde mellem Geriatrisk Afdeling, Jammerbugt Kommune og almen praksis. Første patienter forventes inkluderet fra maj 2026, og modellen testes løbende i resten af året.

Modellen bygger på SUGA – men i en virtuel version, hvor personalets viden om borgerens aktuelle funktion og udvikling over tid indgår direkte i den lægefaglige vurdering.

Afprøvningen bygger på målsamtale, samlet geriatrisk vurdering, behandlingsplan og opfølgning.

Hvorfor afprøver vi ViGA?

Kommunen ser borgerens funktion i hverdagen. Egen læge kender ofte borgeren over tid. Hospitalet har den geriatriske specialviden.

Med ViGA tester vi, om disse perspektiver kan kobles tidligere og mere systematisk, så borgeren får en mere samlet plan, før situationen eventuelt udvikler sig til en akut hospitalskontakt.

Hvad eksperimenterer vi med?

I ViGA testes, om en virtuel model kan give et tilstrækkeligt grundlag for ambulant geriatrisk vurdering, når vurderingen understøttes af personalets observationer fra de midlertidige pladser. Vi afprøver samtidig, om modellen kan bidrage til tidligere afklaring, tydeligere ansvarsdeling og en fælles plan, som kan bruges på tværs af sektorer.

Vi vil gerne bevæge os hen imod forløb, hvor borgerens egne mål, aktuelle funktionsevne og videre plan bliver tydelige tidligt i opholdet.

Vi vil samtidig væk fra forløb, hvor geriatriske problemstillinger først samles op sent, hvor sektorerne sidder med hver deres del af billedet, eller hvor midlertidige pladser primært bliver et ventested frem for et aktivt afklarings- og rehabiliteringsforløb.

Målgruppe

Målgruppen er borgere over 65 år med ophold på midlertidig plads på Pandrup Plejecenter og med faldende funktionsniveau over uger eller få måneder, multisygdom, polyfarmaci og/eller høj risiko for indlæggelse eller genindlæggelse.

Borgere med svær demens er som udgangspunkt ikke i målgruppen. Lettere demens udelukker ikke i sig selv deltagelse.

Behandlingsansvar

Geriateren varetager behandlingsansvaret for de problemstillinger, der ligger til grund for henvisningen, svarende til et almindeligt ambulant forløb.

Egen læge har fortsat det almindelige behandlingsansvar. Det gælder blandt andet ved akut forværring, behov for indlæggelse, problemstillinger uden for det geriatriske ambulante forløb og stillingtagen til behandlingsniveau.

Hvad er vigtigt i testperioden?

Da ViGA er under udvikling, er kliniske erfaringer og feedback fra afprøvningen vigtige.

Vi er særligt optaget af, om den virtuelle ramme giver et tilstrækkeligt vurderingsgrundlag, om personalets observationer kan bruges relevant i den lægefaglige vurdering, og om planen bliver tydelig nok til, at andre kan handle på den.

Erfaringerne skal bruges til at vurdere, om modellen kan gøres robust, mindre personafhængig og eventuelt tilpasses andre kommunale kontekster eller borgere i eget hjem. De skal også give læring om, hvordan geriatrien kan spille ind i udviklingen af de kommende sundheds- og omsorgspladser.

Drejebog og spørgsmål

Der er udarbejdet en foreløbig drejebog for ViGA med arbejdsgange for bl.a. identifikation, henvisning, virtuel vurdering, dokumentation, opfølgning og snitflader. Drejebogen er under udvikling og justeres løbende i testperioden.

Ved spørgsmål til indsatsen eller interesse for konkrete arbejdsgange kan nedenstående kontaktpersoner kontaktes.

Kontaktpersoner

Óskar Valdórsson Afdelingslæge, Geriatrisk Afdeling, o.valdorsson@rn.dk	**Luna Staack Christensen** Chefsygeplejerske, Geriatrisk Afdeling luna.c@rn.dk	**Louise Ahnfeldt Bøggild** Sekretær, Geriatrisk Afdeling loak@rn.dk

Information til lægehuse
Virtuel geriatrisk vurdering af udvalgte borgere i Jammerbugt Kommune

Baggrund

Der afprøves aktuelt en virtuel geriatrisk ambulatoriefunktion for udvalgte borgere i eget hjem eller på midlertidige pladser i Jammerbugt Kommune. Funktionen betegnes ViGA – Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium.

