Afrapportering: Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium (ViGA) - et tværsektorielt forbedringsprojekt

Udvikling, pilotafprøvning og evaluering af tværsektoriel forbedringsindsats

Rikke Beckermann[1] · Stig Andersen[2], [3] · Maria Rosenberg Rasmussen[4]

[1] Kvalitet og Patientsikkerhed, Hospitalsledelse og administration, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland · [2] Geriatrisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland · [3] Klinisk Institut, Aalborg Universitet · [4] Jammerbugt Kommune

Projektperiode: 10. januar–31. december 2026 · Klinisk afprøvning: maj–oktober 2026

Resumé

Baggrund: Ældre borgere med multisygdom og skrøbelighed har ofte behov for en helhedsorienteret vurdering og koordinerede indsatser på tværs af hospital, kommune og almen praksis. Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium (ViGA) blev udviklet med afsæt i erfaringer fra "Geriatri på kommunale pladser i Aalborg" med henblik på at afprøve en samarbejdsmodel, der kan bringe geriatrisk specialistviden tættere på borgeren uden fysisk fremmøde.

Lokalt problem: En indledende behovsafdækning i Jammerbugt Kommune viste hyppige akutte hospitalskontakter blandt borgere på midlertidige pladser før og under ophold samt udfordringer med rettidig lægekontakt, sammenhængende planer og tværsektoriel koordinering. Samtidig adskilte kommunens geografiske og organisatoriske forhold sig fra rammerne for den eksisterende geriatriske indsats i Aalborg.

Metode: ViGA blev udviklet og pilotafprøvet fra januar til oktober 2026 som et tværsektorielt forbedringsprojekt med seks PDSA-spor. Evalueringen bygger på screenings- og henvisningsopgørelser, tværsektoriel audit af syv gennemførte forløb, patientrapporteret inddragelse, projektgruppens refleksioner vedr. vigtigste læringspointer og estimat af personaleressourceforbrug pr. forløb. Hospitalsindlæggelser blev registreret i en 30-dages-periode efter målsamtalen.

Indsats: Der blev udviklet en fælles model for identifikation, henvisning via egen læge, geriatrisk visitation og virtuel målsamtale mellem borger, geriater og kommunal sygeplejerske samt eventuelle pårørende. Målsamtalen danner grundlag for en fælles, handlingsanvisende plan med udgangspunkt i borgerens egne mål, tydelig ansvarsfordeling, klare kontaktveje og fagligt begrundet opfølgning. Modellen blev først afprøvet på midlertidige pladser i Pandrup og efterfølgende hos borgere i eget hjem.

Resultater: Der blev udviklet og afprøvet en samarbejdsmodel med screeningsalgoritme, fælles arbejdsgange og en klinisk drejebog. I alle syv auditerede forløb blev der gennemført en virtuel målsamtale og udarbejdet en fælles plan. Ansvarsfordelingen blev vurderet tydeligt, og behovet for opfølgning var fagligt funderet og dokumenteret i samtlige forløb. Seks af syv planer blev vurderet fuldt handlingsanvisende, mens borgerens egne mål var tydeligt dokumenteret i fire. Projektgruppens erfaringer fremhævede betydningen af samspillet mellem geriaterens specialistviden og den kommunale sygeplejerskes kendskab til borgeren understøttet af viden fra borgers egen læge. 30-dages-opfølgning viste, at seks borgere ikke havde været indlagt indenfor 30 dage efter målsamtalen mens én af de syv borgere havde én indlæggelse, der ved tværsektoriel audit blev vurderet klinisk relevant. De få patientbesvarelser var utilstrækkelige til en samlet vurdering af borgeroplevet inddragelse.

Konklusion: Pilotafprøvningen viser, at en fælles model for virtuel geriatrisk vurdering og behandling kan organiseres og gennemføres på både midlertidige pladser og i borgerens eget hjem. Projektet har resulteret i konkrete, afprøvede samarbejdsredskaber og identificeret centrale forudsætninger for indsatsen, herunder rettidig identifikation, tværsektoriel koordinering og tydelig ansvarsfordeling. Afprøvningen giver endnu ikke grundlag for at vurdere skalerbarhed eller effekt på forebyggelige indlæggelser, men erfaringerne udgør et konkret grundlag for videre udvikling og evaluering.

Afrapporteringen er opbygget efter hovedprincipperne i SQUIRE 2.0 (Ogrinc et al., 2016) med fokus på kontekst, indsats, udvikling, målinger, resultater og fortolkning. Den er en deskriptiv pilotafrapportering – ikke dokumentation for kausal klinisk effekt.

Kontaktperson: Rikke Beckermann, r.beckermann@rn.dk

1. Introduktion

1.1 Baggrund

Ældre borgere med multisygdom og skrøbelighed kan have samtidige medicinske, funktionelle og sociale problemstillinger, som forudsætter sammenhængende vurdering og koordinering. Helhedsorienteret geriatrisk vurdering er en etableret tilgang, men den tilgængelige effektforskning vedrører især hospitalsbaserede modeller; resultaterne kan ikke direkte overføres til virtuelle forløb i kommunalt regi (Ellis et al., 2017).

