



Det kommunale midlertidige døgnophold



Fund, tendenser og perspektiver
fra et forskningsprojekt på tværs
af 16 kommuner



Det kommunale midlertidige døgnophold – MIDO
Fund, tendenser og perspektiver fra 16 kommuner

Copyright © 2025 og ophavs ret DTU, SDU, reagens,
Komponent og forfatterne

DOI: 10.11581/b5c7afa2-f2ca-4050-b54b-de19f67f975b

Finansiering: Novo Nordisk Fonden bevillingsnummer NNF22OC0077454

Grafisk design og layout: 10gdf.dk

Udgivet af:

DTU Engineering Technology

Lautrupvang 15

2750 Ballerup



FORFATTERNE:

DTU ENGINEERING TECHNOLOGY

Lektor Kasper Edwards, kaed@dtu.dk

Ph.d. Studerende Rebecca Futtrup Gantriis, refuga@dtu.dk

Ph.d. studerende Mahan Rajaeigolsefidi, mahraj@dtu.dk

SYDDANSK UNIVERSITET

Professor Anton Pottegård, apottegaard@health.sdu.dk

Ph.d. studerende Hanin Harbi, hharbi@health.sdu.dk

Specialkonsulent Stine Emilie Junker Udesen, sudesen@health.sdu.dk

REAGENS

Farmaceutrådgiver Søren Post, sp@reagens.dk

KOMPONENT

Chefkonsulent Linda Grouleff Rørbæk, lgr@komponent.dk

■ De Midlertidige Døgnophold (MIDO) udgør et centralt element i overgangen fra hospital til kommune samt den kommunale pleje. MIDO er samtidig en betydelig struktur i det danske sundhedsvæsen med ca. 3800 sengepladser (Implement, 2023) på landsplan. Trods den voksende betydning for rehabilitering og aflastning findes kun begrænset viden om målgrupper, forløb og effekter.

Den offentlige debat om MIDO har været tæt på ikke-eksisterende, måske fordi borgerne som er indskrevet på MIDO typisk er ældre multisyge, som ikke selv har en stemme i debatten.

Forskningsmæssigt er MIDO underbelyst og resultatet er, at vi har meget begrænset viden om denne betydelige og væsentlige struktur i vores sundhedssystem. Denne videnmangel udfordrer udviklingen af en evidensbaseret praksis og politik på området.

I dag er MIDO drevet af kommunerne, men det forventes at komme til at ændre sig med den kommende reform, hvor Sundheds- og Omsorsråd bestående af Regioner og Kommuner skal drive MIDO fra 2027.

Grundlaget for denne rapport udgøres af omfattende kvalitativ og kvantitativ forskning i MIDO'er fra 16 kommuner. Vi har gennemført interviews med ledere, terapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt udført observationer af medicinprocesser på MIDO'er. På baggrund af data fra de deltagende kommuner har vi gennemført statistiske analyser af 11.424 borgere som har været på MIDO i perioden 2016 til 2023. Dette har givet en dybdegående indsigt i organisering, medicinering og arbejdet med borgere på MIDO.

Vi ønsker med denne rapport at bidrage til forståelse og debat af de Midlertidige Døgnophold samt viderebringe viden og indsigt der kan bruges i udvikling og reorganisering af MIDO til en mere sammenhængende funktion for medarbejdere og borgere, når sundhedsrådene overtager ansvaret.

Vi takker SLD gruppen ved DTU Engineering Tech-

nology & Didactics for kommentarer på rapportens kvalitet. Tak til Sverri Hammer og Søren Barlebo Rasmussen fra Mobilize Strategy Consulting som har været lektører på rapporten. Alle fejl og mangler er forfatterens ansvar.

Vi er MIDO'er og kommunerne Egedal, Faaborg-Midtfyn, Gladsaxe, Glostrup, Helsingør, Holbæk, Kalundborg, København, Nordfyn, Lolland, Ringkøbing-Skjern, Odense, Roskilde, Rødovre, Vallensbæk og Vejen meget taknemmelige – dette projekt kunne ikke lade sig gøre uden deres velvilje og deltagelse.

På vegne af forskergruppen

Kasper Edwards, Ballerup, maj 2025

“Døgnophold er sådan en konstruktion ingen snakker om. Endelig er der nogen der interesserer sig for os - alle snakker om plejehjem, praktiserende læger, hospitaler. Men midlertidige døgnpladser, der nogen i vores sundhedsvæsen der ikke engang ved hvad det er, at de er her. Vi er sådan en glemt race herude”

– Leder af MIDO

2. INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Forord	3
2. Indholdsfortegnelse	4
3. Sammenfatning	5
4. Formål	7
5. Baggrund for forskningsprojektet	8
5.1 Hvad er MIDO?	8
5.2 Deltagende kommuner	9
6. De fire studier	10
6.1 Organisering, ledelse og arbejde på MIDO	10
6.1.1 Metode	10
6.1.2 Grundlæggende karakteristika ved arbejdsopgaven	10
6.1.3 Kompetencer er lokalt forankret og forskellige på tværs	11
6.1.4 Organisatoriske siloer	13
6.1.5 Organisatorisk ustabilitet	14
6.2 Registerstudier	16
6.2.1 Metode	16
6.2.2 Registerstudie 1: Borgernes karakteristika og forløb	17
6.2.3 Registerstudie 2: Borgernes medicinforbrug	19
6.2.4 Registerstudie 3: Subgrupper blandt borgerne på MIDO	23
6.3 Observationsstudie	27
6.3.1 Metode	27
6.3.2 Medicinrelaterede udfordringer	27
6.4 Medicinhåndtering på MIDO	29
6.4.1 Metode	29
6.4.2 Medicin i overgangen	29
7. Perspektiver og fokusområder	31
7.1 MIDO i et kommende sundhedsrådsperspektiv	32
8. Referencer	34



■ Midlertidige døgnophold (MIDO) spiller en vigtig rolle, ofte i overgangen mellem hospital og kommune for patienter, der fra hospitalets perspektiv er færdigbehandlede, men som stadig har behov for pleje, monitorering, genoptræning og behandling. Denne rapport dokumenterer fund fra et tværfagligt forskningsprojekt, der undersøger MIDO i 16 danske kommuner.

Med cirka 3800 sengepladser i 2024 er MIDO en væsentlig del af sundhedssystemet, men sektoren er præget af informationsbrud, organisatorisk ustabilitet og utilstrækkelige rammer for plejen. Dette påvirker mulighederne for at skabe sammenhængende og patientsikre forløb på tværs af sektorer, især for den ældre borger med multisygdom.

Formålet med en organiseringsform som MIDO (intermediate care) er at sammenflette og skabe sammenhæng mellem ydelser på tværs af sundheds- og socialsektoren. Dette er særlig vigtigt i det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske patient, hvis behov typisk også er langsigtede. Et britisk empirisk studie (2011) der kortlægger forløb for ældre multisyge patienter viser som eksempel, at den gennemsnitlige ældre patient med diabetes på ét år, har brug for ca. 80 forskellige ydelser og indsatser på tværs af organisationer og sundhedsprofessionelle. Selv om det ikke er direkte sammenligneligt med et gennemsnitligt forløb i Danmark, sætter det kompleksiteten og behovet for samarbejde og integration i relief. Set i forhold til traditionelle og velkendte organiseringsformer i sundhedsvæsenet - hospitaler og den kommunale sygepleje, såvel som plejehjem og genoptræning, er MIDO en meget sammensat organisering, hvor plejeopgaven konkurrerer med koordineringsopgaven på nye måder. Det giver udfordringer, både på MIDO, men også for samarbejdende aktører på tværs af sundhedsvæsenet. Manglende politisk strategi, intern og tværgående uklarhed om roller og kompetenceområder, ustabile og divergerende rammer - både økonomisk og organisatorisk,

samt fragmenterede kommunikationssystemer er alle medvirkende og vigtige faktorer der har negativ indflydelse på sammenhæng (Ljungholm et al. 2022; Raus et al. 2020). Samtidig har disse elementer vist sig meget tydeligt, i vores kortlægning af MIDO.

Denne rapport lægger således op til en bred dialog om MIDO's fremtid og nødvendige reformer for at skabe sammenhængende og borgernære sundhedstilbud, og om hvordan behandling, genoptræning og helhedspleje kan forenes i et gensidigt forpligtende samarbejde i et reformeret sundhedsvæsen, til gavn for sundhedspersonalet og for den ældre borger.

HOVEDRESULTATER

1. DRIFT OG STRUKTUR

- MIDO varierer markant i struktur, praksis og ressourcer. Mens nogle faciliteter tilbyder omfattende rehabilitering, er andre begrænset af plads og kompetencer.
- Betydelig variation i faggruppers tilstedeværelse og ansvar udfordrer kvaliteten og kontinuiteten i borgerforløbene. Social- og sundhedsassistenter udgør ofte kernen i bemanningen, men manglende sygeplejedækning og specialisering skaber udfordringer.

2. BORGERNES KARAKTERISTIKA OG BEHOV

- De fleste borgere er ældre og multisyge med en gennemsnitlig opholdslængde på 24-35 dage. Mange er klinisk ustabile ved ankomst, og næsten 40 % dør inden for et år.
- Medicinhåndtering er komplekst: Over 68 % bruger mindst fem lægemidler, og medicinske uoverensstemmelser mellem udskrivningspapirer og faktiske behov skaber problemer.

3. MEDICINHÅNDTERING OG INFORMATIONSFLOW

- Over 83 % af medicinrelaterede data ved overgangen fra hospital til MIDO er uoverensstemmende, hvilket medfører store tidsforbrug og risiko for fejl.

3. SAMMENFATNING

6

- Manglende adgang til fælles IT-systemer og utilstrækkelig kommunikation mellem sektorer hæmmer effektiv medicinadministration og patient-sikkerhed.

4. ORGANISATORISKE UDFORDRINGER

- Hyppige lederskift og uklare rammevilkår for MIDO svækker stabilitet og kvalitet. Kommunernes forskelligartede prioriteringer forstærker variationen i service og patientoplevelse.



■ Denne rapport dokumenterer foreløbige fund, tendenser og perspektiver fra en tværfaglig forskningsbaseret kortlægning af de kommunale midlertidige døgnophold (MIDO), som bliver gennemført af Danmarks Tekniske Universitet, Syddansk Universitet, Reagens og Komponent. Projektet er støttet af Helsefonden og Novo Nordisk Fonden og gennemføres i perioden 2020-2026.

Rapporten udspringer af et stormøde der blev afholdt den 29. oktober 2024 på SDU i Odense, hvor ca. 150 centrale aktører i og omkring de kommunale midlertidige døgnophold var samlet for at høre om vores forskningsresultater og diskutere perspektiverne i plenum.

Rapporten dækker fire studier:

1. Et studie af organisering, ledelse og arbejde (Gantriis et al. 2025)
2. Registerstudie af:
 - a. Borgernes karakteristika og forløb (Harbi et al. 2025a)
 - b. Borgernes medicinforbrug (Harbi et al. 2025b)
 - c. Subgrupper blandt borgerne på MIDO (Rajaeigolsefidi et al. 2025)
3. Et observationsstudie af borgerforløb (Ravn-Nielsen et al, 2024)
4. Et studie af medicinhåndtering på MIDO

De fire studier giver en indsigt i de kommunale midlertidige døgnophold, som hidtil har manglet i både forskning og debatten om udvikling af den borger-nære pleje.



■ Antallet af ældre og kronisk syge borgere, er i disse år voksende samtidig med at der i stigende grad opleves mangel på arbejdskraft på alle niveauer i vores sundhedsvæsen – det dobbeltdemografiske tryk. Hospitalet har arbejdet på at effektivisere behandlingsforløb, som har medført hurtigere udskrivning og færre dage på hospitalet.

Dette stiller nye krav til overgangen mellem hospital og kommune samt de sundhedstilbud, borgerne tilbydes. Kommunerne skal håndtere flere komplekse borgere, herunder multisyge borgere, ændrede medicinske behandlinger og behov for palliativ pleje. Mange borgere er ofte klinisk ustabile efter hospital-sindlæggelse, og det skaber udfordringer for kommunerne, når de skal imødekomme borgernes behov for pleje, behandling og genoptræning i samarbejde med aktører på tværs af sundheds- og socialvæsenets grænser.

Løsningen har været at oprette kommunale sengepladser – de Midlertidige DøgnOphold, MIDO, som siden 2007 er vokset fra få til ca. 3800 sengepladser (Implement, 2023) i 2023 Til sammenligning svarer det til ca. 91% af de 4.154 medicinske sengepladser på de danske sygehuse (eSundhed). MIDO udgør således en væsentlig kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen, men hidtil har det stået uklart hvilken funktion og kapacitet de præcist bidrager med. Udviklingen af de kommunale sengepladser er ikke sket efter en overordnet plan, eller en ramme for deres funktion. Ses der på den lovhjemmel som de kommunale sengepladser opererer under, at de heller ikke en officiel del af sundhedsvæsenet.