ViGA er en tværsektoriel afprøvning mellem Jammerbugt Kommune, Geriatrisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital og almen praksis. Indsatsen bygger videre på erfaringer fra SUGA i Aalborg Kommune, men afprøves som et virtuelt forløb.

Målgruppen er borgere over 65 år på midlertidig plads på Pandrup Plejecenter eller i eget hjem i Jammerbugt Kommune med komplekst sygdomsbillede, polyfarmaci, faldende funktionsniveau og i høj risiko for indlæggelse/genindlæggelse.

Borgere med svær demens er som udgangspunkt ikke i målgruppen. Lettere demens udelukker ikke i sig selv deltagelse.

Forløb i praksis

Plejepersonalet på de midlertidige pladser i Pandrup eller hjemme- og sygeplejen identificerer relevante borgere og kontakter egen læge med henblik på vurdering af, om der er grundlag for henvisning til ViGA.

For borgere uden aktuel kommunal kontakt kan egen læge henvise direkte. Geriatrisk ambulatorium indhenter i denne situation selv relevante oplysninger via den kommunale hjemme- og sygepleje.

For borgere, der kommer direkte fra indlæggelse, anvendes de første 96 timer som observations- og dataindsamlingsperiode, inden egen læge eventuelt anmodes om henvisning.

Henvisningen sendes som almindelig henvisning til:

Geriatrisk Ambulatorium
8001329 Alb Geriatrisk Ambulatorium
Lokationsnr. 5790000190324

Henvisningen mærkes med frasen:

“Patienten henvises til ViGA”

Henvisningen kan med fordel indeholde kort anamnese, relevante diagnoser, vanligt og aktuelt funktionsniveau, oplysninger om kognition og ernæring, polyfarmaci eller nylige medicinændringer samt hvad der ønskes vurderet — i det omfang oplysningerne er kendte og let tilgængelige.

Praktiserende læge eller andet personale fra lægehuset kan deltage i den virtuelle målsamtale, hvis det vurderes relevant, men deltagelse er ikke en forudsætning for henvisning.

Forløb hos geriater

Forløbet kan sidestilles med et traditionelt ambulant forløb. Forløbet indledes med en virtuel målsamtale, hvor geriateren sammen med borger, eventuelle pårørende og relevant personale foretager en helhedsorienteret geriatrisk vurdering med afsæt i borgerens egne mål.

Geriateren kan efter første vurdering enten afslutte patienten eller igangsætte et kort ambulant forløb, hvis det skønnes nødvendigt. Egen læge orienteres om vurdering og plan.

Opleves der et øget tidsforbrug for almen praksis sammenlignet med et traditionelt ambulant forløb, kan dette meldes tilbage til Cecilie Amstrup.

Behandlingsansvar

Geriateren varetager behandlingsansvaret for de problemstillinger, der ligger til grund for henvisningen, svarende til et ambulant forløb.

Egen læge/vagtlæge har fortsat behandlingsansvaret ved akut forværring, behov for indlæggelse undervejs, problemstillinger uden for det geriatriske ambulante forløb og stillingtagen til behandlingsniveau.

Ved tvivl afklares ansvaret i dialog mellem egen læge og geriater.

Egen læges opgave er i udgangspunktet begrænset til at vurdere grundlaget for henvisning og sende henvisning til geriatrisk ambulatorium. I enkelte tilfælde kan der være behov for blodprøver forud for ViGA, som ikke kan tages via E-POCT-udstyr i den kommunale sygepleje. I disse tilfælde kan prøverne bestilles via egen læge, hvis patienten kan komme i klinikken. Alternativt kan prøverne tages på hospitalet, hvis prøvetagning hos egen læge ikke er mulig.

Udarbejdet af: Cecilie Amstrup, Praktiserende læge og næstformand i PLO-K Jammerbugt Kommune, Óskar Valdórsson, Afdelingslæge, geriatrisk afdeling og Camilla Donslund, Chefkonsulent, PLO Nordjylland.

