

Eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet

Udviklingen i vikarudgifter, erfaringer med brugen af eksterne vikarer og vikarernes oplevelser



Eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet – Udviklingen i vikarudgifter, erfaringer med brugen af eksterne vikarer og vikarernes oplevelser

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-229-4

Projekt: 302427

Finansiering: Beskæftigelsesministeriet og Finansministeriet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Denne analyse beskriver udviklingen i kommuners udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet, årsager til og konsekvenser af brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet samt de eksterne vikarers oplevelser med vikarjobbet. Målgruppen er beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt plan.

VIVE vil gerne rette en stor tak til ledere og medarbejdere på hospitaler og ældreområdet samt til vikarbureauerne og deres ansatte for at medvirke til hhv. interview og besvarelse af spørgeskema.

Delanalyse 1 er gennemført af senioranalytiker Lars Bo Pedersen, professor Kurt Houlberg og studentermedhjælper Mikkel Darger. Delanalyse 2 og 3 er gennemført af senioranalytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm, seniorforsker Helle Holt, videnskabelig assistent Kristian Haulund Jensen og studentermedhjælper Rikke Horne Fischer. Helle Holt har været projektleder for den samlede undersøgelse.

Den eksterne og den interne reviewer takkes for gode og konstruktive kommentarer.

Beskæftigelsesministeriet og Finansministeriet har finansieret undersøgelsen.

Lisbeth Pedersen

Forsknings- og analysechef for VIVE Arbejde og Ældre



Indholdsfortegnelse

DEL 1 Afrapportering	6
----------------------	---

Hovedresultater	7
-----------------	---

1	Indledning	13
1.1	Formål og afgrænsning	13
1.2	Læsevejledning	15

2	Udviklingen i vikarudgifter på ældreområdet	16
2.1	Udvikling i de samlede udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet	17
2.2	Vikarudgifternes fordeling på hjemmepleje, sygepleje og plejehjem	20
2.3	Vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter	23
2.4	Betydningen af geografi og kommunestørrelse	26
2.5	Opsamling	35

3	Brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet	36
3.1	Præsentation af cases i analysen	37
3.2	Årsager	39
3.3	Konsekvenser	51
3.4	Muligheder	61
3.5	Perspektiver	73
3.6	Opsamling	76

4	Oplevelser med at være ekstern vikar	78
4.1	Præsentation af vikarer i analysen	78
4.2	Fordele	80
4.3	Ulemper	87
4.4	Perspektiver	91
4.5	Opsamling	93

5	Perspektiverende konklusion	95
---	-----------------------------	----

DEL 2	Dokumentation	97
-------	---------------	----

6	Metode	98
6.1	Kortlægning af kommunernes udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet	98
6.2	Kvalitativt casestudie af brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet	101
6.3	Interviewundersøgelse af de eksterne vikarers perspektiv	104

Litteratur		106
------------	--	-----



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Der er aktuelt stort fokus på udgifter til eksterne vikarer i regioner og kommuner såvel politisk som i praksis – og ikke mindst på, hvilke konsekvenser brugen af eksterne vikarer har for den pleje, borgere og patienter modtager. Denne rapport har til formål at skabe viden om brugen af eksterne vikarer, dvs. sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere ansat i private vikarbureauer, på hospitals- og ældreområdet, og retter sig mod beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Jævnfør VIVEs opdrag er formålet med undersøgelsen:

- At beskrive udviklingen i kommunernes udgifter til eksterne vikarer i ældreplejen¹
- At beskrive ledere og medarbejders oplevelser af årsager til og konsekvenser af brugen af eksterne vikarer med fokus på sygeplejersker på hospitaler og social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen og på plejehjem
- At beskrive de eksterne vikarers oplevelser med vikarjobbet i regioner og kommuner.

