VIRTUELT GERIATRISK AMBULATORIUM · ViGA

Specialistviden tættere på borgeren

Erfaringer med Virtuelt Geriatrisk Ambulatorium (ViGA) i Jammerbugt Kommune



ViGA kort fortalt: *ViGA bringer geriatrisk speciallægeviden tættere på skrøbelige ældre – på midlertidige pladser eller i borgers eget hjem. Gennem en virtuel målsamtale og opfølgning efter behov samarbejder borger, evt. pårørende, kommune, egen læge og hospital om en fælles plan med afsæt i borgerens egne mål. Formålet er at skabe trygge, sammenhængende forløb, bevare funktionsevne og livskvalitet og forebygge unødige indlæggelser.*

Hvorfor blev ViGA udviklet?

Ældre borgere med multisygdom og tiltagende skrøbelighed kan have behov for en samlet vurdering af medicin, funktionsevne og støttebehov. Når flere sektorer er involveret, skal det være tydeligt, hvem der gør hvad. Transport til undersøgelser kan være belastende, og både borgere og pårørende kan savne tryghed og sammenhæng, hvis de selv skal "binde forløbet sammen".

Erfaringer fra "Geriatri på kommunale pladser i Aalborg", hvor en geriater er fysisk til stede, gav anledning til at undersøge, om specialistviden også kunne bringes tættere på borgere i mindre kommuner med større afstand til hospitalet – som i Jammerbugt Kommune.

Hvad var formålet?

Formålet var at udvikle og pilotafprøve en enkel, tværsektoriel model for virtuel geriatrisk vurdering og behandling i kommunalt regi. Ambitionen var at samle borgerens egne mål, den kommunale sygeplejerskes kendskab til hverdagen og geriaterens specialistviden i en fælles, handlingsanvisende plan.

Fra et patient- og pårørendeperspektiv var målet, at borgeren blev hørt og fik reel indflydelse på beslutningerne, og at både borger og pårørende oplevede sammenhæng, tydelig ansvarsfordeling og klare kontaktveje. Pårørende skulle inddrages i det omfang, borgeren ønskede det.

Som projektets patient- og pårørenderepræsentant udtrykte det: *"Ingen borger må falde mellem to stole."*

Samtidig ville projektet undersøge modellens potentiale for at forebygge unødvendige indlæggelser.

Sådan fungerer den fælles model

En mulig kandidat til ViGA identificeres i kommunen eller af egen læge. Egen læge henviser til geriatrisk ambulatorium, hvor geriateren visiterer. I en virtuel målsamtale mødes borgeren, den kommunale sygeplejerske, geriateren og eventuelt pårørende. De drøfter borgerens mål, helbredsmæssige problemstillinger og relevante indsatser. Samtalen munder ud i en fælles plan med aftaler om ansvar, kontaktveje og opfølgning, når det vurderes fagligt relevant. 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. Ved tvivl om ansvar afklares dette i dialog mellem egen læge og geriater.

Fra januar til oktober 2026 udviklede og justerede projektgruppen arbejdsgangene på tværs af kommune, hospital og almen praksis. Afprøvningen begyndte i maj på de midlertidige pladser i Pandrup og blev udvidet til borgere i eget hjem fra september. Erfaringerne er omsat til arbejdsgangsbeskrivelser samlet i en fælles drejebog - bl.a. i form af en screeningsalgoritme.

Den tekniske løsning i praksis

En geriatrisk sekretær sender et videolink fra hospitalets elektroniske patientjournalsystem NordEPJ til kommunen via en korrespondancemeddelelse. Den kommunale sygeplejerske åbner beskeden i det kommunale omsorgssystem Nexus på sin iPad og assisterer borgeren i samtalen. Geriateren bruger to pc'er – én til journalen og én til video. Løsningen har fungeret stabilt, også i områder hvor internetforbindelsen var udfordret. Borgeren behøver hverken eget udstyr eller teknisk erfaring.

Hvad viste den første afprøvning?

Tværsektoriel gennemgang af syv ViGA-forløb – tre fra midlertidige pladser i Pandrup og fire fra eget hjem – viste, at alle fik en virtuel målsamtale, en fælles plan med tydelig ansvarsfordeling og faglig vurdering af behovet for opfølgning. Seks af syv planer blev vurderet fuldt handlingsanvisende.