Information til personalet på midlertidige pladser

ViGA på midlertidige pladser i Pandrup

Fra **18. maj 2026** afprøver vi **ViGA – Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium** på de midlertidige pladser i Pandrup.

ViGA er en ny model, hvor udvalgte borgere kan få en virtuel geriatrisk vurdering, mens de er på en midlertidig plads. Forløbet sker i samarbejde mellem borgeren, personalet på midlertidige pladser i Pandrup, geriater og evt. geriatrisk sygeplejerske, og eventuelt egen læge eller sygeplejerske fra almen praksis og pårørende hvis muligt.

Hvorfor afprøver vi ViGA?

ViGA skal bidrage til mere afklarende og sammenhængende forløb for skrøbelige ældre borgere med fokus på borgerens egne mål, genvinding af habituelt funktionsniveau og bedst mulige livskvalitet.

Formålet er at:

- bringe geriatrisk viden tættere på borgeren
- skabe tidligere fælles afklaring af helbred, funktion og videre plan
- forebygge unødige indlæggelser, hvor det er muligt
- styrke samarbejdet mellem kommune, hospital og egen læge
- skabe fælles læring på tværs af fagligheder og sektorer

ViGA afprøves samtidig i en tid, hvor sundhedsreformen sætter fokus på sundheds- og omsorgspladser og tættere samarbejde i det nære sundhedsvæsen. Erfaringerne skal derfor hjælpe os med at blive klogere på, hvad der fungerer i praksis gennem løbende afprøvning, evaluering og justering.

Kan borgeren være relevant for ViGA?

Ved indskrivelse skal det vurderes, om borgeren kan være kandidat til ViGA.

ViGA kan være relevant for borgere over 65 år, hvor der fx er:

- flere sygdomme samtidig

- mange lægemidler
- tydeligt fald i funktionsevne
- uklar svækkelse
- faldtendens eller nedsat mobilitet
- nylige eller gentagne hospitalskontakter
- bekymring for indlæggelse eller genindlæggelse
- behov for en samlet vurdering og plan

Hvis en borger kan være relevant, drøftes det med ansvarlig sygeplejerske eller leder efter lokal arbejdsgang. Egen læge henviser, og geriatrien vurderer herefter, om borgeren kan indgå i ViGA.

Hvad er jeres rolle?

Jeres viden om borgeren i hverdagen er central. I kan blive bedt om at hjælpe med at:

- screene nye borgere ved indskrivelse
- gøre borgeren klar til videokonsultation
- bidrage med observationer fra hverdagen
- støtte borgeren under samtalen
- hjælpe med skærm, lyd og lokale
- være opmærksom på aftaler i planen efter konsultationen
- Bede borgers egen læge om henvisning til ViGA regi – (medsend info fra de 12 sygeplejefaglige problemområder – se bilag 1)

Den geriatriske vurdering bliver bedst, når jeres viden om borgerens hverdag kobles med geriatrisk specialviden så alle kan bidrage til en fælles tværsektoriel plan for forløbet under og efter opholdet.

Vi udvikler modellen sammen

ViGA skal give mening i hverdagen på de midlertidige pladser. Derfor er jeres erfaringer en del af udviklingen.

Sig gerne til, når noget fungerer godt, er uklart, tager for lang tid, er svært at få til at fungere eller bør ændres.

Det handler om at skabe en fælles model, der kan støtte både borgere, pårørende og personale.

Hvem kan I spørge?

Lokale kontaktpersoner:

- Ditte Marie Baumann Lorentzen, Centerleder, dml@jammerbugt.dk
- Anja Søgaard Haas, Assisterende centerleder, asha@jammerbugt.dk

Tværsektoriel projektledelse:

- Jammerbugt Kommune: Maria Rosenberg Rasmussen, mra@rn.dk
- Aalborg Universitetshospital: Rikke Beckermann, r.beckermann@rn.dk

ViGA – helt kort fortalt

ViGA er en ny model, hvor udvalgte borgere på de midlertidige pladser i Pandrup kan få virtuel geriatrisk vurdering.