5.1. HVAD ER MIDO?

MIDO dækker over en bred vifte af kommunale sengepladser som f.eks. akutpladser, rehabiliteringspladser, genoptræningspladser, vurderingspladser, fleksible pladser, observationspladser, aflastningspladser mv. Skellen mellem pladstyper er ikke klart defineret, hvorfor der ikke er entydighed eller konsensus

om hvilke konkrete indsatser der tilbydes på de kommunale sengepladser, herunder omfanget af sundhedsfaglige indsatser og behovet for sundhedsfaglig kompetence. På den måde dækker MIDO et bredt, men ikke veldefineret virksomhedsområde - med undtagelse fra akutpladser. Forskellen ligger i lovgivningen fra hvilken en kommunal sengeplads bevilges. MIDO har hjemmel i Servicelovens § 84, stk. 2 eller akutpladser med hjemmel i Sundhedslovens § 138. Servicelovens § 84.2 giver kommunerne mulighed for at tilbyde midlertidigt ophold til borgere med særlige behov for omsorg, pleje og aflastning. Akutpladser er derimod forankret i sundhedslovens § 138, som omfatter sygepleje og akutindsatser, og dækker kun cirka 5% af det samlede antal kommunale sengepladser. I henhold Serviceloven er kommunerne ikke forpligtede til at tilbyde en kommunal sengeplads og disse sengepladser er ikke underlagt særlige formål, standarder eller opgavebeskrivelser. Derimod har akutpladser særlige kvalitetsstandarder fastlagt af Sundhedsstyrelsen, fordi de ligger under Sundhedsloven. Denne undersøgelse er forankret i at forstå arbejdet med borgere indlagt på de pladser der styres under Serviceloven.

En væsentlig forskel er, at der ikke må opkræves egenbetaling på akutpladser, mens det kan være tilfældet for øvrige midlertidige pladser (Vinge et al., 2021). I praksis betyder det, at størstedelen af de borgere der indlægges på en kommunal sengeplads, ikke har patientrettigheder. Borgeren pålægges derfor egenbetaling på opholdet, og skal selv medbringe egen medicin, hjælpemidler og tøj. At størstedelen, cirka 95%, af de kommunale sengepladser har hjemmel i Serviceloven betyder også at personalet ikke har direkte adgang til medicin, fuldstændig patientdokumentation og direkte tilknytning til lægefaglig beslutningskompetence, og der er ikke krav om sygeplejefaglig tilstedeværelse. Rammevilkårene for driften af MIDO står på den måde i kontrast til, at man ofte er klinisk ustabil efter hospitalsindlæggelse og

ikke nødvendigvis så habil eller selvstændig som Serviceloven lægger op til. Organiseringen af MIDO repræsenterer således en omfattende udfordring for kommunerne - både fagligt, økonomisk og ledelsesmæssig samt en risiko for borgernes sikkerhed, særligt i forhold til medicin.

Der er begrænset viden om MIDO i Danmark, selv om de spiller en stadig større og vigtigere rolle i sektorovergangen fra hospital til kommune. Dette projekt har derfor til formål at skabe et nødvendigt overblik over, hvordan disse pladser anvendes, og hvilke udfordringer og løsninger der eksisterer i praksis.

5.2. DELTAGENDE KOMMUNER

I dette projekt har følgende 16 kommuner deltaget og generøst bidraget med data og tid til interviews:

Egedal, Faaborg-Midtfyn, Gladsaxe, Glostrup, Helsingør, Holbæk, Kalundborg, København, Nordfyn, Lolland, Ringkøbing-Skjern, Odense, Roskilde, Rødovre, Vallensbæk og Vejen.

Af hensyn til den individuelle praksis er kommunerne er anonymiseret i vores analyser.

14 MIDO'er leverede data til registerstudierne og 12 MIDO'er fra hver deres kommune indgik i interviews.

Vi er kommuner og MIDO'er meget taknemmelige – dette projekt kunne ikke lade sig gøre uden deres velvilje og deltagelse.



■ 6.1. ORGANISERING, LEDELSE OG ARBEJDE PÅ MIDO

Denne del indebærer et fokus på hvordan arbejdet understøttes og tilrettelægges på MIDO. En uddybet version og diskussion af fundene er tilgængelig (Gantriis et al. 2025)

6.1.1. METODE

I denne kvalitative del af studiet har 12 kommuner medvirket. Vi har gennemført interviews med 22 ledere fordelt på de 12 MIDO'er – afhængig af størrelse, antal og tilgængelighed af ledere. Interviews med ledere har givet indblik i de overordnede rammer og strukturer for arbejdet lokalt, herunder strategi og arbejdsgange. Derudover har vi afholdt otte historieværksteder (EMA-workshops) med medarbejdergrupper – et mix af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt fysio- og ergoterapeuter. Historieværksted er en slags struktureret fokusgruppeinterview, der identificerer ændringer i arbejde, organisation og ledelse og deres indflydelse på det sundhedsfaglige arbejde i perioden fra 2015 og frem. Det har givet detaljeret indblik i de lokale MIDO'ers udvikling. Fire ud af 12 kommuner har ikke haft mulighed for at stille medarbejdere til rådighed for historieværksted. I det følgende refererer vi til MIDO som 'deltagerne' og angiver, hvis et perspektiv kommer fra enten ledere eller medarbejdere.

Gennem undersøgelsen blev det tydeligt, at alle MIDO'er er meget forskellige i forhold til de fysiske rammer og faciliteter, der former det lokale handlingsrum, og hvordan det daglige arbejde er struktureret og organiseret. Der er dog ét fælles træk ved arbejdets organisering på tværs af de deltagende MIDO'er, nemlig den opgaveramme, som arbejdet tager udgangspunkt i.

Vi starter derfor med at introducere denne fælles opgave – arbejdsopgaven – for at skabe forståelse af, hvad der er unikt ved den funktion, som MIDO har i Danmark. Derefter uddyber vi, hvordan de 12 MIDO'er har udviklet sig til forskellige organisatoriske struk-

turer, med varierende betingelser for at levere og sikre kvalitet i deres ydelser.

6.1.2. GRUNDLÆGGENDE

KARAKTERISTIKA

VED ARBEJDSOPGAVEN

Der er tre grundlæggende karakteristika ved de sundhedsfaglige arbejdsopgaver på MIDO: a) Den lovgivningsmæssige ramme b) Fælles Sprog III (FSIII) og c) borgersammensætning.

6.1.2.1. Den lovgivningsmæssige ramme

Når man diskuterer arbejdsopgaven og funktionen på MIDO'er, nævner alle ledere, at "det, vi laver, er rehabilitering" og henviser til Servicelovens §84 som hjemmel for bevilling af et midlertidigt ophold. Lovgivningen er et arbejdsdefinerende element, fordi det dækker borgernes ret til omsorg, pleje og særlige behov. Dette er en ændring ift. at MIDO oprindeligt fungerede som aflastning og tidsafgrænset genoptræning og til hvad det er i dag. Det lovmæssige rammeværk understøtter derfor heller ikke de sundhedsfaglige aspekter af arbejdet på MIDO. Det betyder, at man som borger mister sine rettigheder som patient ved udskrivelse til MIDO, herunder retten til medicin, forplejning, hurtig adgang til hjælpemidler. At være færdigbehandlet fra en specialiseret sygehusafdeling er ikke ensbetydende med raskhed og fravær af behov for behandling. For praksis betyder det mangel på en række væsentlige forudsætninger såsom fuldbyrdet information om borgernes diagnostik, tilstande og begrænsninger, adgang til medicin m.fl.

Helt overordnet kan det få konsekvenser for kvaliteten af de sundhedsfaglige indsatser på MIDO. Manglen på mere grundlæggende betingelser for arbejdet kolliderer med generelle faglige standarder. Det betyder at medarbejderne må tilpasse sig til lave faglige såvel som etiske standarder, især ift. at borgergruppen på MIDO ofte er ældre, multi-syge og

væsentlig mere skrøbelige end antaget i Serviceloven. Der mangler en lovmæssig ramme for at skabe en god sundhedsfaglig indsats under borgerens ophold.

6.1.2.2. Fælles Sprog III (FSIII) foreskriver rehabilitering og grundlæggende pleje

En anden foranstaltning, der understøtter, at MIDO fungerer inden for rehabilitering og mere grundlæggende pleje, er dokumentationsstandarden, Fælles-sprog III (FSIII). FSIII fokuserer på grundlæggende aspekter af pleje og daglige aktiviteter, og udspringer af helhedsplejen (long-term care). Rammeværket er igen væsentligt for at forstå MIDOs funktion og organisering, da FSIII er bestemmende for det faglige fokus medarbejderne orienterer sig mod hos borgerne. Ligesom det lovmæssige rammeværk, lægger datastandarden FSIII op til, at arbejdet på MIDO'er er orienteret mod borgerens generelle funktionsniveau og praktisk hjælp, mere end på de mere avancerede medicinske og sygeplejefaglige aspekter af sundhedsarbejdet på MIDO. Dette på trods af at sygeplejediagnoser, triagering og kompleks sygepleje også er blevet en uløselig del knyttet til arbejdet på MIDO – og på trods af, at sygeplejens mandat ikke er sikret på MIDO.

6.1.2.3. Borgersammensætningen – behandlingskrævende multisygdom og svækket funktionsevne

Alle deltagere understreger, hvordan rehabilitering ikke længere er en tilstrækkelig beskrivelse af arbejdet. Borgere med multisygdom og polyfarmaci overflyttes til MIDO fra alle mulige medicinske specialer. Borgerne er ofte i en skrøbelig tilstand ved ankomst til MIDO med behov for at blive stabiliseret i op til 1-2 uger, før det er muligt at evaluere og handle på et rehabiliteringspotentiale. En central opfattelse blandt især terapeuterne er, at de ser mindre rehabiliteringspotentiale hos borgerne på MIDO end tidligere (mere end 5 år siden), hvor borgere "hovedsa-

geligt" kom pga. knoglebrud eller anden skade med direkte påvirkning af funktionsniveauet. I tilknytning til dette punkt bemærkes det også, at borgerne i stigende grad har brug for medicinsk behandling ved ankomst, såsom intravenøs antibiotika, sugning af luftveje, parenteral ernæring, dialyse, sårpleje og kræftbehandling. En andel af borgerne er desuden socialpsykiatriske og døende borgere. Borgere overflyttes også til MIDO fra hjemmet og "fra gaden". En del af disse borgere har ikke været hospitalsindlagt før og mangler derfor en diagnose, hvorfor behovet for indsatser er endnu mere tvetydigt. Det stiller nye krav til kompetencer og faglighed på MIDO. Pga. borgernes tilstand og det brede diagnostiske spektrum oplever sundhedspersonalet faglig utilstrækkelighed og at arbejde i blinde. Ifølge både ledere og medarbejdere er rammerne for sundhedsindsatsen på MIDO ikke tilstrækkelig til at gribe borgerne i deres nuværende tilstand.

Mens både lovgivning og datastandarden FSIII lægger op til, at sundhedsarbejdet på MIDO tager sit afsæt i en service- og rehabiliteringsorienteret tilgang, indikerer borgerne og borgermixet på MIDO en mere omfattende praksis, der til dels kræver specialkompetence, herunder kompleks sygeplejefaglig og medicinsk behandling.

6.1.3. KOMPETENCER ER LOKALT FORANKRET OG FORSKELLIGE PÅ TVÆRS

Interviewene viser, at tilstedeværelsen af sundhedsprofessioner og deres kompetencer varierer i lokalt definerede roller og ansvarsområder, hvilket resulterer i forskellige niveauer af pleje og service på tværs af MIDO'er. Klarhed om roller og ansvar er væsentlige for at skabe sammenhæng både internt og på tværs. Derudover prioriteres faggrupper i forskelligt omfang på MIDO, og nogle steder bliver mere specialiserede med mulighed for at tilbyde bedre kvalitet.

6.1.3.1. Social- og sundhedsassistenter er den

primære faggruppe på MIDO

Social- og sundhedsassistenter (SSA) er den primære faggruppe på MIDO. SSA'er er mest involveret i den direkte pleje, er reaktive på borgernes tilstande og er den eneste faggruppe, der dækker hele døgnet. Det betyder, at det ofte er SSA'er, der modtager borgere, når de indlægges aften og weekend, hvor der ikke er sygeplejedækning, og hvor den praktiserende læge ikke er tilgængelig for spørgsmål og afklaring om borgerens situation. For medarbejderne er det en usikker situation, der igen stiller høje krav til faglighed og kompetence hos den enkelte SSA. Den manglende sygeplejedækning medfører, at SSA'er tildeles et stigende antal opgaver, såsom kateterpleje, sårpleje, diabetespleje og medicinadministration.