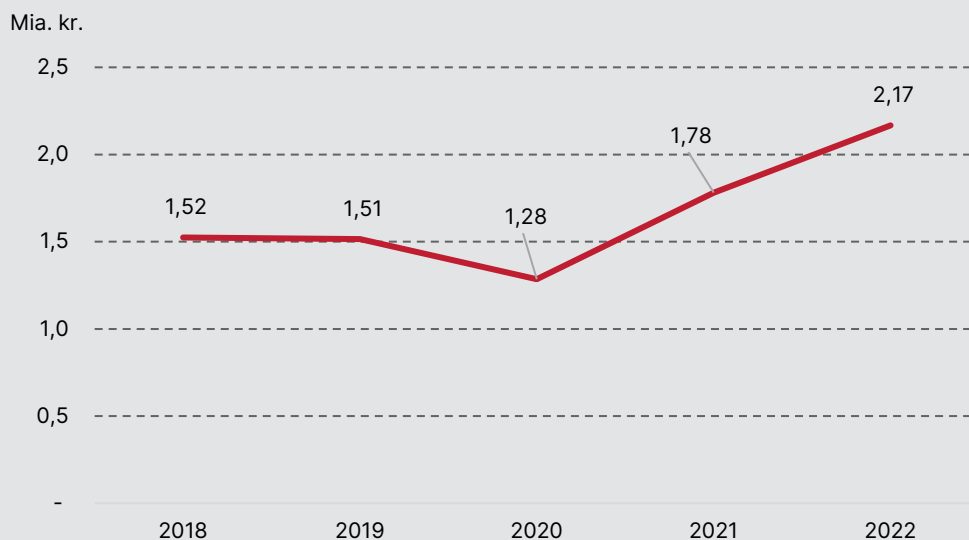
I henhold til VIVEs opdrag indgår regionernes udgifter til eksterne vikarer ikke i analysen. Udgifter til og erfaringer med interne vikarer, dvs. vikarer ansat i interne vikarbureauer, i kommuner og regioner samt vikarforbrug hos private leverandører, indgår af samme grund ikke i analysen.

Stor stigning i udgifter til eksterne vikarer i ældreplejen de senere år

Udgifterne til eksterne vikarer på ældreområdet er steget med knap 50 % i årene fra 2018 til 2022. Stigningen skal blandt andet ses i lyset af, at der i 2021 og første del af 2022 var udbredt coronasmitte. Udgifterne til eksterne vikarer udgør i 2022 ca. 2,2 mia. kr. i de 90 kommuner, der har oplyst om deres vikarudgifter i VIVEs spørgeskemaundersøgelse. I 2018 udgjorde vikarudgifterne til sammenligning ca. 1,5 mia. kr. Er udgiftsniveauet til eksterne vikarer i de 90 deltagende kommuner repræsentativt for alle 98 kommuner, svarer det til en udgift på 2,3 mia. kr. på landsplan i 2022.

¹ Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner har gennemført en analyse af regionernes udgifter til eksterne vikarer på hospitalsområdet (Beskæftigelsesministeriet et al., 2022).

Udvikling i udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet. Mia. kroner.



Note: Udgifterne er opgjort i 2022-priser.

Af de samlede udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet knytter ca. 46 % sig til hjemmeplejen, 42 % til plejehjemsområdet og 12 % til sygeplejeområdet. Vikarudgifternes relative fordeling på de tre områder er nogenlunde konstant over perioden og er for alle tre delområder især steget i 2021 og 2022.

Vikarandelen er størst i hjemmeplejen

Udgifterne til eksterne vikarer udgør en stigende andel af de samlede personaleudgifter på ældreområdet. Hvor udgifterne til eksterne vikarer udgjorde 4,7 % af de samlede personaleudgifter i 2018, er det tilsvarende tal således 6,3 % i 2022.

Hjemmeplejen har den største andel vikarer, idet vikarudgifterne i 2022 udgør 10 % af de samlede personaleudgifter i hjemmeplejen. I sygeplejen udgør vikarudgifterne til sammenligning 6,9 % af personaleudgifterne, mens det på plejehjemsområdet drejer sig om 5,2 % af udgifterne.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er gennemført for Beskæftigelsesministeriet, KL og Danske Regioner. Den samlede undersøgelse består af tre delanalyser med forskellige metoder og datatyper:

Delanalyse 1 er en spørgeskemabaseret kortlægning af udviklingen i kommunernes udgifter til eksterne vikarer i hjemmeplejen, sygeplejen og på plejeboligområdet i perioden 2018-2022.

Delanalyse 2 er et kvalitativt casestudie af årsager til og konsekvenser af brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet. Der er interviewet ledere og sygeplejersker på to hospitalsafdelinger og ledere, planlæggere og social- og sundhedsmedarbejdere i fire hjemmeplejeenheder og på fire plejehjem i seks kommuner.

Delanalyse 3 er en kvalitativ interviewundersøgelse af de eksterne vikarers perspektiver på fordele og ulemper ved vikarjobbet i regioner og kommuner.