Ved indskrivelse skal I være opmærksomme på, om borgeren kan være kandidat til ViGA.

Jeres observationer er vigtige. I kender borgeren i hverdagen, og den viden skal kobles med geriatrisk specialviden, så vi sammen kan skabe bedre forløb og en fælles plan ud fra borgers egne mål.

ViGA er en test. Vi udvikler modellen sammen.

Information til udkørende sygeplejersker om ViGA i borgers eget hjem

ViGA i eget hjem

Fra **3. september 2026** afprøver vi **ViGA – Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium** til borgere i eget hjem.

ViGA er en samarbejdsmodel under afprøvning, hvor udvalgte borgere kan få en virtuel geriatrisk vurdering. Der er afsat tid til ViGA hver fredag mellem kl. 10 og 11. Forløbet sker i samarbejde mellem borgeren, kommunalt personale, geriater og pårørende hvis muligt.

Hvorfor afprøver vi ViGA?

ViGA skal bidrage til mere afklarende og sammenhængende forløb for skrøbelige ældre borgere med fokus på borgerens egne mål, genvinding af habituelt funktionsniveau og bedst mulige livskvalitet.

Formålet er at:

- bringe geriatrisk viden tættere på borgeren
- skabe tidligere fælles afklaring af helbred, funktion og videre plan
- forebygge unødige indlæggelser, hvor det er muligt
- styrke samarbejdet mellem kommune, hospital og egen læge
- skabe fælles læring på tværs af fagligheder og sektorer

ViGA afprøves samtidig i en tid, hvor sundhedsreformen sætter fokus på sundheds- og omsorgspladser og tættere samarbejde i det nære sundhedsvæsen. Erfaringerne skal derfor hjælpe os med at blive klogere på, hvad der fungerer i praksis gennem løbende afprøvning, evaluering og justering.

Kan borgeren være relevant for ViGA?

ViGA kan være relevant for borgere over 65 år, hvor der fx er:

- flere sygdomme samtidig
- mange lægemidler
- tydeligt fald i funktionsevne

- uklar svækkelse
- faldtendens eller nedsat mobilitet
- nylige eller gentagne hospitalskontakter
- bekymring for indlæggelse eller genindlæggelse
- behov for en samlet vurdering og plan

Hvis en borger kan være relevant, drøftes det med ansvarlig sygeplejerske eller leder efter lokal arbejdsgang. Egen læge henviser, og geriatrien vurderer herefter, om borgeren kan indgå i ViGA.

Hvad er jeres rolle?

Jeres viden om borgeren i hverdagen er central. I kan blive involveret i at:

- screene borgere for om de vurderes egnet til indsatsen
- gøre borgeren klar til videokonsultation
- bidrage med observationer fra hverdagen og viden om borgeren
- støtte borgeren under samtalen
- være opmærksom på aftaler i planen efter konsultationen
- Bede borgers egen læge om henvisning til ViGA regi

Den geriatriske vurdering bliver bedst, når jeres viden om borgerens hverdag kobles med geriatrisk specialviden så alle kan bidrage til en fælles tværsektoriel plan.

Vi udvikler modellen sammen

ViGA skal give mening i hverdagen. Derfor er jeres erfaringer en del af udviklingen. Sig gerne til, når noget fungerer godt, er uklart, tager for lang tid, er svært at få til at fungere eller bør ændres. Det handler om at skabe en fælles model, der kan støtte både borgere, pårørende og personale.

Hvem kan I spørge?

Lokale kontaktpersoner: Wendy

Tværsektoriel projektledelse: Jammerbugt Kommune: Maria Rosenberg Rasmussen, mra@rn.dk , Aalborg Universitetshospital: Rikke Beckermann, r.beckermann@rn.dk

ViGA – en samtale om det der er vigtigt for dig

Du er blevet tilbudt et ViGA-forløb, fordi vi gerne vil se helhedsorienteret på din situation i et samarbejde mellem din egen læge, hospitalet og kommunen.



I ViGA deltager du i en samtale med personale fra kommunen og en læge fra hospitalet. Lægen har særlig viden om ældre menneskers helbred og ser på hele din situation – ikke kun én sygdom ad gangen.