I Aalborg Kommune blev "Geriatri på kommunale pladser" udviklet og afprøvet i 2025. Her indgik fuldt geriatrisk behandlingsansvar, fysisk tilstedeværelse af geriater og kommunale akutpladser med sygeplejefaglig døgnbemanding. Afprøvningen viste konkrete muligheder, men var samtidig afhængig af lokale rammer, som ikke uden videre var til stede i andre kommuner (Beckermann & Laubek, 2025).

På politisk niveau i Sundhedsklynge Midt blev der taget initiativ til at udvikle og afprøve en lokalt tilpasset virtuel geriatrisk indsats i Jammerbugt Kommune. Første afprøvningssted var de midlertidige pladser i Pandrup, hvis bemanding, borgergruppe og geografiske afstand til hospitalet adskiller sig betydeligt fra akuttilbuddet i Aalborg. En systematisk behovsafdækning dannede grundlag for at vælge målgruppe, forbedringsområder og udvikle en model for samarbejdet.

> *"Gangen før jeg var hos min egen læge, klarede vi den per telefon … og han havde egentlig sagt, det godt kunne klares på den måde næste gang også … Det var frygtelig koldt i går at sidde der i en rullestol og vente på transport … Det bliver jo til en lang dag frem og tilbage for en halvsyg gammel mand."*

Fra interview af borger på de midlertidige pladser i Pandrup i den indledende behovsafdækning, februar 2026. Borgeren beskrev en tidligere telefonisk kontakt til egen læge, som I hans øjne var at foretrække frem for fysisk fremmøde når muligt ift. undersøgelsen.

1.2 Formål og fælles succeskriterier

ViGA blev udviklet for at understøtte tidlig, helhedsorienteret geriatrisk vurdering og en fælles tværsektoriel plan, der tager udgangspunkt i det, borgeren selv ønsker hjælp til. På det første tværsektorielle seminar formulerede projektgruppen tre succeskriterier, der blev fastholdt under hele projektet: tydelighed, sammenhæng og trygge forløb. De mere operationelle mål blev derimod justeret undervejs som led i forbedringsarbejdet.

Tydelighed: Borger, pårørende og personale ved, hvem der gør hvad, og hvem der kontaktes ved behov. Sammenhæng: Kommune, hospital og almen praksis deler relevant viden og arbejder ud fra en fælles, helhedsorienteret plan. Trygge forløb: Borger og pårørende bliver lyttet til og inddraget. Muligheder for at forebygge unødige hospitalskontakter undersøges.

1.3 Mål for pilotafprøvningen

Målene er formuleret som tre målområder, som pilotafprøvningen skal belyse. De er en videre kvalificering af projektgruppens oprindelige succeskriterier:

1. **En enkel og skalerbar samarbejdsmodel:** Udvikling og afprøvning af en tværsektoriel model for virtuel geriatrisk vurdering og behandling i kommunalt regi med potentiale for videre anvendelse.
2. **Sammenhængende forløb med udgangspunkt i borgerens mål:** ViGA skal tage udgangspunkt i borgerens egne mål og sikre en fælles, handlingsanvisende plan med tydelig ansvarsfordeling, klare kontaktveje og faglig vurdering af behovet for opfølgning.
3. **Potentiale for færre forebyggelige indlæggelser:** Undersøge, om ViGA kan bidrage til at forebygge unødvendige indlæggelser, belyst via registrering af hospitalskontakter inden for 30 dage efter målsamtalen og gennem tværsektoriel audit med vurdering af eventuelle indlæggelsers forebyggelighed.

1.4 Begrundelse for indsatsen

Arbejdshypotesen var, at tidlig adgang til geriatrisk ekspertise kombineret med egen læges og den kommunale sygeplejes kendskab til borgerens hverdagsfunktion kunne kvalificere beslutninger og skabe mere sammenhængende forløb ud fra borgerens egne mål. En fælles virtuel målsamtale skulle understøtte et samlet klinisk og borgercentreret perspektiv uden nødvendigvis at kræve transport til hospitalet.

Et fransk multicenterstudie af geriatrisk telefonrådgivning peger på, at lettere adgang til geriatrisk specialistrådgivning kan understøtte klinisk vurdering og visitation og potentielt bidrage til at undgå unødvendige indlæggelser (Goethals et al., 2023).

En mulig reduktion i forebyggelige indlæggelser er en hypotese, der ligger ud over forventningen til denne deskriptive småskalaafprøvning.

2. Metode

2.1 Design, kontekst og organisering

Projektet løber fra 10. januar til 31. december 2026. Den kliniske afprøvning blev indledt i maj 2026 på de midlertidige pladser ved Pandrup Plejecenter og fra september udvidet til borgere i eget hjem i Brovst-området. Afprøvningsfasen blev afsluttet ultimo oktober 2026. ViGA er et ambulant, virtuelt samarbejde og adskiller sig fra Aalborg-modellen, hvor den tilknyttede geriater er fysisk til stede og har det fulde behandlingsansvar. Geriateren har i ViGA behandlingsansvar for de problemstillinger, der vurderes inden for ViGA-forløbet, mens borgerens egen læge fortsat har det almindelige behandlingsansvar.