Størst vikarforbrug øst for Storebælt

Vikarudgifternes andel af personaleudgifterne varierer betragteligt på tværs af kommunerne. Blandt de fem kommuner med de relativt højeste udgifter til eksterne vikarer udgør udgifterne til eksterne vikarer i 2022 mellem 15 og 27 % af de samlede personaleudgifter. I den modsatte ende af skalaen, blandt de fem kommuner med de relativt laveste udgifter til eksterne vikarer, udgør vikarudgifterne blot mellem 0,1 og 1 % af personaleudgifterne. På tværs af det kommunale landskab tegner sig et billede af, at vikarforbruget er relativt størst i kommunerne øst for Storebælt. Beliggenheden i landet spiller dermed en væsentlig rolle for vikarforbrugets størrelse, hvilket blandt andet skal ses i lyset af de forskelle, der på et givet tidspunkt er i rekrutteringsudfordringer på tværs af landsdele og kommuner. Når der er taget højde for kommunens regionsbeliggenhed, viser analysen, at kommunestørrelse og kommunetype (by/land) ikke betyder noget for vikarudgiftsandelen.

Rekrutteringsudfordringer, højt sygefravær og planlægningskultur driver vikarforbruget

De stigende udgifter til eksterne vikarer i 2021 og 2022 skal ses i lyset af et stigende sygefravær (blandt andet på grund af coronasmitte) og rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker. Interviews med ledere og medarbejdere på hospitaler og i ældreplejen peger

også på, at højt sygefravær og personalemangel er centrale drivere bag brugen af eksterne vikarer. Endvidere peger de på, at kultur og kompetencer i vagtplanlægningen og arbejdstilrettelæggelsen på den enkelte enhed har betydning for, om ledige vagter besættes med fast personale og faste afløsere (i form af time- og månedslønsansatte), eller der i stedet rekvireres eksterne vikarer.

Brug af eksterne vikarer udfordrer kvaliteten af plejen og de fastansattes trivsel

Interviews på både hospitals- og ældreområdet peger på, at brugen af eksterne vikarer har flere ulemper end fordele. Det skyldes en gennemgående oplevelse af, at brugen af eksterne vikarer er forbundet med lavere kvalitet af plejen, end den fastansatte og faste afløsere kan levere, som følge af manglende kontinuitet og kendskab i relationerne mellem vikar og enheden, medarbejderne og borgere/patienter. Manglende kontinuitet og kendskab udfordrer ligeledes trivslen blandt de fastansatte, som oplever at bruge mange ressourcer på introduktion til og opfølgning på vikarernes arbejde samt oplever utryghed og faglig utilfredshed med kvaliteten af plejen, når der er vikarer på vagt. Dermed peger interviewpersonerne på, at et højt forbrug af eksterne vikarer kan udgøre en belastning for det faste personale.

Eksterne vikarer indgår til en vis grad som del af det faste personale

I forlængelse heraf peger interviewene på, at det at rekvirere de samme eksterne vikarer understøtter kvalitet og i mindre grad udfordrer trivslen, hvorfor enhederne typisk vil bestræbe sig på at rekvirere 'kendte' vikarer. Ligeledes fortæller de eksterne vikarer i analysen, at de bestræber sig på – og i høj grad også lykkes med – at tage vagter på de samme få arbejdspladser. De oplever på samme vis at bruge færre ressourcer på kontinuerligt at sætte sig ind i nye systemer og arbejdsgange, ligesom de oplever at kunne levere højere kvalitet, når de kender organisationen, medarbejderne og borgere/patienter. Den fælles bestræbelse på kontinuitet i vikar-arbejdslds-relationen betyder altså, at eksterne vikarer til en vis grad indgår som del af det faste personale.

Eksterne vikarer motiveres af løn, frihed og fleksibilitet

De eksterne vikarer fortæller endvidere, at de har valgt vikarjobbet, fordi det tilbyder højere løn, frihed og fleksibilitet til at tilrettelægge arbejdslivet, så det passer til den enkeltes situation og ønsker. Disse forhold oplever de interviewede vikarer ikke, at fastansættelse i kommuner og regioner kan tilbyde, og de forbinder blandt andet tidligere ansættelser med højt arbejdspress, lav grad af selvbestemmelse samt et hårdt arbejdsmiljø. Derfor peger flere også på, at en central fordel ved vikarjobbet er at stå uden for arbejdspladserne og i stedet

fokuserer på de borgerrettede opgaver. Tabel herunder opsummerer vikarernes oplevelser af fordele og ulemper ved ansættelsesformen:

Tabel 1 De eksterne vikarers oplevelser af fordele og ulemper ved vikarjobbet

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frihed, fleksibilitet og selvbestemmelse ▪ Højere løn ▪ Forskellige, men få arbejdspladser ▪ At stå uden for arbejdspladserne ▪ Individuel tilgang til opgaveløsningen ▪ Kvalitet i plejen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usikre løn- og arbejdsvilkår ▪ Manglende opfølgning på borger- og patientforløb ▪ At stå uden for arbejdspladserne

Bedre planlægning, fleksibel arbejdstilrettelæggelse og faste afløsere kan modvirke brugen af eksterne vikarer

Som følge af de oplevede konsekvenser ved brugen af eksterne vikarer, der ofte beskrives som en *”dyr og dårlig løsning”*, er der gennemgående ønske om at begrænse vikarbrugen til et minimum. Lokalt viser erfaringerne, at vikarbrugen kan reduceres igennem bedre planlægning, hvor håndteringen af ledige vagter løses i fællesskab mellem leder, planlægger og det faste personale, samt at det faste personale har overskud og motivation til at påtage sig ekstravagter eller udvise fleksibilitet i øvrigt. Faste afløsere tilknyttet den enkelte enhed fremhæves som en forudsætning for at være selvdækkende, idet oplevelsen er, at der på hospitaler og i ældreplejen altid vil være brug for en anden og mere fleksibel arbejdskraft end det faste personale, samtidig med at faste afløsere vurderes at være den mest optimale løsning. Indflydelse på vagtplanlægning og arbejdstilrettelæggelse samt honorering (frem for afspadsering) for overarbejde kan motivere personalet til at udvise den ønskede fleksibilitet. Tabel herunder opsummerer oplevelserne med brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet:

Tabel 2 Oplevelser af brugen af eksterne vikarer blandt ledere og medarbejdere på hospitals- og ældreområdet

Årsager	Konsekvenser	Muligheder	Perspektiver
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behov for fleksibel arbejdskraft ▪ Personalemangel ▪ Sygefravær 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavere kvalitet af plejen til borgere/patienter ▪ Lavere trivsel blandt de fastansatte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedre og mere fleksibel vagtplanlægning, fx igennem medarbejderindflydelse på arbejdstilrettelæggelsen og honorering for ekstraarbejde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nye og mere fleksible ansættelsesformer, fx i form af fleksibelt ansættelsessted,

Årsager	Konsekvenser	Muligheder	Perspektiver
<ul style="list-style-type: none"> Planlægningskultur og -kompetencer Aflastning af det faste personale 	<ul style="list-style-type: none"> Økonomi 	<ul style="list-style-type: none"> Fleksibel arbejdskraft i form af faste afløsere 	<ul style="list-style-type: none"> fleksible normperioder samt delestillinger

Perspektiverende konklusion

Samlet set peger rapporten på, at der de senere år har været en stigning i udgifter til eksterne vikarer (på ældreområdet), og at det aktuelt udgør en udfordring, fordi oplevelsen (på både hospitals- og ældreområdet) er, at brugen af eksterne vikarer udfordrer kvaliteten af den pleje, borgere og patienter modtager, og udfordrer trivselen blandt de fastansatte sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. For at begrænse vikarbrugen peger rapporten videre på, at der er muligheder for at øge fleksibiliteten og arbejdsudbuddet i den enkelte enheds personale. I lyset af de aktuelle og kommende arbejdskraftsudfordringer er perspektiverne blandt flere ledere og medarbejdere imidlertid, at der er brug for, at hospitalsvæsen og ældrepleje (og for så vidt også øvrige dele af sundhedsvæsenet) kan tilbyde nye, mere fleksible og individuelle ansættelsesformer og arbejdsvilkår for at kunne tiltrække og fastholde sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Ledere og medarbejdere oplever samtidig, at lovgivnings- og overenskomst-mæssige rammer aktuelt udgør centrale barrierer herfor – de efterspørger derfor indsatser på lokalt, kommunalt/regionalt og ikke mindst nationalt niveau.

1 Indledning

Udfordringerne med rekruttering og fastholdelse på de store velfærdsområder spidser til i disse år. Det gælder ikke mindst på hospitalerne og i ældreplejen, hvor der er særligt stor mangel på sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Samtidig er der aktuelt stort fokus på brugen af eksterne vikarer (dvs. faglærte og ufaglærte, der er ansat i private vikarbureauer), som er udbredt på de store velfærdsområder, herunder på sundheds- og ældreområdet (Madsen, 2015).