Vi taler om det, der betyder mest for dig lige nu. Måske handler det om at få mere ro og tryghed, klare lidt mere selv, blive i dit eget hjem eller komme godt hjem igen hvis du er på en midlertidig plads. Sammen ser vi på, hvad der skal til, og hvilken hjælp der bedst støtter dig videre.



Du skal ikke forberede en masse. Du deltager med det, du kan, og vi tager hensyn til, hvis du er træt eller mangler energi.

Dine pårørende må meget gerne være med, hvis du ønsker det. Det kan være en god hjælp, hvis de er med og de kan få tilsendt et link, så de kan deltage, uanset hvor de er.



Formålet er at skabe overblik og en fælles plan for det videre forløb. Det kan for eksempel handle om medicin, kræfter i hverdagen, ernæring, smerter, hjælp i hjemmet, genoptræning eller andre ting, der fylder for dig.

Når du deltager i samtalen og fortæller, hvad der er vigtigt for dig, kan det hjælpe os med hurtigere at afklare, hvad der skal ske. Det kan i nogle tilfælde støtte dig i at komme tidligere hjem, hvis du er på en midlertidig plads, eller give en bedre samlet plan for den hjælp og behandling, du har brug for.



Samtalen foregår online, og personalet hjælper med det praktiske omkring mødet. Du skal ikke selv stå for teknikken.

12 Bilag

Bilag 1 Tjekliste til brug ved indskrivelse, som forberedelse til målsamtale og ved afslutning på ViGA

Til henvisningen udvælges de vigtigste og mest presserende sygeplejefaglige problemstillinger.

Ved udfyldelse af skema i forhold til målsamtalen, inddrages kun de relevante sygeplejefaglige problemstillinger, hvor plejepersonalet har observeret et problem, eller hvor borger selv har ytret en problemstilling. Øvrige kan drøftes til målsamtale med geriater.

Der skal ALTID forelægge en ny TOBS, ny vægt samt en CFS, både ved henvisning og til målsamtalen.

De 3 døgns kost- og væskeregistrering skal være udført og udfyldt inden målsamtalen.

OBS at blodprøver jf. geriaters notat skal være taget og der skal forelægge svar inden målsamtale.

Data sendes fra Pandrup Midlertidige Pladser til geriatrisk læge som korrespondance senest kl. 8.00 samme dag, som målsamtalen skal afholdes.

Navn og alder:

Stuenummer:

Skema til udfyldelse for (angiv borgers for-navn)	Før henvisning Dato:	Til målsamtale Dato:	Før fraflytning Dato:
Relevante diagnoser og ko-morbiditeter			
Polyfarmaci og eventuelle nye medicinændringer			
Funktionsniveau Målt via **30 sekunders rejse/sætte sig test** – beskriv om det lykkes med eller uden armlæn og angiv årsag hvis ikke muligt			
CFS (angiv habituel + aktuel)			
Bevægeapparat			
Ernæringsstatus (obs kvalme)			
Hud og slimhinder (b.la. tryksår, svamp, mund-status, tandstatus)			
Kommunikation (afasi, nedsat hørelse, kogni-tiv status, sprog)			
Psykosociale forhold (familieforhold, misbrug)			
Respiration og cirkulation			

(TOBS) 			
Seksualitet			
Smerter og sanseindtryk			
Søvn og hvile 			
Viden og udvikling (forandringer i forhold til habituelt niveau, sygdomsindsigt)			
Udskillelser  (obstipation, diarré, vandladning)			
Nuværende behandlingsniveau/-loft			
Måling af livskvalitet  Angiv score ud af 30 mulige ud fra skema der skal udfyldes ved indskrivelse og afslutning på ophold.			

Bilag 2 ”Det grønne forberedelsesskema”

Velkommen til Jammerbugt Kommune

Vi vil gerne yde en god pleje og omsorg til dig. Derfor er det vigtigt, at vi kender til dine helbredsproblemer. Vi vil derfor bede dig udfylde nedenstående skema til næste gang vi ser dig, hvor vi sammen gennemgår skemaet.