Hvad der specifikt delegeres, varierer mellem MIDO'er, og der findes ikke nationale retningslinjer til at understøtte konsistens i den faglige udvikling. Mens både SSA'er og ledere understreger, hvordan lokale opkvalificeringsaktiviteter grundlæggende kan være en motiverende faktor og noget, der tilbyder fleksibilitet i planlægning og arbejdsdeling, kan det også forstærke lokale forskelle i plejekvaliteten og uklarhed om opgaveansvar, idet færdigheder og kompetencer udvikles lokalt og ikke kendes på tværs af sektorer.

6.1.3.2. Der er færre sygeplejersker, og deres arbejde er længere væk fra borgerne

Selv om borgerne på MIDO, er blevet mere komplekse, ser vi en tendens til, at de mest kompetente medarbejdere flyttes ind på kontoret og væk fra borgerne. Både ledere og sygeplejersker påpeger, at sygeplejekompetence er nødvendig for at dække de medicinske aspekter af plejen, og at det er vigtigt, at sygeplejersker har erfaring fra specialiseret hospitalsskik. Dette understreges af alle deltagere. Ofte er der kun få sygeplejersker ansat, med eksempler som én sygeplejerske per tiende borger. Lederne

har erfaret at det er udfordrende at få nok sygeplejersker, både pga. lokale økonomiske prioriteringsrammer og den generelle mangel på sygeplejersker. På alle MIDO'er er sygeplejefunktionen tildelt til administrativ koordinering af borgernes pleje, støtte til opkvalificering af social- og sundhedsassistenter samt udvikling af klinisk praksis, der bliver lokalt defineret. Både ledere og sygeplejersker beskriver koordinering som en særligt tidskrævende praksis, der kræver sygeplejekompetencer og samtidig flytter sygeplejerskernes arbejde væk fra borgerne.

6.1.3.3. Fysio- og ergoterapeuter laver mindre rehabilitering

Alle MIDO'er har fysio- og ergoterapeuter. Det varierer, om terapeuterne er ansat af den lokale MIDO, eller om de er "besøgende" fra anden kommunal praksis. Når terapeuterne er besøgende, betyder det at de ikke er tilknyttet den daglige praksis, men kommer på 'udlån' fra anden kommunal instans – det kan være dagligt eller ugentligt. Kombineret med at ikke alle MIDO'er har egentlige faciliteter til træning, er koncentrationen af deres kompetencer forskellig på tværs og muligheden for skærpede rehabiliteringsindsats også varierende. Afhængigt af den kommunale enhed, som MIDO drives under, prioriteres terapeuter og rehabilitering forskelligt. I sidste ende tilbyder nogle MIDO'er mere intensiv og omfattende rehabilitering end andre. Den helhedsorienterede og tværfaglige indsats om borgerne har bedre vilkår de steder, hvor terapeuterne er fast tilknyttet, og har deres daglige gang omkring MIDO-borgere og det resterende sundhedspersonale på MIDO.

Ifølge terapeuterne afhænger graden af, hvor meget de oplever, at deres kompetencer udnyttes til rehabilitering, meget af borgerens tilstand. Selvom mange borgere på MIDO har en genoptræningsplan, er de ofte plejekrævende, svækkede eller ustabile og ikke nødvendigvis parate til målrettet genoptræning. Her peges især på delir. Delir er ikke en tilstand

der afholder udskrivelse fra hospital. Terapeuterne beskriver at føle sig overflødige i store dele af borgerkontakten.

6.1.3.4. Andre professioner

MIDO har ofte supplerende tilknytning fra andre sundhedsfaglige. Disse omfatter talepædagoger, socialpædagoger, farmakonomer og diætister, og en enkelt MIDO har en læge ansat. Det er ikke gængs praksis at læger er ansat på MIDO. Dette skyldes overvejende at borgerens praktiserende læge har behandleransvaret, og kommunalt ansatte læger ikke må yde selvstændig behandling uden involvering og endelig godkendelse fra borgerens egen læge. Ifølge lederne er prioriteringen af supplerende faggrupper et forsøg på at imødekomme de forskellige arbejdsområder, der er på MIDO, men det varierer på tværs af lokaliteter hvad for faglige kompetenceområder der prioriteres. For eksempel er en diætist ansvarlig for screening og implementering af ernæringsindsatser på nogle MIDO'er, mens andre MIDO'er ikke har prioriteret specialiseret ernæringsfaglig kompetence. Dette bidrager også til forskelle i den kvalitet, der tilbydes på MIDO.

6.1.4. ORGANISATORISKE SILOER

Koordinering og samarbejde omkring borgerforløb er præget af en silo-struktur hvor forskellige styringslogikker hindrer en tilstrækkelig tværsektoriel indsats om borgerne. For at etablere borgerens forløb på MIDO og evaluere samt justere behandlingsinterventioner undervejs er det essentielt, at sundhedsmedarbejderne kontinuerligt kommunikerer og samarbejder med sundhedsaktører på tværs af sektorer. Her er fokus primært på den kommunale visitator, hospitalslægen og den praktiserende læge. Hver aktør, der deler ansvaret for borgerens forløb, opererer inden for forskellige organisationer, hver med sin egen styringslogik. Dette afspejler sig i kommunikationsbrud, særligt i overgange til MIDO, samt en

mangel på viden om lokale servicekapaciteter. Som følge heraf står de lokale sundhedsmedarbejdere over for udfordringer med at skabe kontinuitet i borgerens forløb.

6.1.4.1. Manglende viden om MIDO-kapaciteter blandt aktører

Den kommunale visitator fungerer som gatekeeper til alle kommunale sundheds- og rehabiliteringstilbud, inklusive MIDO. Det er ikke garanteret, at visitatoren har specifik viden om den lokale servicekapacitet. Ifølge deltagernes beskrivelser kan mangel på viden resultere i, at borgere henvises til MIDO, selvom de ikke har kapacitet til at hjælpe dem. I de tilfælde genindlægges borgeren ofte på hospitalet, så en anden, mere passende løsning kan findes. Dette kompromitterer patientsikkerheden, da overgange generelt anses for at være en sårbar fase i et patientforløb, og hører til en af de procedurer behæftet med flest risici i sundhedsvæsenet.

Med undtagelse af de første 72 timer efter borgerens er udskrevet fra hospital, er det de praktiserende læger, der har ansvaret for borgerne. Både sundhedsmedarbejdere og ledere problematiserer generelt, at de praktiserende læger ikke er bekendte med og opdateret om den enkelte borgers forløb, da lægen generelt kun reagerer på specifikke og direkte forespørgsler i deres praksis, og har i udgangspunktet ikke en arbejdsgang relateret til MIDO. Deltagerne beskriver hyppig frem og tilbage-kommunikation med hospitalslægen og den praktiserende læge, da hver part kan mene, at den anden er ansvarlig eller mangler den nødvendige viden til at træffe behandlingsrelaterede beslutninger. Dette medfører videnshuller om emner, der kan være afgørende for at kunne gribe ind på borgerens vegne i rette tid, og efterlader sundhedspersonalet i et informationsvakuum uden de rette foranstaltninger til at imødekomme borgerens medicinske behov, hvilket kan kompromittere patientsikkerheden og kontinuiteten. På denne bag-

grund vurderes det, at fælles gældende kvalitetsstandarder eller formelle samarbejdsforanstaltninger og rammer vil kunne understøtte integrationen af sundhedsydelser på tværs.

For den ansvarlige hospitalslæge gælder det, at de udskriver borgere til flere kommuner og generelt ikke opfattes som værende bekendt med den lokale MIDO-kapacitet. Når beslutningen om udskrivelse træffes, bør borgeren modtage information om, hvad de kan forvente af et ophold på MIDO. Sundhedspersonalet rapporterer dog, at mange borgere ankommer med forventninger, der ikke stemmer overens med, hvad der faktisk vil ske, og hvad der kræves af borgerens egen indsats, da MIDO adskiller sig væsentligt fra et hospitalsforløb. Når en borger hjemtages til kommunen på MIDO fra hospitalet, betragtes de som borgere og mister deres ret til medicin, tøj osv. medmindre det er en akutplads. Ifølge medarbejderne fører forventningsmæssige uoverensstemmelser ofte til konflikter, hvis borger eller pårørende mangler de nødvendige ressourcer, eller har fået en anden opfattelse af hvad et midlertidigt ophold indebærer. Det kan give borger og pårørende en opfattelse af at der ikke er 'styr på tingene' der kan skabe skepsis om forløbet og påvirke borgerens oplevelse af kontinuitet, samtidig med at det formindsker mulighederne for at skabe kontinuitet i forløbet.

6.1.4.2. Kommunikationsbrud i overgange

Samarbejde med tværsektorielle aktører er præget af manglen på en integreret IT-løsning, der gør det muligt for alle parter at få adgang til fuldstændige oplysninger om borgers tilstand, diagnoser og behandlingsplan. Dette betyder, at medarbejderne udelukkes fra at læse borgernes behandlingshistorik. Når borgeren ankommer til MIDO, modtager medarbejderne en udskrivningsrapport, der giver et kort resumé af det seneste hospitalsophold. For at få oplysninger om borgerens fulde diagnostiske billede og behandlingsbehov forklarer medarbejdere at de

ofte bruger flere timer på en vagt, på at opspore hospitalspersonale med kendskab til borgeren. Medarbejderne tilføjer også, at borgerens tilstand kan være meget anderledes end det, der er beskrevet i udskrivningsrapporten, eller der kan være restriktioner eller forsigtighedsforhold relateret til borgerens tilstande, der ikke indgår i beskrivelserne. Dette skaber uklarhed i arbejdet med borgeren, fx hvis der er en bevægelse eller aktivitet de ikke må lave, hvilket gør det vanskeligt at vurdere og igangsætte de nødvendige interventioner, når borgeren ankommer til MIDO.

6.1.5. ORGANISATORISK USTABILITET

Som organisation er MIDO præget af ustabilitet i ledelsen samt strukturer og dagsordener. I kombination med mangel på generel viden og vision for MIDOs rolle og legitimitet, er de lokalt udfordret i at skabe en balance mellem ensartet service og opgaven konkurrerer med andre lokale velfærdspolitiske hensyn, med konsekvenser for kvalitet, sammenhæng og patientsikkerhed. F.eks. kan kommunale budgetproblemer på kort sigt medføre nedskæring i antal sengepladser. Dette afspejles i hyppige ændringer i ledelse og sundhedsmedarbejdere, organisering af arbejdsprocesser og i løbende justeringer af det fysiske arbejdsmiljø, dvs. faciliteter, størrelse og struktur på stederne.

6.1.5.1. Betydelig udskiftning i ledelse

Når ledere udskiftes, medfører det en periode med forandringer i arbejdet, herunder faglighed og procedurer. Dette kan være udfordrende for at opretholde plejeniveauet, mens ændringer implementeres, og det påvirker kvaliteten af ydelserne og det generelle arbejdsmiljø.

De fleste MIDO'er har været udsat for hyppige lederskift, med illustrative eksempler, som f.eks. tre lederskift inden for en periode på seks måneder. Medarbejderne argumenterer for, at skiftene

skyldes en uoverensstemmelse mellem den enkelte leders kompetencer og deres erfaring med de opgaver, der er forbundet med MIDO. Et eksempel var en leder, der med faglig baggrund som fysioterapeut skulle lede den enkle MIDO som genoptræning – uden supplerende sygeplejefaglighed fungerede det ikke – opgaven var blevet mere kompleks og plejekrævende, og den retning og de krav der blev stillet til arbejdet, stemte ikke overens med kompleksiteten i arbejdet omkring borgerne, deres somatiske tilstande og behov. Lederne selv tilføjer til dette perspektiv ved at sige, at det kræver en særlig evne til at udvikle konkrete arbejdsgange, procedurer og rollefordelinger for at lede MIDO, på en måde der imiterer arbejdets rutiner og rytmer på et hospital. Dette fordi de lokale kompetencer, indretning og muligheder skal tilpasses løbende til de borgere der indlægges og er meget forskellige, svækkede og meget syge i et omfang hvor de kommunale rammer og faciliteter skal understøtte mere tryghed i et meget diversst arbejde omkring borgerne.

Rekruttering af ledere med den rette erfaring, helst fra hospitalssektoren, har været vanskelig. Som følge heraf rapporterer flere ledere, at de har overtaget en "rodebutik," og været nødsaget til at implementere store ændringer, såsom omstrukturering af arbejdsprocesser eller udskiftning af hele medarbejdergrupper.