På den ene side kan ekstern vikardækning være nødvendig for at sikre tilstrækkelig arbejdskraft og fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen til at levere sundheds- og omsorgsydelser (Castle, 2009). Brugen af eksterne vikarer kan være et hjælpemiddel for arbejdspladser til at håndtere sygefravær, til at øge fleksibiliteten i vagtplanlægning, i forbindelse med behov for døgnbemanding og i forbindelse med varierende arbejdsmængde. På den anden side kan ekstern vikardækning have konsekvenser for kvaliteten af ydelserne og betyde, at borgerne ikke oplever den ønskede kontinuitet i den offentlige service, samt medvirke til ineffektiv brug af offentlige midler. Derudover kan det have konsekvenser for de fastansattes trivsel og faglighed (Knutsen, 2018; Castle, 2009; Holt et al., 2018).

Der er dog begrænset viden om brugen af eksterne vikarer på sundheds- og ældreområdet. Som led i aftalen om kommunernes og regionernes økonomi 2023 har Regeringen, KL og Danske Regioner derfor igangsat et fælles analysearbejde, "som skal undersøge, hvordan kommuner og regioner i dag anvender vikarer på de store velfærdsområder. Formålet med parternes analyse er at analysere omfanget af forbruget af vikarer, hvad der driver brugen af vikarer, konsekvenser for ressourceforbrug og kvalitet samt mulige alternativer" (Regeringen & Danske Regioner, 2023). Analysen skal anvendes som afsæt for, at parterne kan "drøfte, hvordan rammerne for, og brugen af, vikarer på de store kommunale- og regionale velfærdsområder kan indrettes mest hensigtsmæssigt (Regeringen & Danske Regioner, 2022; Regeringen & KL, 2022).

Beskæftigelsesministeriet har i den forbindelse bedt VIVE om at gennemføre en analyse af brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet.

1.1 Formål og afgrænsning

Undersøgelsens hovedformål er at skabe viden om brugen af eksterne vikarer i regioner og kommuner. Det sker ved at kortlægge udgifterne til det eksterne

vikarforbrug i kommunerne² samt undersøge, hvad der driver brugen af eksterne vikarer, og hvilke fordele og ulemper vikarforbruget har. Der er fokus på ældreområdet i kommunerne og hospitalsområdet i regionerne.

Undersøgelsen består af tre delanalyser, der besvarer hvert sit undersøgelsesspørgsmål med afsæt i forskellige metoder og datatyper:

- **Delanalyse 1:** *Hvad er kommunernes udgifter til brug af eksterne vikarer på ældreområdet?*

Spørgsmålet besvares via et spørgeskema til de kommunale ældrechefer om udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet samt disses fordeling på hjemmepleje, sygepleje og plejehjemsområdet.

- **Delanalyse 2:** *Hvad er årsagerne til og konsekvenserne af brugen af eksterne vikarer? Og hvilke muligheder er der for at modvirke brugen af eksterne vikarer?*

Spørgsmålene besvares via interviews med ledere og medarbejdere om brugen af eksterne vikarer på hospitalsområdet med fokus på sygeplejersker og på ældreområdet med fokus på social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen og på plejehjem.

- **Delanalyse 3:** *Hvilke fordele og ulemper oplever de eksterne vikarer ved denne ansættelsesform?*

Spørgsmålet besvares via en kvalitativ interviewundersøgelse af de eksterne vikarers oplevelser med vikarjobbet.

Jævnfør VIVES opdrag dækker ældreområdet i delanalyse 1 over hjemmepleje, sygepleje og plejehjemsområdet, mens det i delanalyse 2 dækker over hjemmepleje og plejehjem. Delanalyse 3 afgrænser sig derimod ikke til bestemte sektorer, men fokuserer på sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Alle tre analyser afgrænser sig, jf. VIVES opdrag, fra at afdække udgifter til og brugen af interne regionale/kommunale vikarbureauer.

² Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner har gennemført en analyse af regionernes udgifter til eksterne vikarer på hospitalsområdet (Beskæftigelsesministeriet, 2022).

1.2 Læsevejledning



Kapitel 2 fremlægger resultaterne af delanalyse 1 og har fokus på, hvordan kommunernes udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet har udviklet sig fra 2018 til 2022, og hvordan vikarudgifterne varierer på tværs af landet.

Kapitel 3 udgør rapportens delanalyse 2, som omhandler oplevelser med brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet. Kapitlet beskriver årsager til og konsekvenser af at bruge eksterne vikarer samt diskuterer muligheder for at reducere brugen af eksterne vikarer og perspektiverne på mere fleksible ansættelsesforhold og -former på hospitaler og i ældreplejen.