Fulde navn	
Cpr.nr.	
Civil status	
Telefonnummer	

Højde	
Vægt	

Bevægeapparat		***Sæt kryds***
Jeg benytter hjælpemiddel, når jeg færdes ude	**Ja**	
	Nej	
Jeg benytter hjælpemiddel, når jeg færdes derhjemme	**Ja**	
	Nej	
Hvis ja, hvilke og årsag?		
Jeg går til træning	**Ja**	

	Nej	
Hvis ja, hvor?		
Jeg har tidligere været faldet	Ja	
	Nej	
Hvis ja, hvor ofte og hvornår?		
Jeg lider af svimmelhed	Ja	
	Nej	
Hvis ja, hvor ofte og hvornår?		

Funktionsniveau *Sæt kryds*

Jeg klarer selv de daglige gøremål som fx vande blomster, handle osv.	Ja	
	Nej	
Jeg klarer selv personlig pleje?	Ja	
	Nej	

Ernæring *Sæt kryds*

Jeg har haft vægtændring inden for de sidste 3 måneder	Ja	
	Nej	
Hvis ja, hvor stort har vægtændringen været?		
Jeg laver selv mad	Ja	
	Nej	
Jeg får maden udefra	Ja	

	Nej	
Jeg indtager ekstra proteiner i form af energiholdig-drik eller andet prote-intilskud	Ja	
	Nej	
Hvor meget væske drikker du ca. dagligt?		
Eventuelle tilføjelser:		

Hud og slimhinder *Sæt kryds*

Jeg har sår, eksem eller andre hudproblemer (Obs hvis du har sukkersyge, så sæt kryds i Ja)	Ja	
	Nej	
Hvis ja, beskriv problemet og behandling:		

Psykosociale forhold *Sæt kryds*

Jeg oplever at være nedtrykt, deprimeret, angst eller andet	Ja	
	Nej	
Jeg har et netværk	Ja	
	Nej	
Jeg føler mig ensom	Ja	
	Nej	

Smerter og sanseindtryk *Sæt kryds*

Jeg har smerter	Ja	
	Nej	

Hvis ja, beskriv smerterne:		
Jeg benytter briller	**Ja**	
	Nej	
Jeg benytter høreapparater	**Ja**	
	Nej	
Jeg benytter tandprotese	**Ja**	
	Nej	

Respiration / Cirkulation *Sæt kryds*

Jeg har luftvejsproblemer fx astma, KOL osv.	**Ja**	
	Nej	
Jeg har hjerteproblemer	**Ja**	
	Nej	
Jeg er i behandling med blodtryksmedicin	**Ja**	
	Nej	
Jeg har væskeophobning i kroppen	**Ja**	
	Nej	
Hvis ja, beskriv behandling fx vanddrivende medicin, kompression eller andet:		

Samliv og seksualitet *Sæt kryds*

Jeg oplever udfordringer med min seksualitet og/eller samliv på grund af sygdom eller lægemidler.	**Ja**	
	Nej	
Eventuelle tilføjelser:		

Søvn og hvile **Sæt kryds**

Mit søvnmønster om natten er	**Af-brudt**	
	Ikke af-brudt	
Jeg går i seng samme tid hver dag	**Ja**	
	Nej	
Jeg står op på samme tid hver dag	**Ja**	
	Nej	
Eventuelle tilføjelser:		

Udskillelse af affaldsstoffer ***Sæt kryds***

Jeg har problemer med min vandladning, fx at holde på vandet (inkontinens)	**Ja**	
	Nej	
Jeg har problemer med min afføring fx forstoppelse (obstipation) eller diarré	**Ja**	
	Nej	
Eventuelle tilføjelser:		

Viden og udvikling *Sæt kryds*

Jeg oplever problemer med min hukommelse	**Ja**	
	Nej	
Hvis ja, beskriv problemet:		

Andet *Sæt kryds*

Jeg ryger	**Ja**	
	Nej	
Hvis ja, hvor længe har du røget?		
Jeg drikker alkohol	**Ja**	
	Nej	
Antal genstande pr. uge?		

Allergier *Sæt kryds*

Jeg er kendt med allergier	**Ja**	
	Nej	
Hvis ja, gælder det støv, lægemiddeler eller fødevarer?		