Projektet var politisk forankret i Sundhedsklynge Midt og organiseret med en tværsektoriel sponsorgruppe, en følgegruppe og fælles projektledelse fra Jammerbugt Kommune og Aalborg Universitetshospital. Projektgruppen bestod af kommunale og regionale klinikere, ledelsesrepræsentanter, repræsentanter fra almen praksis, patient- og pårørenderådgiver fra Aalborg Universitetshospital. Projektgruppen udviklede og reviderede de kliniske arbejdsgange og gennemførte fælles evaluering via tværsektorielle audits. Organiseringen havde til formål at sikre tværsektorielt ejerskab og hurtig omsætning af erfaringer til ændringer i praksis.

2.2 Forbedringsmetode og PDSA-spor

Arbejdet blev gennemført med inspiration fra Model for Improvement og iterative Plan–Do–Study–Act-cyklusser (PDSA) (Langley et al., 2009). Seks tværsektorielle spor omfattede målgruppe/identifikation, henvisning/visitation, forberedelse, målsamtale/fælles plan, indsatser samt opfølgning/overlevering. Ved de fælles projektmøder drøftede deltagerne, hvad der fungerede, hvad der skulle ændres, og hvad der kunne indgå i næste afprøvning. Beslutningerne blev omsat til reviderede instrukser og samlet i en fælles drejebog.

Hovedområder (Drivere)	PDSA-spor
Henvisning og visitation	1. Målgruppe og identifikation 2. Henvisningsprocedure og visitation
Fælles vurdering og plan	3. Forberedelse af målsamtale 4. Målsamtale og fælles plan
Fælles indsats og opfølgning	5. Tværsektoriel indsats 6. Opfølgning, overlevering og videre plan

Et gennemgående princip var at skelne mellem nødvendige og ønskelige aktiviteter (”need to” og ”nice to”). Arbejdet skulle sikre fælles struktur for ansvar og plan, men samtidig give rum for klinisk skøn: hverken forberedelse, diagnostik eller behandling skulle følge en standardpakke uafhængigt af borgerens helbredssituation og egne mål. De konkrete ændringer er dokumenteret deskriptivt; der foreligger ikke ensartede tidsserier fra hvert PDSA-spor.

2.3 ViGA-interventionen

Målgruppen var borgere på 65 år eller derover med geriatriske problemstillinger, f.eks. multisygdom, polyfarmaci, funktionstab og risiko for indlæggelse, hvor en samlet vurdering kunne kvalificere den videre indsats. Borgers egen læge eller kommunale sygeplejersker identificerede kandidater, tog initiativ til henvisning og forberedte målsamtalen. Borgerens egen læge skulle henvise til geriatrisk ambulatorium, også hvis identifikation var sket via hjemmesygeplejen; først herefter kunne geriateren visitere borgeren til ViGA. Under den virtuelle målsamtale deltog borger, geriater, kommunal sygepleje og efter ønske og mulighed pårørende. På baggrund af samtalen blev der udarbejdet en fælles, handlingsanvisende plan med tydelighed vedr. ansvar og kontaktveje. Behov for opfølgning blev en individuel, fagligt funderet vurdering – for enkelte borgere var det ikke nødvendigt og for andre var der behov for et eller to opfølgende møder; et særskilt opfølgningsmøde var ikke et krav i alle forløb.

Identifikation	**Henvisning**	**Visitation**	**Virtuel målsamtale**	**Plan og opfølgning**
Kommune	Egen læge	Geriater	Borger · evt. pårørende · sygepleje · geriater	Aftalte ansvarlige

Figur 1. Forenklet forløbsoversigt over ViGA. Nærmere arbejdsgange og ansvar er beskrevet i ViGA-drejebogen.

2.4 Datakilder og analyse

Før afprøvningen blev 87 opholdsforløb fra de midlertidige pladser i andet halvår 2025 koblet med data om akutte hospitalskontakter. Derudover indgik manuel gennemgang af 74 ophold, feltobservationer, interview med én borger og tre pårørende, en læringsorienteret tværsektoriel audit af fem udvalgte forløb samt et medarbejderspørgeskema til den kommunale sygepleje vedr. kompetencebehov indenfor geriatri (n = 23). Behovsafdækningens datakilder blev anvendt til at forstå den lokale kontekst og formulere forbedringsbehov – ikke som en sammenlignelig før-måling for ViGA-effekt.

Den efterfølgende pilotafprøvning er belyst ved systematisk screening i Pandrup (31 registreringer for 30 unikke borgere, uge 22–45); oplysninger om 8 fagligt identificerede kandidater i eget hjem, tværsektoriel audit af syv ViGA-forløb (tre fra Pandrup, fire fra eget hjem); tilgængelige CollaboRATE-besvarelser, PDSA-opsamlinger; projektgruppens refleksioner vedr. vigtigste læringspointer d. 19. oktober og faglige estimater af forbrug af personaletid. Et yderligere tilpasset forløb uden borgerdeltagelse er beskrevet særskilt. 30-dagesopgørelse vedrører alle syv forløb pr. 16. november 2026.