Kapitel 4 er delanalyse 3, som bringer de eksterne vikarers oplevelser af fordele og ulemper ved denne ansættelsesform samt deres perspektiver på fastansættelse inden for hospitals- eller ældreområdet.

Kapitel 5 er rapportens konklusion, som samler op på resultaterne og perspektiverne fra de tre delanalyser.

2 Udviklingen i vikarudgifter på ældreområdet

Dette kapitel undersøger udviklingen i kommunernes udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet fra 2018 til 2022.

Analysen gennemføres som en analyse af udvikling i vikarudgifterne på ældreområdet, over tid samt variation på tværs af kommuner med fokus på:

- Udviklingen i de samlede udgifter til eksterne vikarer
- Vikarudgifternes fordeling på hjemmepleje-, sygepleje- og plejehjemsområdet
- Vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter på ældreområdet samlet set og på tværs af forskellige grupper af kommuner.

Det skal understreges, at analysen alene dækker kommunernes udgifter til *eksterne* vikarer. Dvs. udgifter til personer ansat i private vikarbureauer. Udgifter til *interne* vikarer fra interne vikarkorps i kommunerne indgår ikke i analysen. Det sidste er et væsentligt metodisk opmærksomhedspunkt, da de enkelte kommuners udgifter til eksterne vikarer kan afhænge af, i hvilken udstrækning kommunen har mulighed for at trække på interne vikarer.

Boks 2.1 beskriver kort den anvendte metode i delanalyse 1.

Boks 2.1 Data og metode

Udgifterne til eksterne vikarer er kortlagt af VIVE via en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne i januar, februar og marts 2023.

Kort om spørgeskemaundersøgelsen

- I alt har 90 kommuner besvaret spørgeskemaet.
- Enkelte kommuner har alene opgjort de samlede udgifter til eksterne vikarer, men har ikke haft mulighed for at fordele udgifterne på kvartaler og/eller på hjemmepleje-, sygepleje- og plejehjemsområdet.
- Ældreområdet er afgrænset ved hovedfunktion 5.30 (Tilbud til ældre) i det kommunale budget- og regnskabssystem.

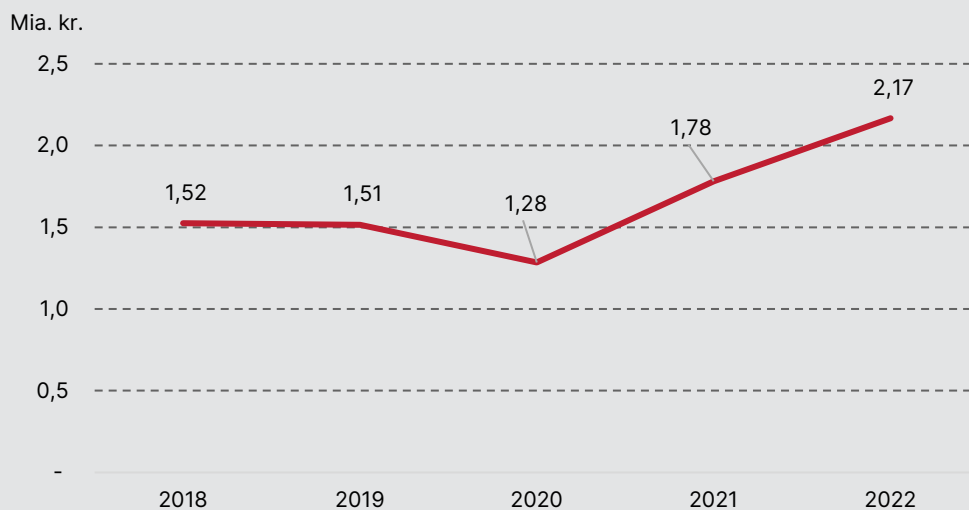
2.1 Udvikling i de samlede udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet

De samlede udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet for de 90 kommuner, der har besvaret undersøgelsen, er vist i Figur 2.1³.

³ De samme data er anvendt i og afrapporteret i Beskæftigelsesministeriet, Social-, Bolig og Ældreministeriet, Kommunernes Landsforening og Finansministeriet (2023).

De opgjorte udgifters størrelse svarer i årene 2018-2021 ikke helt til udgifterne i indeværende analyse, da den anvendte deflator til omregning til faste 2022-priser ikke er identisk i de to analyser. I indeværende analyse er anvendt den af KL opgjorte pris- og lønudvikling for kommunale serviceudgifter, opgjort i marts 2023 (se metodebeskrivelse i afsnit 6.1 for yderligere information).

Figur 2.1 Udvikling i samlede udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet. Mia. kroner.