Øvrige helbredsproblemer/sygdomme

Beskriv:

Kontroller	*Sæt kryds*	
Jeg går til faste kontroller ved egen læge, speciallæge eller på sygehuset	**Ja**	
	Nej	
Hvis ja, hvor og hvornår?		

Hjælp	*Sæt kryds*	
Modtager du hjælp?	**Ja**	
	Nej	
Hvis ja, hvilken form for hjælp?		

Kontaktinformationer på pårørende i prioriteret rækkefølge	*Telefonnummer*

Bilag 3 Måling af funktionsevne

Anvend en højrygget stol (43-44 cm), placeret mod en væg.

Tæl antal gange personen kan rejse sig fra siddende til fuldt oprejst stilling i løbet af 30 sekunder med armene foldet mod brystet.

Registrer:

Antal oprejsninger	**Ved start på ophold**	**Ved afslutning på ophold**
Uden armstøtte		
Med armstøtte		
Test ikke gennemført sæt x		
Årsag hvis test ikke er gennemført		

Navn og alder:

Stuenummer:

Måling planlagt at skulle foretages forud for ViGA og umiddelbart efter afsluttende opfølgning

Bilag 4 Måling af livskvalitet

OQoL-DL / Depressions List anvendes som før-/eftermål for oplevet livskvalitet.

Målingen gennemføres ved start og afslutning af ViGA-forløbet ved udlevering af skema til udfyldelse af borger evt. med hjælp fra pårørende eller personale ved behov. Mie sikrer at Rikke modtager de udfyldte skemaer til opgørelse.

Resultater kan evt. indarbejdes i skema bilag 1 med de 12 sygeplejefaglige problemområder. Hvis dette sker, er dette skema ikke nødvendigt at anvende.

Måling	**Registrering**
Startscore ud af 30 mulige	/30
Dato for startmåling	
Slutscore ud af 30 mulige	/30
Dato for slutmåling	
Ændring i score	
Vurdering	Forbedret / uændret / forværret
Hvis ikke gennemført	Årsag noteres:

Lavere score angiver bedre oplevet livskvalitet.

I skemaet spørges borger om 15 spørgsmål som fx Er du tilfreds? Sover du godt? med svarkategorier fra 0-2

Måling planlagt at skulle foretages forud for ViGA og umiddelbart efter afsluttende opfølgning

Bilag 5 Initiativer der kan understøtte den fælles forståelse og motivation?

På seminar blev der arbejdet med forslag til initiativer til at understøtte den fælles forståelse, fælles læring og motivation der kan opsummeres i følgende:

- **Kort og tydelig beskrivelse af ViGA-forløbet**
- **Enkle arbejdsgange, der kan fungere i hverdagen**
- **Fælles forståelse af roller, ansvar og samarbejde**
- **Fælles sprog om borgerens mål og målsamtalen**
- **Fælles undervisningsmateriale, introduktion og kompetenceopbygning**
- **Målrettet information til lokalt implementeringsteam til formidling internt**
- **Motivation og ejerskab gennem lokal formidling**

På den baggrund arbejdes med følgende:

- Undervisning i geriatrisk sygepleje afholdt d. 9. og 11. marts 2026
- Undervisning i venøs blodprøvetagning og anvendelse af POCT-udstyr i KBA d. 20/5
- Undervisning i blærescanning
- Mulighed for undervisning i de 12 sygeplejefaglige problemområder. Herunder ernæringsrisiko, aldringsfysiologi, funktionsniveau, hvorfor det er vigtigt at holde øje med vægt, tegn på inkompensation m.m. med det formål at personalet bliver mere trygge i, hvad de skal holde øje med ved de geriatriske patienter/borgere og hvad der skal reageres på og hvordan.
- Udveksling mellem personale på de midlertidige pladser i Pandrup og geriatrisk afd.
- Besøg af geriatriske sygeplejersker på triage-møder og stuegang d. 11. og 13 maj + møde om forberedelse d. 2. juni med fælles øvebane ift. at screene borgere på tavlen ift. om de er kandidater til ViGA + forberedelse af borger til målsamtale.