Flere deltagere nævner, at påbud fra Styrelsen for Patientsikkerhed har udfordret arbejdsituationen, og det kan igen pege på at der er behov for fælles rammer der understøtter og sikrer det faglige niveau på tværs af lokale MIDO'er. Både ledernes og medarbejdernes udsagn tyder på, at forskellige ledere har haft betydelige udfordringer med at styre organisationen i den krævede retning med konsekvenser for patientsikkerheden, og at forudsætninger for den læring og forandring det kræver at omlægge praksis ikke er tilsvarende. Det er vanskeligt at afgøre, om specifikke eksempler peger på en faktisk dårligt

egnet leder, eller om det lige så meget handler om manglende rammebetingelser til at understøtte de forandringsprocesser, der er nødvendige for at imødegå de problemer, der er identificeret under inspektionerne, da de eksempler der nævnes, understøtter begge synspunkter.

6.1.5.2. Arbejdsprocesser og procedurer

En af de største udfordringer ved at sikre et mere ensartet kvalitetsniveau på tværs af enhederne er, at det også er op til hver MIDO at definere rammerne for kvalitet og systematik i deres arbejdsprocesser. Nogle har klart men lokalt definerede procedurer, arbejdsprocesser og rammer for daglige prioriteringer, mens andre er midt i eller i begyndelsen af udviklingen. Deltagerne befinder sig på meget forskellige stadier i deres udvikling, både ift. sygdomsbyrden i hver kommune og i betydelige ændringer i ledelse og sundhedspersonale. Et enkelt fælles træk på tværs af deltagerne er beslutningen om at triagere (faglig prioritering af indsatsområder) borgere dagligt, en ramme særligt kendt og anvendt på hospitaler til opsporing og prioritering af kritiske behandlingskrævende tilstande, hvilket også understreger kompleksiteten af borgersammensætningen.

6.1.5.3. Fysisk arbejdsmiljø og ressourcer

De lokale faciliteter på MIDO varierer i meget stor grad og udgør derfor også mærkbare forskellige betingelser for plejen. Den lokale infrastruktur i den enkelte kommune er også i konstant forandring, og repræsenterer meget forskellige forudsætninger for organisering af dagligt arbejde og pleje. I sidste ende adgang til sundhedsydelser. Mens det fysiske arbejdsmiljø sætter rammerne for handling, er indlæggelse til MIDO ikke umiddelbart noget der planlægges med afsæt i de faciliteter, der er lokalt tilgængelige, og det kan tage tid for medarbejderne at blive effektive i arbejdet. Her peges også på både visitator og udskrivende læges viden om den lokale kapacitet.

Mens flere MIDO er placeret i bygninger, der tidligere har været brugt som plejehjem, er nogle få placeret i gamle kontorer, som ikke har grundlæggende hjælpemidler som badeværelser tilknyttet rummet, patientlifte og lignende hjælpemidler. Et par MIDO er beliggende i bygninger, der enten er bygget eller renoveret til at understøtte arbejdet. Da et ophold på MIDO ofte involverer medicinsk behandling og rehabilitering over en længere periode, er plads til hjælpemidler samt adgang til grundlæggende plejeelementer, f.eks. hygiejne og privatliv nødvendigt. Med kun få MIDO "designet" specifikt til formålet, rapporterer deltagerne om mange tilfælde, hvor borgere ankommer med uforenelige hjælpemidler, også med genindlæggelse som konsekvens.

Antallet af sengeenheder varierer fra 10 til 70 i de deltagende kommuner. En kombination af større faciliteter og flere senge er angiveligt en fordel for opretholdelse af kompetence. Eksempelvis giver større steder mulighed for at organisere arbejdsprocesser i en form for 'specialisering', hvor arbejdsprocesser og kompetencer er opdelt i adskilte områder, ofte tre forskellige enheder, med dedikerede sundhedsmedarbejdere til hver enhed: ældre medicinske borgere, neuro-fokuseret rehabilitering og socialpsykiatri. Dette gør det muligt at koncentrere kompetencen omkring de mest betydningsfulde arbejdsområder. Udfordringen for mindre faciliteter er, at dette niveau af specialisering ikke er muligt pga. manglende plads og faglig dækning, hvilket betyder, at sundhedsmedarbejdere konstant skifter mellem forskellige typer af borgere, hvilket reducerer deres mulighed for at opretholde specifikke kompetencer inden for de forskelligartede fagområder, herunder psykiatriske, palliative, socialfaglige og medicinske indsatser.

Endelig er nogle MIDO placeret tæt på andre kommunale sundhedsydelser, såsom apoteker, blodprøvecentre, akutteam og praktiserende læger. Medarbejdere fra MIDO, der er tæt på disse tjenester, be-

skriver at det kan 'redde dagen' og være en overvejende fordel for den daglige drift, når diagnostik eller ændringer i medicin er nødvendige, fordi de kan gå fysisk hen for at få hjælp på kort tid, hvis der er kapacitet til at hjælpe den pågældende dag. Nærhed til andre sundhedsydelser er en ustabil men støttende faktor i arbejdsmiljøet der hvor det er tilgængeligt, og nogle MIDO har bedre muligheder for at handle på nye eller presserende patientbehov, afhængig af hvilke andre services der er tilgængelige i nærområdet.

6.2. REGISTERSTUDIER

I dette kapitel præsenterer vi resultaterne fra de tre forskellige registerstudier vi har gennemført og indleder med en overordnet metodebeskrivelse. Registerstudierne omfatter: Registerstudie 1: Borgernes karakteristika og forløb, Registerstudie 2: Borgernes medicinforbrug, og Registerstudie 3: Subgrupper blandt borgerne på MIDO

6.2.1. METODE

Registerstudierne er baseret på data om midlertidige døgnophold fra 14 danske kommuner i perioden fra 1. januar 2016 til 31. december 2023. Fra hver af de deltagende kommuner har vi, for hele eller dele af studieperioden, modtaget CPR-numre, indflytningsdatoer og udflytningsdatoer for borgere på midlertidige døgnophold. Vi kender ikke typerne af de midlertidige døgnophold. Disse data har vi oprenset, standardiseret og indsendt til Sundhedsdatastyrelsen, hvor de via CPR-nummeret er blevet koblet til nationale sundhedsregistre. Disse omfatter CPR-registeret med demografiske data som køn, alder, død og migration, Landspatientregisteret med data om hospitalsindlæggelser og -diagnoser, Lægemiddelstatistikregisteret med data om receptindløsninger samt en national plejehjemskohorte med data om alle plejehjemsindflytninger siden 2015. For borgere med flere ophold på MIDO i studieperioden har vi

sammenlagt overlappende ophold og kun inkluderet det første midlertidige døgnophold i analyserne. I alt har vi identificeret 14.978 midlertidige døgnophold fordelt på 11.424 borgere.

Nærværende to afsnit opsummerer fundene fra de to registerstudier, hvor vi har undersøgt: 1) borgernes karakteristika og forløb samt 2) deres medicinforbrug.

Det tredje registerstudie benytter en statistisk metode kaldet Latent Class Analysis (LCA). LCA muliggør identifikation af skjulte undergrupper (såkaldte klasser) i en heterogen population. Metoden adskiller sig fra traditionelle segmenteringsteknikker ved at tage højde for sandsynligheden for tilhørsforhold og dermed give et mere nuanceret billede af patientpopulationen. Modellen opnåede høj statistisk adskillelse mellem fem grupper i patientpopulationen (entropy > 0.8).

Analysevariablerne omfattede blandt andet:

- Antal hospitalskontakter og kirurgiske indgreb det seneste år
- Antal ordinerede lægemidler.
- Charlson-komorbiditetsindeks (CCI), som er en score for sygdomsbyrden.
- Køn og alder.
- Tid siden seneste hospitalskontakt.

6.2.2. REGISTERSTUDIE 1: BORGERNES KARAKTERISTIKA OG FORLØB

De fleste borgere på MIDO er ældre (se Figur 1), hvor halvdelen er 81 år eller derover ved indskrivning (Harbi et al, 2025a). Halvdelen har haft mindst tre hospitalsindlæggelser i året før indskrivning, og de fleste har en eller flere kroniske sygdomme, hvor f.eks. hjertekarsygdomme, neurologiske sygdomme og lungesygdomme fylder meget. Borgerne har en begrænset restlevetid, idet halvdelen dør inden for 23 måneder efter indskrivning, og 14%, 23% og 38% dør efter henholdsvis 30 dage, 90 dage og et år (Harbi et al, 2025a).

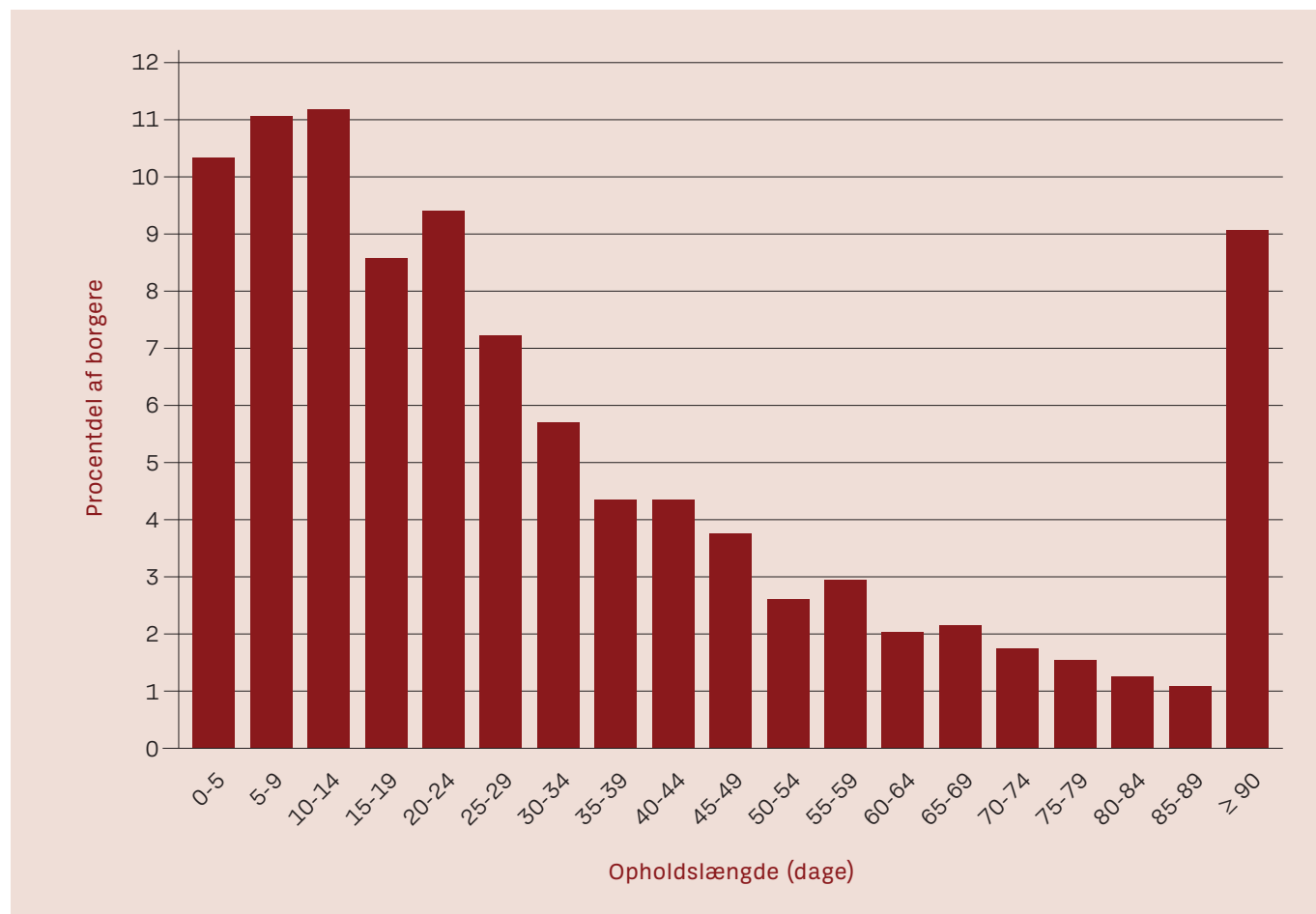


	Total (n = 11.424)
KØN	
KVINDE	6.141 (54%)
MAND	5.283 (46%)
Alder	
Median (IQR)	81 (73-87)
< 75 år	3.394 (30%)
75-84 år	4.017 (35%)
≥ 85 år	4.013 (35%)
Charlson komorbiditetsindeks^a	
Median (IQR)	1 (0-2)
0-1	5.752 (50%)
2-3	3.921 (34%)
≥ 4	1.751 (15%)
Sygehistorie	
Kræft	3.135 (27%)
Kronisk obstruktiv lunge- sygdom (KOL)	3.676 (32%)
Demens	1.428 (12%)
Parkinsons sygdom	477 (4,2%)
Iskæmisk hjertesygdom	6.326 (55%)
Hjertesvigt	4.843 (42%)
Atrieflimren	2.842 (25%)
Slagtilfælde	3.015 (26%)
Sukkersyge	2.594 (23%)
Alkoholafhængighed	735 (6,4%)
Stofmisbrug	558 (4,9%)
Faldskader	6.499 (57%)
Hospitalsindlæggelser i året før indskrivning på MIDO	
Median (IQR)	3 (2-6)
0-2	4.209 (37%)
3-5	3.939 (34%)
≥ 6	3.276 (29%)

Tabel 1: Beskrivelse af borgere på midler-
tidige døgnophold. (Harbi et al, 2025a)

a: Charlson komorbiditetsindeks og sygehistorie er opgjort pba. hospitalsudskrivelserdiagnoser (klassificeret efter 10. revision af den Internationale Sygdomsklassifikation, ICD-10) fra Landspatientregisteret samt receptindløsninger fra Lægemiddelstatistikregisteret i de 10 år forud for indskrivning på MIDO. Charlson komorbiditetsindeks (CCI) er en score, der vurderer sygdomsbyrden hos et individ baseret på en række kroniske sygdomme, hvor en højere score angiver flere sygdomme.