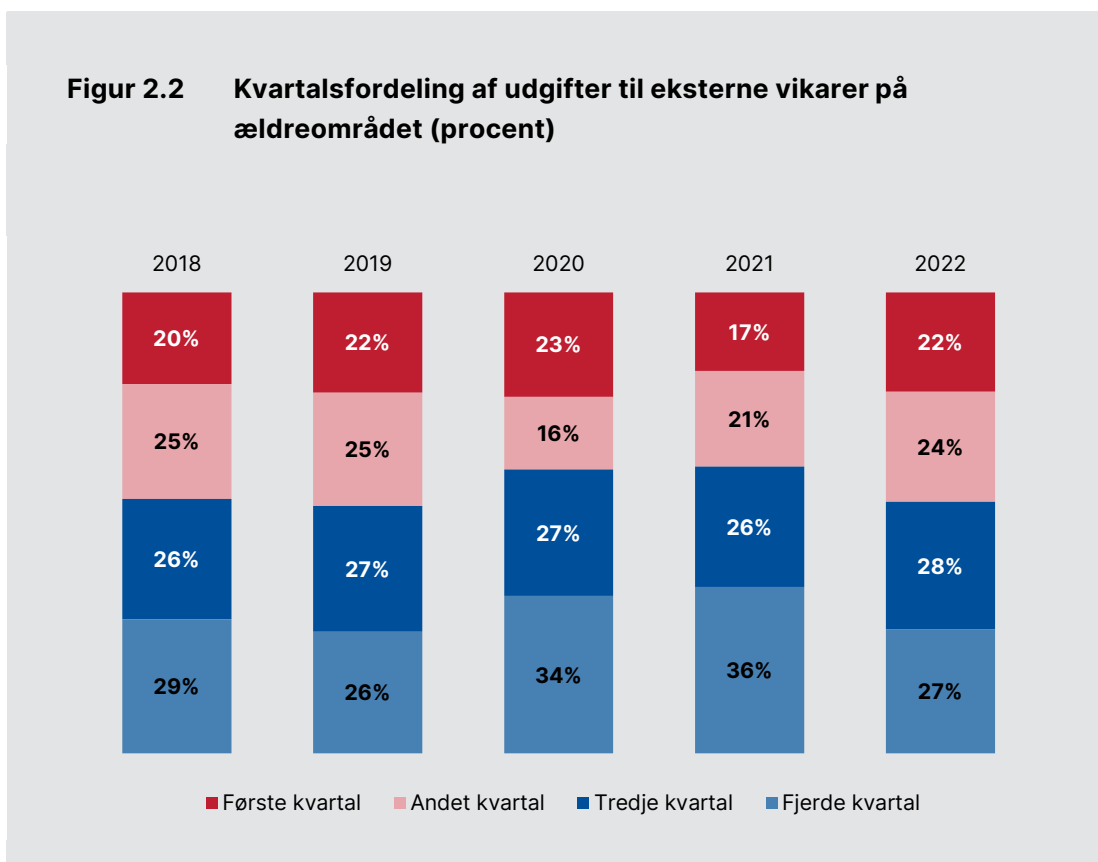
Note: Udgifterne er opgjort i 2022-priser.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner.

Figur 2.1 viser at, de samlede udgifter var stabile i årene 2018 og 2019, og faldt derefter i 2020. Faldet i 2020 skyldes antageligvis covid-19-relaterede restriktioner. Flere kommuner oplyser fx i en kommentarboks i spørgeskemaet, at deres relativt lave udgifter i 2020 er udtryk for en beslutning om at begrænse vikarforbruget i perioden blandt andet som følge af besøgsrestriktioner og -forbud på plejehjem samt ønske om at reducere antal personer i borgernes hjem. Fra 2020 og frem har der været en markant stigning i udgifterne. Stigningen skal blandt andet ses i lyset af, at der i 2021 og første del af 2022 var udbredt coronasmitte. Set over hele perioden er udgifterne steget fra 1,5 mia. kr. i 2018-2019 til 2,2 mia. kr. i 2022. Det svarer til en stigning på 47 % over den femårige periode.

De 90 kommuner i besvarelsen har en befolkning svarende til ca. 92 % af den samlede danske befolkning. De repræsenterer dermed ikke samtlige udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet i Danmark. De samlede udgifter til eksterne vikarer i hele landet udgør 2,3 mia. kr. i 2022, hvis udgifterne per indbygger i de manglende otte kommuner svarer til udgifterne i de 90 kommuner i undersøgelsen.