Data er analyseret deskriptivt med tæller/nævner for de syv auditerede forløb og med særskilt beskrivelse af Pandrup og eget hjem. Pandrup opgjorde systematisk screening af alle borgere i en afgrænset population; i eget hjem startede registreringen først efter kommunal faglig udvælgelse. Andele kan derfor ikke sammenlignes som inklusionsrater. Auditgruppens faglige vurderinger og projektgruppens refleksioner er anvendt til at beskrive mulige mekanismer, organisatorisk læring og begrænsninger. Der er ingen kontrolgruppe, og sammenhængen mellem ViGA og hospitalsindlæggelser kan ikke undersøges kausalt.

2.5 Datakvalitet og etiske forhold

Tværsektorielle audits blev gennemført ved forløbsgennemgang og tværsektoriel drøftelse efter en fælles udviklet auditskabelon med 60 spørgsmål der belyser borgerforløbene før/under og efter ViGA. De

enkelte procesindikatorer vurderes særskilt: dokumenteret borgermål, fælles plan, handlingsanvisning, tydeligt ansvar, kommunikation og fagligt begrundet stillingtagen til opfølgning. Ifølge projektgruppens seneste afklaring er behovet for opfølgning vurderet og dokumenteret i alle syv forløb; møder afholdt, planlagt eller fravalgt opgøres særskilt. Til 30-dages-observation anvendes datoen for målsamtalen som udgangspunkt. Ved opgørelse d. 16. november var der fulde oplysninger om indlæggelser for alle syv forløb.

Afrapporteringen gengiver ingen navne på borgere eller øvrige direkte identifikatorer. Der er indhentet ledelsesmæssig godkendelse af tværsektoriel audit i de involverede organisationer. Rapporten er en kvalitetsforbedringsrapport og ikke en klinisk forskningsprotokol.

3. Resultater

3.1 Den indledende behovsafdækning

Den indledende opgørelse af 87 forløb på midlertidige pladser i Pandrup i sidste halvår 2025 viste 231 akutte hospitalskontakter knyttet til borgergruppen: 52 % var registreret 30–0 dage før opholdet og 27 % under opholdet og de resterende 21% i perioden efter opholdet.

Feltobservationer, interviews, medarbejderspørgeskema og læringsaudit pegede på behov for tidligere helhedsorienteret vurdering, lettere adgang til lægefaglig sparring, tydeligere planer og større systematik i borgerinddragelsen. I medarbejderspørgeskemaet angav 20/23, at lægekontakt af og til eller ofte vanskeliggjorde rettidig handling, og 7/23 oplevede tydelighed om, hvilken læge eller kontaktvej der skulle anvendes. Resultaterne indgik i designet af ViGA og understøttende geriatrisk undervisning af centersygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i Pandrup og Brovst.

3.2 Udvikling og løbende tilpasning af indsatsen

På baggrund af gentagne faglige drøftelser blev tre ændringer særligt betydningsfulde for den model, som endte med at blive afprøvet:

- **Screeningsalgoritme:** Den første identifikation tog udgangspunkt i inklusions- og eksklusionskriterier. PDSA-gruppen udviklede herefter en konkret screeningsalgoritme, der ved afprøvningen i eget hjem blev vurderet enkel at anvende, også af personale uden tidligere ViGA-erfaring. Der er tale om en medarbejdervurdering, ikke en formaliseret brugervenlighedstest.
- **Individuelt tilpasset diagnostik:** Hvor EKG og blodprøver indgik som rutinemæssige led i den tidligere Aalborg-model, blev det i ViGA besluttet, at geriateren ved visitation vurderer behovet for nye blodprøver. Dermed tager diagnostikken udgangspunkt i en konkret klinisk vurdering frem for en fast standardpakke.
- **Mindre forberedelse ved kendt borger:** Ved udvidelsen til eget hjem blev det afprøvet at reducere den kommunale sygeplejerskes forberedelse, når sygeplejersken kendte borgeren og kunne redegøre for relevante observationer under samtalen. Det dokumenterer en konkret forenkling af arbejdsgangen, men ikke, at kort forberedelse generelt giver samme kvalitet i alle forløb.

Ud over disse justeringer er samarbejdet konkretiseret i fælles arbejdsgange for henvisning, visitation, målsamtale, ansvar, informationsdeling og opfølgning. Drejebogen er dermed ikke alene et slutprodukt, men dokumenterer den model, der blev tilpasset undervejs.

3.3 Screening, inklusion og gennemførelse

Aktivitet	Pandrup – midlertidige pladser	Eget hjem – Brovstområdet
Identifikationsstrategi	Alle borgere screenet systematisk	Faglig udpegning af mulige kandidater
Screenede / identificerede	31 registreringer · 30 unikke borgere	10 fagligt udpegede
Mulige kandidater efter første vurdering	3	8 fagligt prioriterede
Ikke videreført til henvisning	27 registrerede fravalg · 1 uafklaret	3 ikke henvist efter lægelig vurdering*
Henvisning via egen læge	3 henvist	7 henvisninger
Gennemførte og auditerede ViGA-forløb	3	4
Tilpasset forløb uden borgerdeltagelse	0	1 (uden for auditpopulationen)
Henvist, endnu ikke gennemført	0	2

Pandrup: 31 screeningsregistreringer for 30 unikke borgere, uge 22–45; én borger optræder to gange i registreringerne. Eget hjem: 10 identificerede og syv henviste. Opgørelserne starter på forskellige trin i identifikationsprocessen og er derfor ikke sammenlignelige som screeningsrater.