Borgerens egne mål fremgik dog ikke altid tydeligt af planen, og det var vanskeligt at indsamle borgernes oplevelser af inddragelse. Flere kunne ikke huske samtalen, da de blev spurgt ved en senere opfølgning. Derfor bør borgerens oplevelse så vidt muligt indsamles umiddelbart efter målsamtalen.

En vigtig erfaring handlede om målgruppen. På de midlertidige pladser i Pandrup havde mange borgere lange ophold og en høj grad af skrøbelighed. Flere havde også kognitive udfordringer og blev efter projektets kriterier ikke vurderet egnede til ViGA, som forudsatte informeret samtykke og mulighed for at formulere egne mål. Færre end forventet kunne derfor deltage. Efter sommeren blev afprøvningen udvidet til borgere i eget hjem, som sygeplejen kunne identificere gennem hjemmebesøg og sygeplejeklinikker. Det gav mulighed for at afprøve modellen med en anden målgruppe og en anden tilgang til identifikation.

Hvilken betydning kan indsatsen få?

Et vigtigt spørgsmål er, om ViGA kan bidrage til færre forebyggelige hospitalsindlæggelser. Alle syv auditerede forløb er fulgt i 30 dage efter datoen for den virtuelle målsamtale. Seks ud af syv borgere havde ikke været indlagt i perioden. Én borger blev indlagt én gang. Indlæggelsen blev ved tværsektoriel audit vurderet klinisk nødvendig og dermed ikke forebyggelig. Der kan ikke konkluderes noget ud fra så lavt et antal forløb.

LÆRING FRA PILOTAFPRØVNINGEN

Seks erfaringer til nye samarbejdsmodeller

Udviklet gennem seks tværsektorielle PDSA-spor og projektgruppens fælles refleksioner.

1 Identificér den rette borger i tide

Screeningen i Pandrup viste, at mange borgere var meget skrøbelige eller kognitivt påvirkede og derfor ikke egnede efter projektets kriterier. Sygeplejen fandt kandidater via besøg i eget hjem og i sygeplejeklinikker. En fælles vurdering af, hvem der kan profitere, er afgørende.

"Der skabes mulighed for at fange problemer 'vi ellers ikke ville have set'" Citat, kommunal sygeplejerske

2 Den faglige værdi opstår i mødet med borgeren

Geriaterens specialviden, sygeplejerskens kendskab til borgerens hverdag og borgerens egne mål skal mødes. Det lokale borgerkendskab er centralt for at omsætte den virtuelle vurdering til konkrete indsatser.

3 Den fælles plan er den egentlige ydelse

Vurderingen skal blive til aftaler om indsatser, ansvar, kontakt ved forværring og fagligt relevant opfølgning. Alle syv forløb havde en fælles plan, men borgerens egne mål fremgik ikke altid tydeligt.

4 Gør arbejdsgangene enkle – og rollerne tydelige

Screeningsalgoritme, henvisning via egen læge, geriatrisk visitation og klare kontaktveje gjorde modellen enklere. Forberedelsen blev tilpasset behovet frem for en fast undersøgelsespakke. Ansvaret mellem sektorerne skal være tydeligt.

5 Det virtuelle kræver mere end en videoforbindelse

iPad, videolink og to pc'er hos geriateren var teknisk tilstrækkeligt. Lokal forberedelse, opfølgning, engagerede nøglepersoner, relationer og ledelsesmæssig forankring er afgørende. Estimeret personaletid på tværs af kommune og hospital: 10,5 timer pr. forløb.

6 Mål det, der har betydning for borgeren

Før-/eftermålinger af funktionsevne og livskvalitet blev ikke gennemført systematisk pga. kørestolsbrug, fysisk/kognitiv svækkelse og tidspres. Fremover bør realistiske målinger suppleres med tidlig borgerfeedback om inddragelse – og eventuelt pårørendes erfaringer.

Mere om ViGA: Afprøvningens afrapportering og drejebog kan rekvireres hos den tværsektorielle projektledelse via r.beckermann@rn.dk