For de fleste borgere (70 %) er indskrivning på MIDO forudgået af en hospitalsindlæggelse, der typisk har været nødvendig på grund af vigende almentilstand eller akutte forværringer af underliggende kroniske sygdomme (Harbi et al, 2025a). Resten af borgerne (30%) kommer direkte fra eget hjem. Andelen, der kommer til MIDO fra hospital versus eget hjem, varierer dog meget fra kommune til kommune, med andele fra 90/10 (hospital/eget hjem) til 50/50. Borgere, der kommer fra eget hjem, har generelt en højere forekomst af demens og Parkinsons sygdom samt færre hospitalsindlæggelser i året før indskrivning, sammenlignet med dem, der kommer fra en hospitalsindlæggelse. De midlertidige døgnophold er ofte længere, end navnet ”midlertidig” antyder. Halvdelen af opholdene varer mindst 24 dage, og en fjerdedel mindst 49 dage (se Figur 1). Næsten en ud af ti borgere ligger der i mindst 90 dage. Opholdsvareigheden er nogenlunde ens på tværs af de deltagende kommuner.



Figur 1: Varighed af midlertidige døgnophold angivet i %. (Harbi et al, 2025a)

I forhold til udfald direkte efter udskrivning fra MIDO (på udskrivesdagen eller dagen efter) bliver 7,0% af borgerne indlagt på hospital. For halvdelen af disse borgere sker hospitalsindlæggelsen inden for 13 dage efter indskrivning på MIDO. Derudover dør 9,0%, 11% flytter på plejehjem, og 73% udskrives til eget hjem. Inden for 30 dage efter udskrivning fra MIDO dør 16 % af borgerne, 20 % bliver indlagt på hospital, og 14 % flytter på plejehjem (Harbi et al, 2025a).

6.2.3. REGISTERSTUDIE 2: BORGERNES MEDICINFORBRUG

Medicinhåndtering og -ændring udgør en væsentlig del af plejen på MIDO. Dels bruger over to tredjedele (68%) af borgerne mindst fem forskellige lægemiddelklasser før de indskrives, mens en fjerdedel (26%) bruger mindst ti forskellige lægemiddelklasser. De tre hyppigst brugte lægemiddelklasser er paracetamol (49%), statiner (30%), syrepumpehæmmere (29%) (se Tabel 2). Desuden bruger 70 % mindst ét

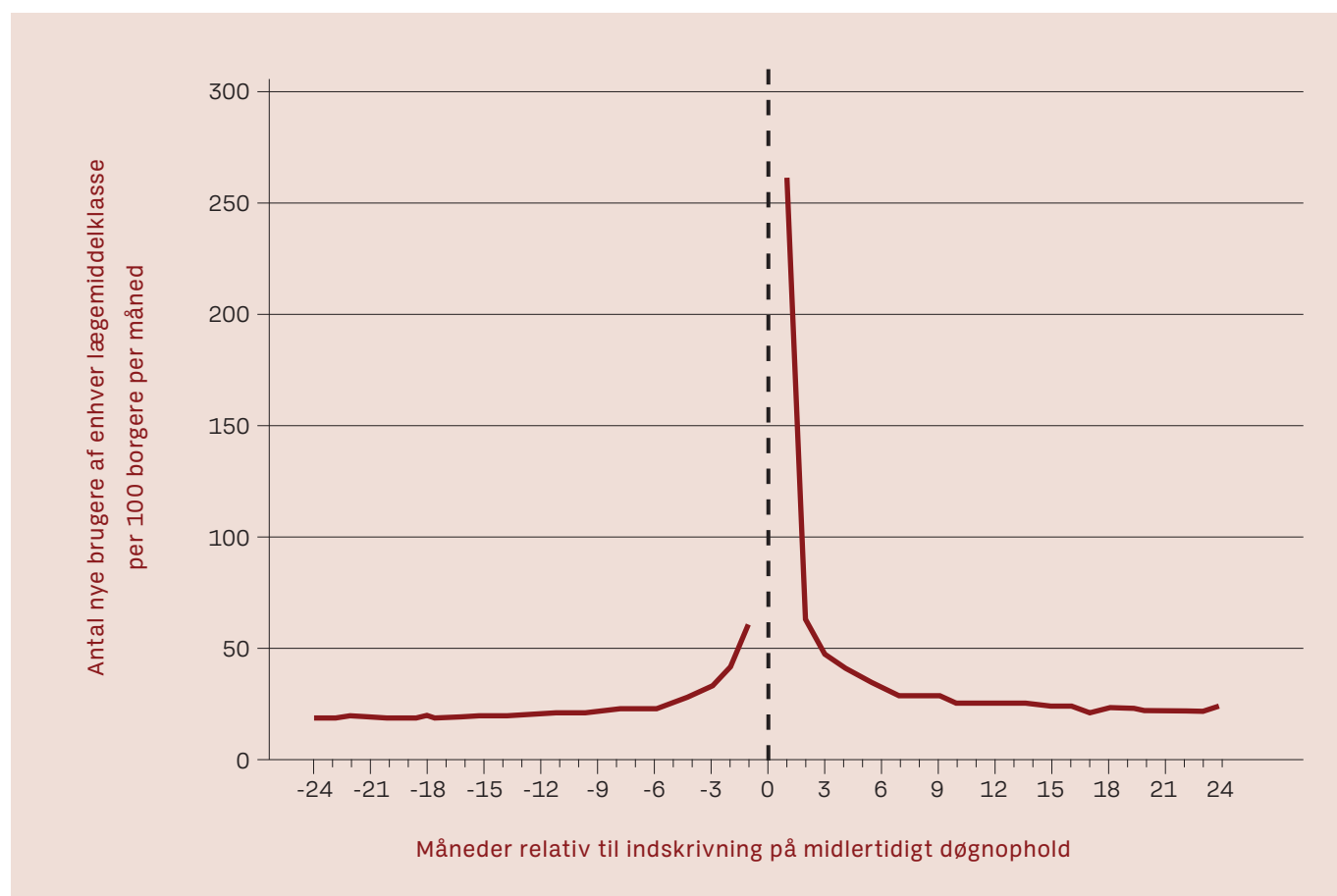
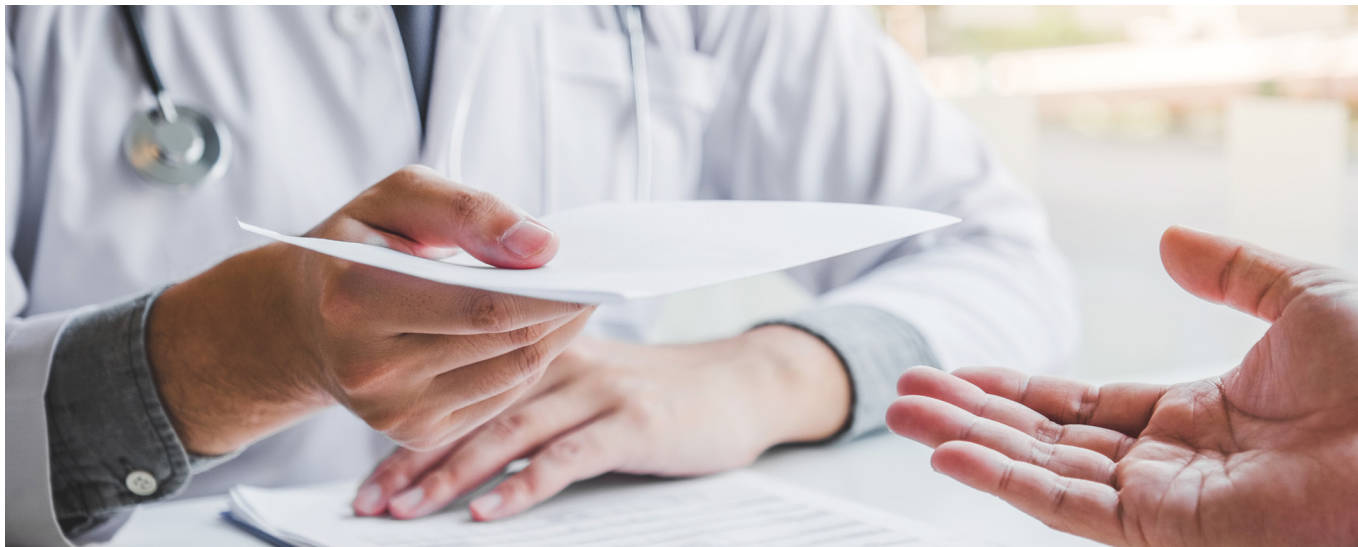
risikosituationslægemiddel, særligt blodfortyndende medicin, opioider og kalium, hvor fejl i dispenseringen potentielt kan medføre alvorlige konsekvenser for borgeren (Harbi et al, 2025b).

Derudover sker der markante ændringer i borgernes medicinforbrug i månederne op til og efter indskrivning, hvilket fremgår af Figur 2. Særligt i

måneden efter indskrivning er opstart af ny medicin mange gange hyppigere end vanligt. De hyppigst opstartede lægemiddelklasser er afføringsmidler, smertestillende medicin og antibiotika. I denne periode starter næsten halvdelen af borgerne (49%) op på mindst ét nyt risikosituationslægemiddel (Harbi et al, 2025b).

ATC-kode	Lægemiddelklasse	Andel af borgere, n (%) (n = 11.424)
N02BE	Anilider	5.588 (49)
C10AA	HMG-CoA-reduktasehæmmere	3.463 (30)
A02BC	Protonpumpehæmmere	3.274 (29)
B01AC	Blodpladeaggregationshæmmere, excl. heparin	2.995 (26)
C07AB	Beta1-selektive beta-blokerende midler	2.628 (23)
C03CA	Sulfonamider, usammensatte	2.582 (23)
A12BA	Kalium	2.478 (22)
C08CA	Dihydropyridinderivater	2.173 (19)
N02AA	Naturlige opiumalkaloider	2.001 (18)
B01AF	Direkte faktor Xa-hæmmere	1.752 (15)
J01CA	Penicilliner med udvidet spektrum	1.744 (15)
C09AA	ACE-hæmmere, usammensatte	1.652 (14)
C09CA	Angiotensin II-antagonister, usammensatte	1.576 (14)
N06AB	Selektive serotoningenoptagelseshæmmere	1.389 (12)
N02AX	Andre opioider	1.292 (11)
N06AX	Andre antidepressiva	1.177 (10)
A06AD	Osmotisk virkende laksantia	1.160 (10)
A10BA	Biguanider	1.076 (9,4)
R03AC	Selektive beta-2-agonister til inhalation	1.056 (9,2)
H02AB	Glukokortikoider	1.054 (9,2)
N05CF	Benzodiazepinlignende midler	1.045 (9,1)
N02BF	Gabapentinoider	1.001 (8,8)
C03AB	Thiazider og kalium i kombination	856 (7,5)
M01AE	Propionsyrederivater	843 (7,4)
J01CE	Beta-lactamasefølsomme penicilliner	843 (7,4)