I Pandrup blev alle borgere på de midlertidige pladser screenet i den registrerede periode. Der foreligger 31 screeningsregistreringer for 30 unikke borgere i uge 22–45. Tre borgere blev udpeget som relevante ViGA-kandidater, henvist af egen læge og gennemførte et forløb. Der er registreret 27 fravalg og én uafklaret screening; én af de fravalgte borgere er registreret to gange. Registrerede grunde omfattede kliniske forhold, svær kognitiv svækkelse eller kommunikationsvanskeligheder, begrænset mulighed for deltagelse og borgerens eget fravalg. De fravalgte borgere udgør derfor ikke én ensartet gruppe uden behov for geriatrisk sparring.

Blandt borgere i eget hjem identificerede kommunal sygepleje ti mulige kandidater. Syv blev henvist af egen læge til geriatrisk ambulatorium. I tre tilfælde skete henvisning ikke, fordi almen praksis ifølge den kommunale tovholders tilbagemelding vurderede, at borgerne var for skrøbelige til at forventes at profitere af tilbuddet med henblik på at kunne klare sig længere i eget hjem. Denne begrundelse er ikke selvstændigt valideret. Af de syv henviste var fire forløb gennemført og auditeret, ét gennemført i tilpasset form uden borgerdeltagelse, og to afventede. De fire auditerede hjemmeforløb var identificeret fra sygeplejeklinik (n = 3) og hjemmesygepleje (n = 1).

I et yderligere forløb fra eget hjem var borgeren på dagen for dårlig til at deltage i den planlagte virtuelle målsamtale. Den kommunale sygeplejerske havde drøftet problemstillingerne med borgeren, og geriater og sygeplejerske formulerede i fællesskab en plan, som blev formidlet til egen læge. Forløbet er en erfaring med en alternativ anvendelse af specialistrådgivning, men er ikke talt med blandt de syv auditerede målsamtaler.

Borgerne fra Pandrup havde medianalder 79 år og habituelt/aktuelt CFS på henholdsvis 7/8 (n = 3). For borgerne fra eget hjem var medianalderen 86 år og habituelt/aktuelt CFS 4,5/6 (n = 4). I den lille auditpopulation var Pandrup-borgerne således mere skrøbelige vurderet med CFS, selv om de var yngre. Forskellen kan ikke generaliseres.

3.4 Borgerens mål, fælles plan og opfølgning

Auditindikator	Pandrup (n=3)	Eget hjem (n=4)	Samlet (n=7)
Målsamtale afholdt	3	4	7
Fælles tværsektoriel plan udarbejdet	3	4	7
Borgerens egne mål tydeligt dokumenteret	3	1	4
Mål delvist dokumenteret	0	2	2
Handlingsanvisende plan –" ja"	3	3	6
Roller og ansvar vurderet helt tydelige	3	4	7
Notat med plan sendt til egen læge og kommune	3	3	6
Fagligt behov for opfølgning vurderet og dokumenteret	3	4	7
Opfølgningsmøde afholdt	1	4	5
Opfølgningsmøde planlagt, ikke afholdt	0	1	1

I alle syv auditerede forløb blev der afholdt virtuel målsamtale og udarbejdet en fælles tværsektoriel plan. Auditgruppen vurderede ansvarsfordelingen som helt tydelig i 7/7, mens planen blev vurderet fuldt handlingsanvisende i 6/7 og notat med plan blev sendt til både egen læge og kommune i 6/7. Borgerens egne mål var tydeligt dokumenteret i 4/7, delvist i 2/7 og ikke tydeligt i 1/7. Der er således høj grad af gennemførelse af samarbejdsprocessen, men varierende dokumentation af den borgercentrerede del.

I alle syv forløb var behovet for opfølgning ifølge projektgruppens afklaring vurderet og dokumenteret. Seks særskilte opfølgningsmøder var gennemført for i alt fire borgere, og hertil er ét mere planlagt for en af borgerne der dermed får to opfølgningsmøder. De øvrige to forløb blev håndteret uden særskilt opfølgningsmøde, f.eks. efter palliativ overdragelse eller faglig afslutning. Det afgørende kvalitetskriterium er ikke, at alle får endnu et møde, men at opfølgningsbehov og ansvar er klinisk begrundet og håndteret.

Målet om sammenhængende forløb er derfor belyst med en række procesindikatorer frem for ét sammensat procentmål. Resultaterne understøtter, at der etableres fælles planer og tydeligt ansvar, men dokumentation af borgerens mål og ensartet informationsdeling er forbedringsområder. Auditdata siger ikke i sig selv, hvordan borgeren oplevede samarbejdet.

Derudover var dokumentation af behandlingsniveau/behandlingsloft i journalerne angivet som "uklart/ikke dokumenteret" i alle fire auditerede forløb fra eget hjem, mens det var dokumenteret i begge systemer for de tre forløb fra Pandrup. Dette er et dokumentationsfund; der ikke nødvendigvis betyder, at der ikke var taget klinisk stilling.

3.5 Borgeroplevet inddragelse – CollaboRATE

Der foreligger CollaboRATE-besvarelser fra fire (A, B, C, D) af de syv auditerede forløb fra borgere i eget hjem, heraf tre fuldstændige og én delvis besvarelse. CollaboRATE belyser borgerens oplevelse af at blive lyttet til og inddraget i beslutninger om den videre plan. Der anvendes en skala fra 0 til 9, hvor 9 er højest.

CollaboRATE-spørgsmål	A	B	C	D
Hjælp til at forstå helbredssituationen	9	3	5	0
Indsats for at høre, hvad der betyder mest	9	–	5	7

CollaboRATE-spørgsmål	A	B	C	D
Inddragelse i beslutningen om den videre plan	7	–	4	7

Spørgsmålene er gengivet i forkortet form. – = ikke besvaret.

Borger B havde vanskeligt ved at huske målsamtalen på svartidspunktet. Til scoren 0 på første spørgsmål ved borger D knytter sig en kommentar om, at borgeren allerede oplevede at have et godt indblik i egen helbredssituation og derfor ikke havde behov for yderligere afklaring.

De få besvarelser giver ikke grundlag for en samlet vurdering af borgernes oplevede inddragelse. Da skemaerne i nogle tilfælde først blev udfyldt ved en senere opfølgning, er der desuden risiko for hukommelses- og selektionsbias. En væsentlig læring er derfor, at borgerens oplevelse så vidt muligt bør indsamles umiddelbart efter målsamtalen.

CollaboRATE måler oplevet fælles beslutningstagning og ikke samlet tilfredshed eller klinisk effekt (Elwyn et al., 2013).

3.6 Indsatser, hospitalskontakter og fagligt vurderet værdi

Medicingennemgang eller medicinændring indgik i alle syv planer, og fem forløb omfattede genoptræningsplan. De øvrige planer rummede bl.a. faldforebyggelse, ernæringsmæssig indsats, mobilisering og smertelindring. Indsatserne var individuelt tilpassede.

I de syv forløb forelå en samlet vurdering af ViGA's værdi for borgerens samlede forløb fra auditgruppen: stor værdi i tre, nogen værdi i tre og ingen værdi i ét. Der er tale om deltagende fagpersoners vurderinger, ikke uafhængige mål for klinisk effekt eller patientoplevelse. I forløbet uden vurderet værdi rejste projektgruppen spørgsmålet, om den geriatriske indsats var iværksat for sent.

30-dages-opfølgning efter målsamtalen i de enkelte forløb foreligger pr. 16. november for alle syv auditerede forløb: seks borgere havde ingen hospitalsindlæggelse, mens én borger havde én indlæggelse inden for 30 dage, vurderet klinisk relevant ved tværsektoriel audit. Denne faglige vurdering er ikke dokumentation for, at ViGA har reduceret indlæggelser.

3.7 Projektgruppens tværsektorielle læring

I projektgruppens individuelle refleksioner fra 19. oktober blev tidlig geriatrisk involvering, den fælles samtale, relationer og enkle aftalte arbejdsgange samt ressource- og ledelsesforudsætninger fremhævet som vigtig læring. Refleksionerne er projektinterne erfaringsudsagn og ikke en systematisk, uafhængig kvalitativ undersøgelse.

> ***"Virtuel kontakt er afhængig af tæt samarbejde med sygeplejerske på stedet/i hjemmet der kender borgeren."*** Geriatrisk læge, refleksion fra projektgruppen 19. oktober 2026.

> ***"Hvor meget nemmere det bliver at tale sammen når vi kender, og kender til hinanden."*** Chefsygeplejerske, refleksion fra projektgruppen 19. oktober 2026.

På tværs af refleksionerne fremstår den kommunale sygeplejerskes konkrete borgerkendskab og kliniske blik som en forudsætning for at omsætte specialistens vurderinger til en brugbar plan. Samtidig fremhæves relationel koordinering: kendskab til hinanden gør det lettere at finde kontaktveje og løse tværsektorielle problemer. Projektgruppen beskriver dog også tid til forberedelse, møder og opfølgning som en reel kapacitetsforudsætning. En enkel model betyder derfor ikke en indsats uden ressourceforbrug.

3.8 Ressourcer – foreløbige estimater

Funktion	Estimeret personaletid pr. forløb
Kommunal sygeplejerske	5,5 timer
Geriatrisk sekretær	1,0 time
Geriatrisk læge	4,0 timer
I alt	10,5 timer

De fagligt estimerede 10,5 personaletimer pr. ViGA-forløb fordeler sig på kommunal sygeplejerske (5,5 timer), geriatrisk sekretær (1,0 time) og geriatrisk læge (4,0 timer). Estimatet omfatter forberedelse, visitation, konsultation, dokumentation, koordinering og relevant opfølgning. Det bygger ikke på systematisk tidsregistrering på de syv forløb og kan derfor ikke ses som en målt gennemsnitsomkostning.