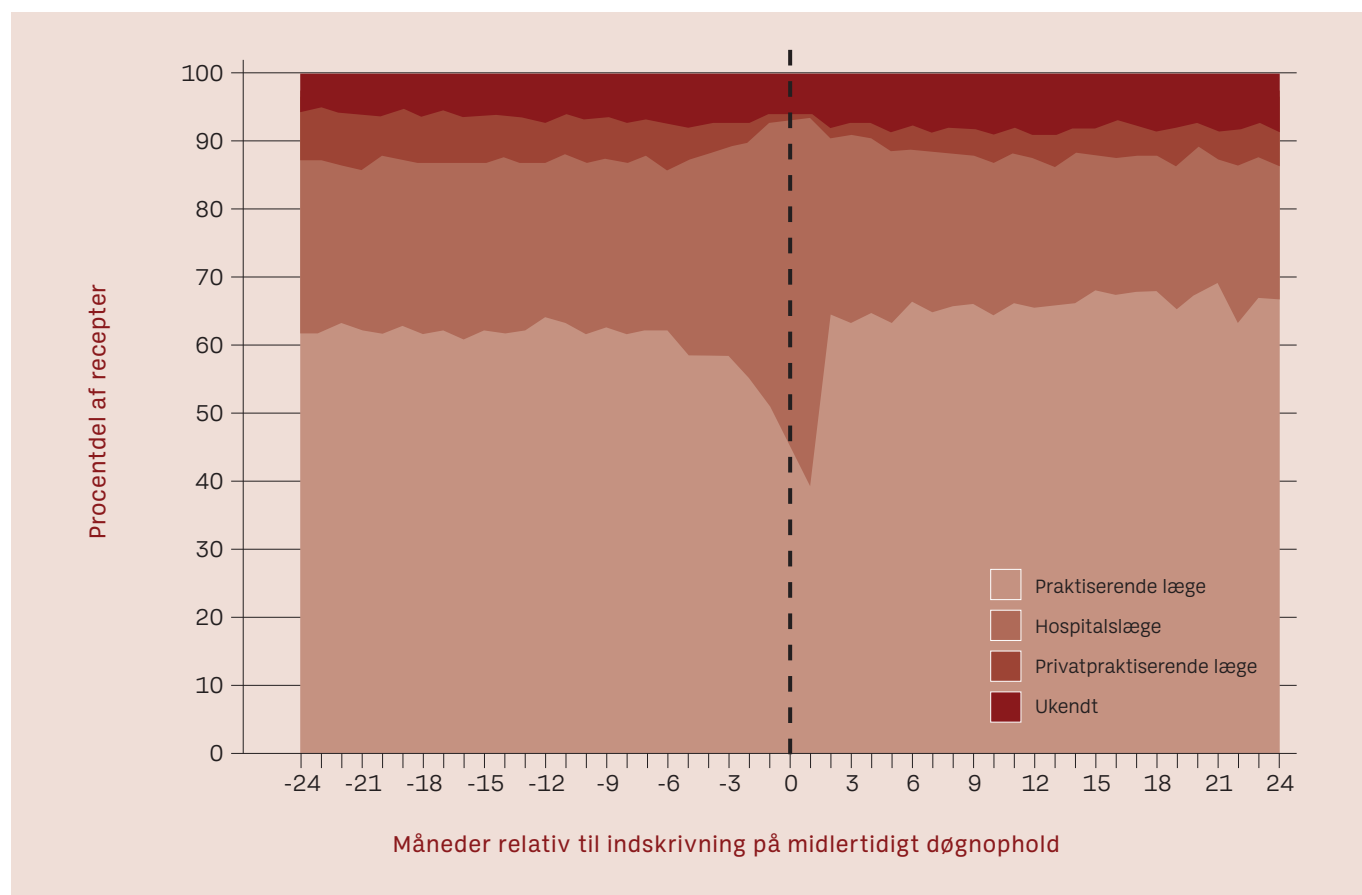
Tabel 2: De 25 hyppigst brugte lægemiddelklasser i de fire måneder før indskrivning på midlertidigt døgnophold. (Harbi et al, 2025b)



Figur 3: Fordelingen i typen af receptudsteder (egen læge, hospitalslæge eller privatpraktiserende speciallæge), som opstarter medicin til borgere i de to år før og efter indskrivning på midlertidigt døgnophold. (Harbi et al, 2025b)

Omkring indskrivning på midlertidigt døgnophold bliver nyopstartet medicin ofte udskrevet af hospitalslæger, hvilket fremgår af Figur 3. Denne medicin udskrives formentlig i forbindelse med den hospital-sindlægelse, der leder op til indskrivning på MIDO, men praktiserende læger udskrives ligeledes en væsentlig del.

“Det er blevet sværere at få fat på en læge efter de har udvidet behandlings-sansvaret til 72 timer. Det skaber et vakuum”
– Ansat på MIDO



Figur 3: Fordelingen i typen af receptudsteder (egen læge, hospitalslæge eller privatpraktiserende speciallæge), som opstarter medicin til borgere i de to år før og efter indskrivning på midlertidigt døgnophold. (Harbi et al, 2025b)

6.2.4. REGISTERSTUDIE 3: SUBGRUPPER

BLANDT BORGERNE PÅ MIDO

MIDO modtager alle typer af borgere og dette studie har undersøgt om der blandt alle borgere som har være på MIDO, kan identificeres borgerprofiler, der grupperer borgere med ens karakteristika. Borgerprofiler muliggør en mere specifik indsats overfor den enkelte borgerprofil og kan bruges i den videre udvikling af MIDO.

Ved statistisk modellering fremkom fem tydelige subgrupper eller hvad vi vil kalde borgerprofiler. De fem identificerede borgerprofiler fremviser markant forskellige behov og risikobilleder:

SG 1 – 38 %: MEGET ÆLDRE BORGERE MED MANGE SAMTIDIGE SYGDOMME

Denne gruppe udgør den største andel og består af meget ældre borgere med en gennemsnitsalder på 82,4 år. Gruppen er kendetegnet ved høj sygdomsbyrde, mange medicinske diagnoser og et stort forbrug af lægemidler. Der ses også hyppige hospitalskontakter og moderat mængde operations. Gruppen har høj forekomst af næsten alle sygdomme – undtagen leversygdom og alkoholmisbrug – samt udbredt brug af stort set alle medicintyper. En særlig udfordring er, at 17 % af borgerne i denne gruppe dør inden for 30 dage efter opholdets start, og den mediane overlevelsestid er kun 15,2 måneder.

SG 2 – 24 %: MEGET ÆLDRE KVINDER MED LAV SYGDOMSBYRDE

Denne gruppe består næsten udelukkende af kvinder (88 %) med en gennemsnitsalder på 86,9 år – den

ældste gruppe i analysen. Borgerne har lav sygdomsbyrde og et moderat medicinforbrug. De er i mindre grad blevet indlagt eller opereret forud for opholdet, men 26 % har haft en nylig operation. Gruppen har generelt lav forekomst af sygdomme og lav anvendelse af lægemidler – dog med undtagelser som køns-hormoner og medicin mod stofskiftelidelser. En markant andel (31 %) har haft nylige faldulykker. Borgerne har længere ophold, og 11 % dør, mens 20 % bliver genindlagt inden for 30 dage.

SG 3 – 17 %: DE ÆLDRE MÆND MED LAVT MEDICINFORBRUG

Denne gruppe består primært af mænd (75 %) med en gennemsnitsalder på 70,5 år. Borgerne har moderat sygdomsbyrde og det laveste medicinforbrug blandt grupperne. De har generelt lav forekomst af sygdomme – undtagen alkoholafhængighed, leversygdom og tidligere blodpropper i hjernen. De har relativt lange ophold, høj overlevelse og en moderat andel, der bliver genindlagt (24 %). 8 % dør inden for 30 dage efter indflytning.

SG 4 – 11 %: BORGERE UDEN NYLIG HOSPITALSKONTAKT

Denne gruppe har en ligelig kønsfordeling og en gennemsnitsalder på 81,3 år. Næsten ingen borgere (0,6 %) overføres direkte fra hospital, og 85 % har ikke været indlagt i ugen op til opholdet. Gruppen har den laveste hospitals- og operationsfrekvens, men moderat kontakt med ambulatorier. Der ses en forholdsvis lav sygdomsbyrde – med undtagelse af demens (26 %). Gruppen bruger oftere medicin mod demens, psykiske lidelser og urinvejssymptomer. De har korte

ophold og den laveste andel genindlagte (16 %). 9 % dør inden for 30 dage.

**SG 5 – 10 %:
DE ÆLDRE MÆND
MED ALVORLIGE
KRONISKE SYGDOMME**

Denne gruppe består hovedsageligt af mænd (69 %) med en gennemsnitsalder på 71 år. Borgerne har ekstremt høje niveauer af sygdomsbyrde, medicinfor-

brug, hospitalskontakter og operationer. Gruppen har særlig høj forekomst af diabetes, leversygdom, nyresygdom, kræft og kredsløbsproblemer – men lav forekomst af demens. De anvender bredt set alle typer medicin, bortset fra demensmidler og køns-hormoner. Overlevelsestiden er kort, og 40 % bliver genindlagt inden for 30 dage, mens 15 % dør i samme periode.

I henholdsvis tabel 3 og figur 4 (side 25 -26) ses forskelle i patientresultater og morbiditet for de 5 borgerprofiler (SG1-SG5), i detalje.



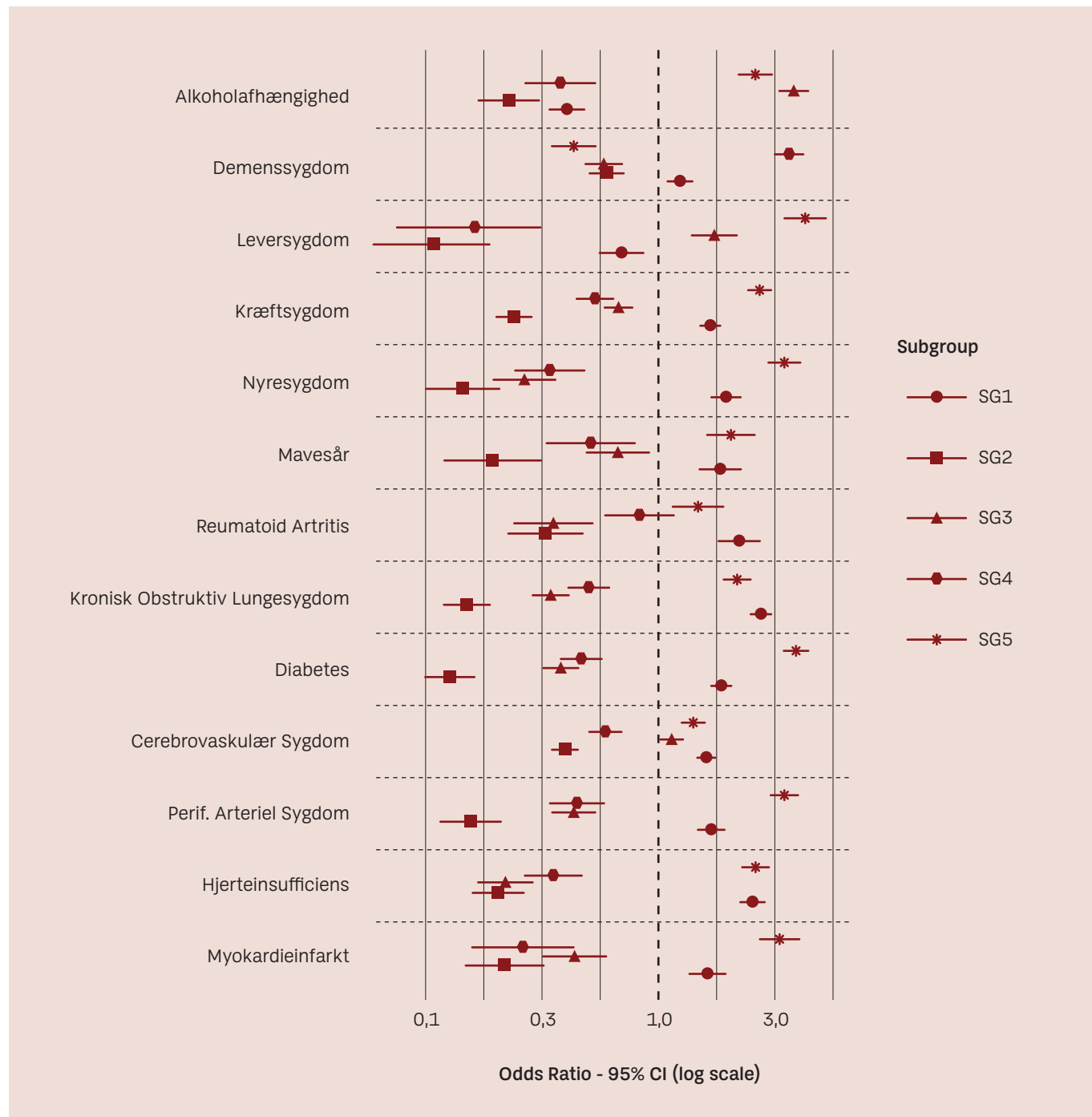
6. DE FIRE STUDIER

25

	SG 1	SG 2	SG 3	SG 4	SG 5	Fuld kohorte
N (%)	4249 (37.7)	2255 (20.0)	1932 (17.1)	1207 (10.7)	1641 (14.5)	11284 (100)
OPHOLDETS LÆNGDE, DAGE						
Median (IQR)	23 (11 – 46)	28 (15 – 50)	28 (14 – 56)	20 (7 – 52)	24 (12 – 48)	25 (12 – 49)
OPHOLDETS LÆNGDE – JUSTERET FOR DØDSFALD VED MIDO, DAGE						
Median (95% CI)	28 (27 – 28)	31 (30 – 33)	30 (28 – 32)	23 (20 – 25)	28 (27 – 31)	28 (28 – 29)
30-DAGES DØDELIGHED						
n (%)	715 (16.8)	241 (10.7)	156 (8.1)	114 (9.4)	253 (15.4)	1479 (13.1)
OVERLEVELSESTID, MÅNEDER						
Median (95% CI)	15.2 (14.2 – 16.5)	29.5 (27.2 – 31.6)	44.7 (41.2 – 49.7)	26.1 (23.5 – 28.2)	18.2 (15.4 – 21.3)	23.8 (22.8 – 24.8)
30-DAGES INDLÆGGELSE						
n (%)	1178 (27.7)	462 (20.5)	463 (24.0)	194 (16.1)	661 (40.3)	2957 (26.2)
TID TIL INDLÆGGELSE, MÅNEDER						
Median (95% CI)	5.2 (4.7 – 5.7)	12.4 (10.8 – 14.2)	8.7 (7.8 – 10.2)	16.3 (14.4 – 19.9)	1.9 (1.6 – 2.3)	7.0 (6.5 – 7.5)

LOS = opholdets længde på TS
IQR = interkvartilt område;
aLOS = opholdslængde justeret for dødsfald ved TS
Parvise p-værdier er Bonferroni-justerede. * p < 0,05; ** p < 0,0001

Tabel 3: Patientresultater for hver subgruppe og hele kohorten.



Figur 4: Sammenhæng mellem borgerprofil og gennemsnittet for alle (5 år) som illustrere hvordan borgerprofilerne adskiller sig fra hinanden.

3. OBSERVATIONSSTUDIE

6.3.1. METODE

Observationsstudiet fulgte voksne borgere, der blev udskrevet fra Odense Universitetshospital til et midlertidigt døgnophold på Lysningen i Odense Kommune fra maj 2022 til marts 2023 (Ravn-Nielsen et al, 2024). Studiet bestod af to faser: I den første fase observerede en klinisk farmaceut, hvordan sygeplejersker og farmakonomer håndterede kontakten til bl.a. hospitalslæger, praktiserende læger, apoteker og pårørende for 11 borgere for at kortlægge udfordringer relateret til tre områder: medicin håndtering, behandlingsansvar og kommunikation. Disse faktorer blev diskuteret i projektgruppen og en følgegruppe med relevante aktører fra hospital, almen praksis

og kommune, som sammen besluttede de endelige faktorer, der skulle indsamles data på, inden for hver af de tre områder. Disse data blev indsamlet i den anden fase af projektet, hvor 209 borgere blev fulgt i de første fem dage af deres midlertidige døgnophold. Data blev indsamlet for både habile og ikke-habile borgere af trænede farmakonomer, som kom fast på det midlertidige døgnophold i hverdage fra kl. 8-15. Data blev opgjort ved hjælp af deskriptiv statistik (Ravn-Nielsen et al, 2024).

6.3.2. MEDICINRELATEREDE UDFORDRINGER

Studiet omkring medicinforbrug indikerer, at der er mange ændringer i medicinen hos borgere på de midlertidige døgnophold, hvilket også er centralt for nær-



værende studie, som tager udgangspunkt i 209 borgere, som overgår fra sygehus til midlertidigt døgnophold i en enkelt, men geografisk stor kommune. For 83% af disse borgerne var der uoverensstemmelser mellem udskrivesnotater fra sygehuset og de oplysninger, som plejepersonalet modtog. Disse uoverensstemmelser var ofte relateret til borgernes medicin og var en hyppig årsag til, at plejepersonalet

måtte række ud til bl.a. sygehuspersonale og praktiserende læger (se Tabel 3). Plejepersonalet på de midlertidige døgnophold havde i gennemsnit fem kontakter per borger af en sådan karakter i løbet af de første fem dage af opholdet. Det anslås, at 31% af disse uoverensstemmelser kunne have været undgået, hvis det midlertidige døgnophold havde haft adgang til borgernes udskrivesbrev.

Kategori	Telefon opkald, n (%)	Elektronisk korrespondance, n (%)	Kombinerede kontakter**, n (%)
Median antal kontakter pr. patient (IQR)	3 (1-4)	2 (1-3)	5 (4-6)
Totalt antal kontakter, n	643	469	1112
Emne for kontakt			
Medicin	364 (57)	297 (63)	661 (59)
Andet***	279 (43)	172 (37)	451 (41)
Modtager af kontakt			
Hospitalsansatte	265 (41)	40 (8.5)	305 (27)
Praktiserende læge	101 (16)	257 (55)	358 (32)
Privat speciallæge	2 (0.3)	2 (0.4)	4 (0.4)
Lægevagt	10 (1.6)	0 (0.0)	10 (0.9)
Lokalt apotek	68 (11)	162 (35)	230 (21)
Andet****	197 (31)	6 (1.3)	203 (18)

Noter:

IQR: Interkvartilområde.

*Kun 200 ud af 209 borgere gennemførte alle fem dage på det midlertidige døgnophold.

**Kombinerede kontakter: En kombination af telefonopkald og elektroniske korrespondancer.

***Andet: Inkluderer fx blodprøver, blodsuktermålinger, rehabiliteringsplanlægning, iltbehandling mv.

****Andet: Inkluderer fx pårørende, medicinfirmaer vedrørende ernæring mv.

Tabel 4: Antallet af kontakter foretaget af sygeplejersker på det midlertidige døgnophold til forskellige faggrupper inden for de fem første dage efter indflytning blandt 209 borgere. (Ravn-Nielsen et al, 2024)

6.4. MEDICINHÅNDTERING PÅ MIDO

6.4.1. METODE

Vi har kortlagt den kommunale praksis for håndtering af medicin efter borgerens ankomst til MIDO gennem praksisobservationer i både dag- og aftenvagter samt fokusgruppeinterviews med nøglepersoner, bl.a. sygeplejersker, SSA'er, koordinatore og farmakonomer. Kortlægningen omfatter alle faser i medicinprocessen, herunder modtagelse, bestilling, dispensering, administration og dokumentation.

Vi har fulgt medarbejdernes arbejde med konkrete opgaver ved modtagelse af nye borgere og undersøgt, hvordan de sikrer en smidig, effektiv og sikker håndtering af borgerens medicin på MIDO.

Derudover har vi analyseret, hvem der varetager medicinopgaverne, med fokus på ansvarsfordeling, kompetencer og tidsmæssig koordinering, eksempelvis i forbindelse med medicinafstemning. Undersøgelsen har også afdækket, hvilke opgaver der opleves som mest tids- og ressourcekrævende på tværs af 10 kommuner.

6.4.2. MEDICIN I OVERGANGEN

Når en borger ankommer til MIDO, er en af personalets vigtigste opgaver at sikre, at borgeren får den rette medicin. Overgangen fra hospital til kommune markerer samtidig et skift, hvor patienten bliver borger, og ansvaret for medicinindkøb overgår til borgeren selv eller deres pårørende. De første dage indebærer derfor en række opgaver, der skal løses, for at kommunen kan håndtere borgerens medicin korrekt.

6.4.2.1. Medicinoverblik og uoverensstemmelser i behandlingen

Første skridt er at opdatere og afstemme FMK (Fælles Medicinkort), så MIDO har en korrekt og opdateret oversigt over borgerens medicinske behandling. Herefter påbegyndes processen med at rekvirere medicin, så borgeren kan modtage sin behandling uden afbrydelser.

Ved udskrivelse sender sygehuset ofte medicin med borgeren, der dækker de første 1-3 dage efter udskrivelse, samt en printet medicinliste fra hospitalet. Vores undersøgelser viser imidlertid, at der ofte er uoverensstemmelser mellem den faktiske behandling, den printede liste og den medbragte medicin. Dette skaber udfordringer, da personalet skal vurdere, hvilken kilde der er mest retvisende – FMK eller den printede liste – og samtidig sikre, at den medbragte medicin stemmer overens med behandlingen.

Alternativt kan hospitalet kontaktes for at afklare uoverensstemmelserne. Dette er dog både tidskrævende og vanskeligt, da det ofte er udfordrende at få fat i den læge eller sygeplejerske, der sidst behandlede borgeren. Af den grund udsættes medicinjusteringer ofte til næste hverdag, hvor det er lettere at få kontakt til hospitalet og afstemme medicinen korrekt.

6.4.2.2. Bestilling og rekvirering af medicin

Når medicinen er afstemt, skal personalet på MIDO sørge for at skaffe den nødvendige medicin. Dette indebærer ofte, at medicin fra borgerens hjem skal bringes til MIDO, hvilket typisk kræver involvering af pårørende. Når medicinen ankommer, gennemgår personalet den for at afklare, om der skal bestilles medicin til nye behandlinger, der er opstartet på hospitalet, eller til eksisterende behandlinger, hvor medicin mangler.

En udfordring ved denne proces er, at recepter på nyopstartede behandlinger ofte mangler, ligesom recepter på allerede eksisterende behandlinger skal genbestilles. Dette kræver kontakt til hospitalet eller borgerens egen læge, hvilket er tidskrævende og opleves som en unødvendig administrativ byrde.

Når recepterne endelig er på plads, skal medicinen bestilles på apoteket. Dette kræver, at borgeren har en betalingsaftale, hvilket kan være en yderligere udfordring, hvis borgeren ikke allerede har en sådan.

Dette medfører ofte ekstra opgaver for personalet på MIDO.

Samlet set er opgaven med at anskaffe medicin både tidskrævende og ofte præget af afbrydelser. Hospitalerne giver typisk kun medicin til få dage, hvilket lægger pres på personalet på MIDO for hurtigt at få klargjort medicinen, så borgeren kan modtage den rette behandling uden forsinkelser.

6.4.2.3. Dispensering af medicin

Efter den indledende proces med at afstemme og anskaffe borgerens medicin skal personalet sørge for at dispensere medicinen. På MIDO dispenseres der typisk medicin til en uge ad gangen, da de fleste borgere er under medicinsk behandling, der ofte justeres. Dog varierer praksis i de deltagende kommuner fra daglige dispenseringer til perioder på op til 14 dage.

Daglige dispenseringer har den udfordring, at de kræver betydelig tid og daglig bemanding, mens 14-dages dispenseringer kan øge risikoen for, at medicinen skal efterjusteres i takt med ændringer i behandlingen. Begge tilgange indebærer en øget risiko for fejl i dispenseringen.

Der er ingen ensartet praksis for, hvor medicinen opbevares. Nogle steder sker opbevaringen på borgernes stuer, andre steder i fælles medicinrum. Dette skaber varierende procedurer for, hvor og af hvem dispenseringen foretages.

Observationer har vist, at medicin dispenseres mange forskellige steder: borgernes stuer, små tekøkkener, gangarealer, rengøringsrum, kontorer og dedikerede medicinrum. Disse variationer afspejler både de fysiske muligheder på de enkelte MIDO'er og tilgangen til opgaven.

Dispensering af medicin er en kritisk og risikofyldt proces, der bør foregå uforstyrret og systematisk. Når dispenseringer udføres på steder, der mangler ro, tilstrækkelig plads eller andre nødvendige forhold, udfordres sikkerheden. Derfor er det væsent-

ligt at sikre rammer, der understøtter en sikker og effektiv dispensering.

6.4.2.4. Information om borgeren mangler

Der er en udbredt opfattelse blandt respondenterne af, at MIDO ikke modtager tilstrækkelig og relevant information om borgeren i forbindelse med ankomst og ophold. Dette gør det vanskeligt at sikre en optimal varetagelse af pleje og behandling og skaber samtidig usikkerhed blandt personalet. Konkret opleves det som udfordrende at foretage relevante observationer af borgerens tilstand, når behandlingsplaner fra hospitalet ikke er udførligt beskrevet. Samtidig er der en oplevelse af, at almen praksis er blevet distanceret fra MIDO, i takt med at behandlingsansvaret forbliver hos regionen i de første 72 timer. Tidligere var det almen praksis som varetog behandlingsansvaret under hele forløbet på MIDO og dermed blev hurtigt inddraget i borgerens ophold på MIDO.