Værdisætningen på 5.440,75 kr. pr. forløb er baseret på fagligt estimerede tider og anvendte lønsatser og er ikke en målt gennemsnitsomkostning. Beregningen omfatter ikke alle mulige ressourceposter eller alternativomkostninger og kan derfor ikke bruges som en egentlig sundhedsøkonomisk evaluering eller til at konkludere, om ViGA medfører besparelser eller meromkostninger ved stabil drift. Ifølge tilbagemeldinger fra almen praksis blev henvisningsproceduren til ViGA ikke oplevet som mere tidskrævende end den sædvanlige henvisning til geriatrisk ambulatorium. Der er dog ikke foretaget systematisk tidsregistrering i almen praksis.

4. Diskussion

4.1 Hvad viser afprøvningen?

Afprøvningen giver et konkret svar på det første mål: Et virtuelt, tværsektorielt geriatrisk forløb kan organiseres med henvisning fra egen læge, geriatrisk visitation, fælles målsamtale og handlingsanvisende plan i to forskellige kommunale kontekster. At modellen er udviklet og anvendt i få forløb, er dog ikke ensbetydende med, at den er enkel for alle aktører eller skalerbar ved drift i større omfang. Dertil kræves bredere afprøvning, dokumentation af personaleforbrug og evaluering af organisatoriske forudsætninger.

For det andet mål er der dokumenteret fælles planer og klar ansvarsfordeling i alle auditerede forløb, mens borgerens egne mål ikke altid fremgår tilstrækkeligt tydeligt, og én plan kun delvist blev vurderet handlingsanvisende. Den fagligt begrundede stillingtagen til opfølgning var dokumenteret i alle syv, men forløbene viste forskellige behov for faktisk mødeaktivitet. Den borgeroplevede inddragelse kan endnu ikke bedømmes forsvarligt. Det understreger forskellen mellem, at en arbejdsproces er udført, og at dens kvalitet er demonstreret fra borgerens perspektiv.

For det tredje mål giver den afsluttede 30-dagesopfølgning ikke grundlag for nogen effektkonklusion. Seks af de syv borgere havde ingen indlæggelse inden for 30 dage efter målsamtalen, mens én borger havde én indlæggelse, der ved tværsektoriel audit blev vurderet klinisk relevant. Antallet er småt, og der er ingen sammenlignelig kontrolgruppe eller systematisk kontrafaktisk vurdering. Et klinisk skøn over mulig forebyggelighed kan understøtte læring, men kan ikke erstatte et effektdesign. På samme måde viser de forskellige identifikationsveje i Pandrup og eget hjem en vigtig kontekstforskel, men kan ikke rangordnes ud fra 3/30 og 7/10.

4.2 Styrker og begrænsninger

Styrkerne er den forudgående flerstrengede behovsafdækning, deltagelse på tværs af sektorer, løbende justeringer i seks PDSA-spor, dokumentation af en faktisk afprøvet model og systematisk audit af de syv forløb, der kunne nås inden afslutningen af testfasen. Kombinationen af procesdata, kliniske vurderinger,

medarbejderrefleksioner og sparsomme patientrapporterede oplysninger synliggør både gennemførte aktiviteter og usikkerheder. Den konkrete kontekstbeskrivelse forbedrer vurderingen af overførbarhed.

Begrænsningerne er væsentlige: syv auditerede forløb, kort opfølgning, ingen kontrolgruppe, få CollaboRATE-besvarelser med forsinket indsamling og auditvurderinger fra fagpersoner involveret i indsatsen. Der er ikke systematisk eftermåling af medarbejderkompetencer eller registrerede personaletimer pr. patient. Screening i Pandrup og klinisk udpegning i hjemmet har forskellige populationer og nævnere. Den konkrete begrundelse for tre manglende lægehenvisninger er sekundært rapporteret. De operationelle mål er desuden kvalificeret undervejs, hvorfor de ikke bør behandles som faste, forudregistrerede endepunkter. Resultaterne kan belyse gennemførlighed og forbedringsbehov, men ikke effekt eller generaliserbarhed.

4.3 Betydning for videre udvikling

Den videre udvikling bør bygge på en eksplicit målgruppebeskrivelse og ensartet registrering af hele forløbet fra vurdering til henvisning, visitation, plan og afslutning. Det skal være enkelt at dokumentere borgerens mål, hvem der gør hvad, og hvorfor opfølgning enten gennemføres eller ikke er indiceret. Borgeroplevelser bør indsamles umiddelbart efter målsamtalen, når det er muligt. En længere afprøvning bør på forhånd afgrænse akutte hospitalskontakter, genindlæggelser, dødsfald, opfølgningsperioder og eventuelle sammenligningspopulationer. Samtidig må tidsforbrug og overlevering mellem sektorer beskrives, hvis skalerbarhed skal vurderes.