Selvom behandlingsansvaret nu er tydeligt placeret i regionen er det fortsat en udfordring at få kontakt til den rette læge eller fagperson, der kender til borgerens forløb på hospitalet. Derudover er det fortsat fra almen praksis størstedelen af medicinen ordineres, hvilket underbygger udfordringen med at de ikke formelt har et behandlingsansvar 72 timer efter indlæggelse. Dette begrænser mulighederne for at opnå en helhedsorienteret viden om borgers helbredsmaessige tilstand.

Endelig er der et gennemgående ønske om en styrket tilknytning til lægefaglige kompetencer. Den nuværende sundhedsfaglige kapacitet og kompetenceprofil på MIDO vurderes ikke altid at være tilstrækkelig til at imødekomme borgernes medicinske behov.

”Det er blevet sværere at få fat på en læge efter de har udvidet behandlingssansvaret til 72 timer. Det skaber et vakuum”

– Ansat på MIDO

■ Dette kapitel samler centrale indsigter fra de foregående analyser og diskuterer de strategiske og strukturelle implikationer for udviklingen af MIDO i lyset af en fremtidig organisering under de kommende sundhedsråd. Med afsæt i empiriske fund fremhæves væsentlige opmærksomhedspunkter og udviklingsområder, som bør adresseres for at styrke kvalitet, sammenhæng og patientsikkerhed i overgangene mellem hospital, kommune og midlertidige døgnophold. Kapitlet tilbyder således et fremadskuende perspektiv på, hvordan MIDO kan positioneres som en mere integreret og professionel del af det samlede sundhedsvæsen.

1. ORGANISATORISK USTABILITET OG KOMPETENCEOPBYGNING

MIDO er præget af betydelig leder- og medarbejderomsætning, hvilket forhindrer langsigtet kompetenceopbygning og stabilitet i organisationen. Hyppige ændringer i størrelse og struktur af MIDO på kommunalt niveau resulterer ofte i kompetencetab og et fragmenteret arbejdsmiljø. Disse organisatoriske udfordringer komplicerer leveringen af ensartede sundhedsydelser og påvirker borgerforløbene negativt.

MIDO'er varierer i personalesammensætning og kompetencer hvilket resulterer i forskellige kvalitetsniveauer og praksisser. MIDOs rolle og placering i den kommunale struktur varierer betydeligt mellem kommunerne, som påvirker sammenhæng i borgerforløb på tværs af sektorer

2. INFORMATIONSFLOW OG TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE

Overgange mellem hospital og MIDO er præget af store informationsbrud og ukarhed om kapacitet, roller og ansvar, som hæmmer sammenhængen i borgerforløbene. Uoverensstemmelser mellem printede medicinlister, Fælles Medicinkort (FMK) og den medbragte medicin skaber utryghed for både borgere og personale. Disse fejl burde ideelt set løses

ved udskrivelsen, men i stedet pålægges MIDO-personalet betydelig tid og ressourcer til at rette op. Kommunikation mellem sektorer er udfordret af en manglende fælles IT-plattform, hvilket yderligere forstærker forsinkelser og usikkerhed. Desuden fører modtagelsen af borgere uden for normal arbejdstid, kombineret med utilstrækkelig aftenbemanding, til mangelfuld opdatering af kritiske oplysninger om medicin og plejeforløb.

Tværspektorielt samarbejde hindres af manglende viden om hvad MIDO er og kan. Dette Gælder visitation, hospitaler og praktiserende læger og betyder at der opstår konflikter grundet forskellige forventninger til et ophold på MIDO. Yderligere giver det en oplevelse af usikkerhed og manglende kontinuitet hos borger og pårørende.

3. SUNDHEDSYDELSER OG PERSONALET'S KAPACITET

MIDO håndterer en kompleks borgerpopulation, hvor mange har multiple sundhedsudfordringer, herunder høj medicinering og omfattende behandlingsbehov. Med 38 % af borgerne døde inden for et år er MIDO også ofte stedet for end-of-life care. Denne komplekse opgave stiller store krav til personalets kompetencer, men mangel på volumen og specialisering gør det svært at fastholde og udvikle nødvendige færdigheder. Desuden er opgaveglidning fra hospital til MIDO en konstant udfordring, idet det kommunale personale ofte mangler den nødvendige træning og støtte til at håndtere disse opgaver effektivt.

4. MEDICINHÅNDTERING OG RESSOURCEFORBRUG

Medicinhåndtering er en central, men ressourcekrævende opgave på MIDO. Den nuværende praksis, hvor personalet skal koordinere med hospitaler, praktiserende læger, apoteker og pårørende, er ineffektiv og tidskrævende. Manglen på klare procedurer og nødvendige ressourcer resulterer ofte i fejl, som kan compromittere patientsikkerheden. Samtidig er der mange ændringer i medicinforbrug omkring ind-

skrivningen, hvilket øger behovet for præcis og rettidig medicinoverblik, som ofte ikke opnås på grund af organisatoriske og informationsmæssige barrierer.

5. PÅRØRENDES ROLLE OG ANSVAR

Pårørende spiller en afgørende rolle i at sikre vellykkede borgerforløb på MIDO. De forventes ofte at bidrage til praktiske opgaver som transport af medicin og daglig hjælp, men denne afhængighed kan være problematisk, hvis ressourcerne i familien er begrænsede. Det understreger behovet for mere struktureret støtte og kommunikation med pårørende for at sikre, at de kan påtage sig denne opgave uden at det bliver en belastning.

6. MANGLENDE RAMMER OG 'CASE TINKERING'

Fraværet af nationale standarder og klare kvalitetsrammer betyder, at MIDO'er ofte udvikler lokale praksisser, case tinkering, hvor personlige netværk og uformelle aftaler bruges til at navigere udenom systemets begrænsninger. Dette kan være effektivt lokalt, men bidrager til variation i kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager og udfordrer personalet. Den manglende harmonisering af praksis og definitioner gør det desuden vanskeligt at evaluere og udvikle området på tværs af kommuner.

AFSLUTTENDE PERSPEKTIVER

MIDO har potentiale til at være en stærk bro mellem hospital og kommune, men nuværende udfordringer hindrer sektoren i at opfylde dette potentiale fuldt ud. Der er behov for standardisering, øget investering i medarbejderkompetencer og et stærkere fokus på tværsektorielt samarbejde. Desuden kræves en styrket indsats for at forbedre informationsflow og medicin håndtering, så patientsikkerheden sikres. Gennem en mere helhedsorienteret tilgang kan MIDO udvikles til en central og stabil del af det danske sundhedssystem.

7.1. MIDO I ET KOMMENDE SUNDHEDSRÅDSPERSPEKTIV

Med regeringens forslag om etablering af sundhedsråd, hvor regioner og kommuner i fællesskab får ansvar for at koordinere og udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, opstår nye muligheder for MIDO. Sundhedsrådene, som forventes etableret i 2027, får en central rolle i at sikre kvalitet, kapacitet og koordination på tværs af sektorgrænser – områder hvor MIDO i dag er udfordret.

Vores fund peger på, at MIDO i sin nuværende form i er præget af ustabile organisatoriske rammer, betydelig variation i fagligt niveau og strukturelle informationsbrud, særligt i overgangen fra hospital til kommune. Dette udfordrer borgernes sikkerhed og forløbskvalitet, men også medarbejdernes arbejdsvilkår og faglige muligheder. Det er derfor afgørende, at Sundhedsrådene i deres etablering og virke prioriterer udviklingen af en nationalt forankret, men lokalt tilpasset ramme for MIDO og samarbejdet omkring overgange.

Sundhedsrådene bør konkret:

- Understøtte ensartede kvalitetsstandarder for organisering, bemanding og medicin håndtering på MIDO, som bygger på dokumenteret viden og patientsikkerhed.
- Fremme fælles IT-løsninger og datadeling, der gør det muligt for kommunale MIDO-enheder at tilgå relevante sundhedsdata og sikre sammenhæng i medicin- og behandlingsinformation.
- Styrke tværsektoriel kompetenceudvikling, hvor medarbejdere fra kommune og hospital udvikler fælles forståelse for målgrupper, behandlingsbehov og overgangsforløb.
- Etablere kapacitetsmodeller og planlægningsværktøjer, så MIDO ses i sammenhæng med øvrige tilbud i det nære sundhedsvæsen – herunder udgående sygehusfunktioner, akutfunktioner og plejeboliger.
- Bidrage til governance og monitorering af MIDO

gennem systematisk dataindsamling, læring på tværs og opfølgning på utilsigtede hændelser.

Sundhedsrådene repræsenterer et mulighedsrum for at realisere et mere integreret, fagligt velfunderet og ensartet midlertidigt døgnopholdstilbud. Forudsæt-

ningen er dog, at MIDO anerkendes som en sundhedsfaglig opgave – og ikke som et kommunalt serviceanliggende.

Dette kalder på en politisk stillingtagen til MIDOs lovgrundlag, finansiering og funktion i det samlede sundhedsvæsen.



Agerholm J, Pulkki J, Jensen NK, Keskimäki I, Andersen I, Burström B, et al. The organisation and responsibility for care for older people in Denmark, Finland and Sweden: outline and comparison of care systems. *Scand J Public Health*. 2024 Mar;52(2):119–22.

Gantriis RF, Kirchner K, Edwards K, 2025. Intermediate Care in Denmark – Bull’s Eye or Off Target? A Qualitative Study of Healthcare Without Healthcare Mandate and Diverging Practices in Temporary Stays [Internet]. *BMC Health Serv Res*. 2025 May [Preprint <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6629047/v1>]

Harbi H, Lundby C, Jensen PB, Larsen SP, Rørbæk LG, Ravn-Nielsen LV, et al. Characteristics and care trajectories of older patients in temporary stays in Denmark. *Eur Geriatr Med*; 2025a. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01209-9>

Harbi H, Lundby C, Jensen PB, Larsen SP, Rørbæk LG, Ravn-Nielsen LV, et al. Medication use patterns among older patients in temporary stays in Denmark. *Eur Geriatr Med*; 2025b. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01210-2>

Implement Consulting Group, 2023, *Den Kommunale Sundhedsindsats: Sammenfatning af Resultater fra Spørgeskemaundersøgelse*

Liljas AEM, Pulkki J, Jensen NK, Jämsen E, Burström B, Andersen I, et al. Opportunities for transitional care and care continuity following hospital discharge of older people in three Nordic cities: A comparative study. *Scand J Public Health*. 2024 Feb;52(1):5–9.

Ljungholm L, Edin-Liljegren A, Ekstedt M, Klinga C. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec;22(1):686.

Rajaeigolsefidi M, Gantriis R, Edwards K, Schultz M, Andersen O, Pottegård A, Kirchner K. Identifying and Characterizing Subgroups of Medically Complex Older Patients in Community-based Intermediate Care: A Latent Class Analysis of Danish Municipal Temporary Stay Patients. *BMC Health Serv Res*. 2025 May [Preprint_in review available at: <https://www.researchsquare.com/browse>]

Raus K, Mortier E, Eeckloo K. Challenges in turning a great idea into great health policy: the case of integrated care. *BMC Health Serv Res*. 2020 Dec;20(1):130.

Ravn-Nielsen LV, Bjørk E, Nielsen M, Galsgaard S, Pottegård A, Lundby C. Challenges related to transitioning from hospital to temporary care at a skilled nursing facility: a descriptive study. *European Geriatric Medicine*. 2024 aug.;15(4):991-999. Epub 2024. doi: 10.1007/s41999-024-01003-z

Roughead EE, Vitry AI, Caughey GE, Gilbert AL. Multimorbidity, care complexity and prescribing for the elderly. *Aging Health*. 2011;7:695–705.

Vinge S, Buch MS, og Kjellberg PK, 2021, "Det kommunale akutområde Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner", VIVE – Viden til Velfærd, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Sengepladser og belægning på sygehuse. [Internet] Available from: <https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Sengepladser-og-belaegning-paa-sygehuse>

“Forestil dig, at du er på arbejde som social- og sundhedsassistent og modtager en ældre borger til genoptræning på en kommunal sengeplads. Udskrevet fra hospitalet som færdigbehandlet – men i en meget skrøbelig tilstand og med flere kroniske sygdomme. Allerede ved ankomst er der behov for hurtig medicinsk handling. Det er aften. Der er ingen sygeplejerske i vagt. Heller ikke den sygeplejerske, som stod for udskrivelsen og kender borgeren, er tilgængelig. Almen lægepraksis er lukket for i dag. Den nødvendige viden står ikke i udskrivelserapporten - den dækker ikke hele borgers sygdomssituation. En sundhedsfaglig indsats bliver imidlertid iværksat, men må stoppes akut pga. uoplyste forhold. Et alternativ forsøges – med alvorlige bivirkninger til følge. Borgeren bliver genindlagt.”

– Baseret på medarbejderes beskrivelse.