5. Konklusion og anbefalinger

ViGA har i den afgrænsede pilotperiode resulteret i en fælles tværsektoriel model for virtuel geriatrisk vurdering og behandling med en screeningsalgoritme, henvisnings- og visitationsvej, fælles målsamtale, plan og drejebog. Syv forløb blev auditeret. Alle syv havde en fælles plan og dokumenteret faglig stillingtagen til opfølgning; ansvar blev vurderet tydeligt i alle syv. Der er samtidig behov for mere konsekvent dokumentation af borgerens mål og systematisk indsamling af borgernes oplevelse. Modellen er afprøvet både på midlertidige pladser i Pandrup og i eget hjem, men den er endnu ikke demonstreret skalerbar i større skala.

30-dages-oplysninger om indlæggelser efter målsamtalen foreligger for alle syv forløb. Seks havde ingen indlæggelse og én havde én klinisk relevant indlæggelse. Der kan pga. det lave antal ikke konkluderes på udvikling i forebyggelige indlæggelser, ligesom den foreløbige værdisætning af personaletid ikke giver grundlag for en egentlig økonomisk effektvurdering. Resultaternes væsentligste bidrag er en reproducerbar samarbejdsmodel og kvalificerede hypoteser om målgruppe, timing, planens kvalitet og tværsektoriel koordinering.

6. Perspektivering

ViGA repræsenterer en model for at bringe specialiseret geriatrisk vurdering tættere på den skrøbelige borger uden som udgangspunkt at kræve fremmøde på hospitalet. Modellen kan være relevant som inspiration for udvikling af det nære sundhedsvæsen, men en videre spredning forudsætter vurdering af målgruppe, almen praksis' rolle, kommunal sygeplejekapacitet, virtuelle kompetencer, journaldeling og finansiering. Erfaringerne fra Aalborg og Jammerbugt viser netop, at lokale forudsætninger påvirker valget af model.

Ledelsen på de midlertidige pladser i Pandrup og tovholderen for de udekørende sygeplejersker har i forlængelse af udviklingsarbejdet udtrykt ønske om tilsvarende mulighed for specialiseret sparring med ældrepsykiatrien, fordi personalet oplever stigende kompleksitet og psykiatriske problemstillinger i borgergruppen. Dette er et lokalt identificeret udviklingsbehov og ikke dokumentation for en ændret

sygdomsforekomst. Det kan undersøges som et særskilt perspektiv, hvor relevante psykiatriske kompetencer og målgrupper afklares i samarbejde med kommunale og regionale aktører.

Ved et afsluttende arrangement "ViGA – oplæg og dialog" afholdt d. 9. november 2026 drøftede deltagere fra kommuner, hospitaler, almen praksis og regional administration i seks tværsektorielle grupper mulige anvendelser af erfaringerne i det nære sundhedsvæsen. Blandt de konkrete idéer var virtuel specialistvurdering inden for diabetes og psykiatri, videreudvikling af den eksisterende sårjournal og lettere adgang til konference med specialister. Der blev også peget på kompetenceudvikling og e-læring, fælles notater og digitale forløbsbeskrivelser. Drøftelserne repræsenterer deltagernes perspektiver på videre udvikling, ikke resultater fra pilotafprøvningen eller fælles vedtagne anbefalinger.

En potentiel næste afprøvning kunne med fordel undersøge, om tidligere involvering af specialist ekspertise giver mere værdi, om de fælles planer fastholdes og realiseres, og hvordan en fagligt tilpasset opfølgning bedst understøtter borgerens mål. Desuden bør det belyses, hvilke ressourcer indsatsen kræver i stabil drift.

Bidrag og tak

Rikke Beckermann og Maria Rosenberg Rasmussen har varetaget den fælles tværsektorielle projektledelse. Stig Andersen har som Cheflæge i i Geriatrisk Afdeling bidraget med klinisk-faglig sparring og gennemgang af manuskriptet. Rapporten bygger på udvikling, afprøvning og tværsektoriel audit i samarbejde mellem Jammerbugt Kommune, Aalborg Universitetshospital og almen praksis. Forfatterne takker den samlede projektgruppe og øvrige involverede medarbejdere for deres bidrag samt de borgere og pårørende, som har delt erfaringer og perspektiver.

Referencer

- Beckermann, R. & Laubek, C. (2025). Geriatri på kommunale pladser. Afrapportering, december 2025. Aalborg Universitetshospital og Aalborg Kommune.
- Ellis, G. et al. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD006211. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3
- Elwyn, G., Barr, P.J., Grande, S.W., Thompson, R., Walsh, T. & Ozanne, E.M. (2013). Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. Patient Education and Counseling, 93(1), 102–107. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.009
- Goethals, L. et al. (2023). Decreasing hospitalizations through geriatric hotlines: A prospective French multicenter study of people aged 75 and above. BMC Geriatrics, 23, 783. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04495-9
- Langley, G.J. et al. (2009). The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance (2. udg.). Jossey-Bass.
- Ogrinc, G. et al. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. BMJ Quality & Safety, 25, 986–992. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411