I Figur 2.2 er udgifternes relative fordeling mellem årets fire kvartaler fordelt på undersøgelsens fem år. Udgifterne er opgjort efter, hvornår de er blevet bogført, og afspejler således ikke nødvendigvis, hvornår de er blevet afholdt. Det bemærkes, at ikke alle kommuner har kunnet opgøre udgifterne på kvartaler, og at der derfor indgår færre kommuner end i opgørelsen af de årlige udgifter i Figur 2.1.



Note: Vægtede gennemsnit.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner, hvoraf 66 har oplyst om udgifternes fordeling på kvartaler.

Figur 2.2 viser, at vikarudgifterne varierer over året, således at der typisk falder en større andel af udgifterne til eksterne vikarer sidst på året end først på året. Ses der bort fra corona-årene 2020 og 2021, så ligger 45-47 % af vikarudgifterne i de to første kvartaler af året, mens omvendt 53-55 % af udgifterne ligger i tredje og fjerde kvartal.

Flere kommuner oplyser, at årsudgifterne for selvejende institutioner med driftsaftale med kommunen afregnes i fjerde kvartal. At hele årsudgiften til eksterne vikarer i selvejende institutioner registreres i fjerde kvartal kan være med til at trække kvartalets vægt op i forhold til de øvrige kvartaler – og dermed bidrage til at overvurdere, hvor store de reelle vikarudgifter er i fjerde

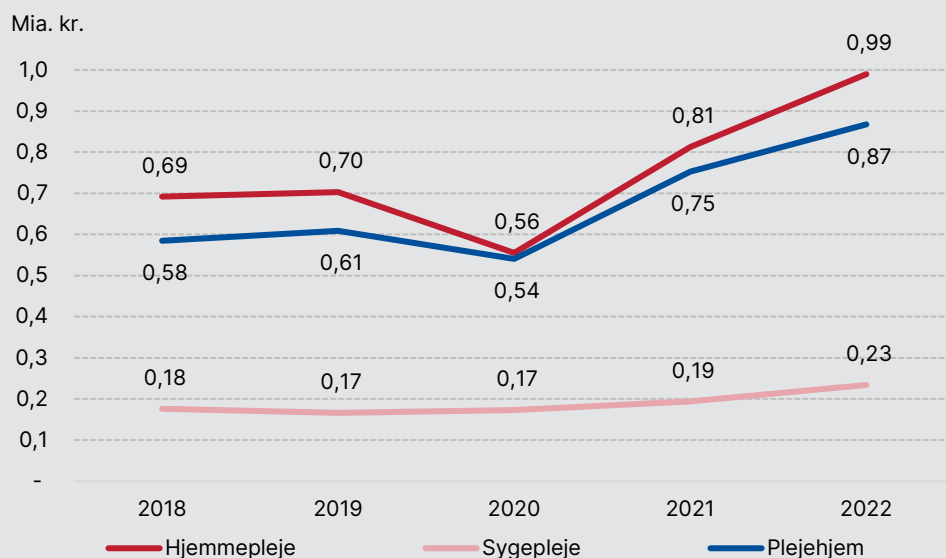
kvartal. De forholdsvis små udgifter i andet kvartal 2020 og starten af 2021 afspejler formentlig de covid-19-relaterede nedlukninger.

Med ovenævnte forbehold in mente indikerer analysen samlet set, at der er en lidt større tilbøjelighed til at bruge vikarer sidst på året end først på året. Om dette skyldes variationer i sygefravær og rekrutteringsudfordringer over året og/eller andre forhold, giver analysen ikke mulighed for at svare på.

2.2 Vikarudgifternes fordeling på hjemmepleje, sygepleje og plejehjem

I Figur 2.3 er udgifterne til eksterne vikarer fordelt på henholdsvis hjemmepleje-, sygepleje- og plejhjemsområdet. Betegnelsen 'plejhjemsområdet' bruges her i kort form som samlebetegnelse for plejehjem, plejecentre og andre plejeboliger mv. for ældre. Udgiftsfordelingen er baseret på kommunernes spørgeskemasvar om fordelingen af udgifterne på de tre delområder. Det bemærkes, at et mindre antal kommuner ikke har haft mulighed for at fordele udgifterne på de tre delområder eller ikke har mulighed for at udskille udgifterne til sygepleje fra udgifterne til hjemmepleje og plejehjem (jf. note til Figur 2.3).

Figur 2.3 Udgifter til eksterne vikarer til hhv. hjemmepleje-, sygepleje- og plejehjemsområdet. Mia. kroner.



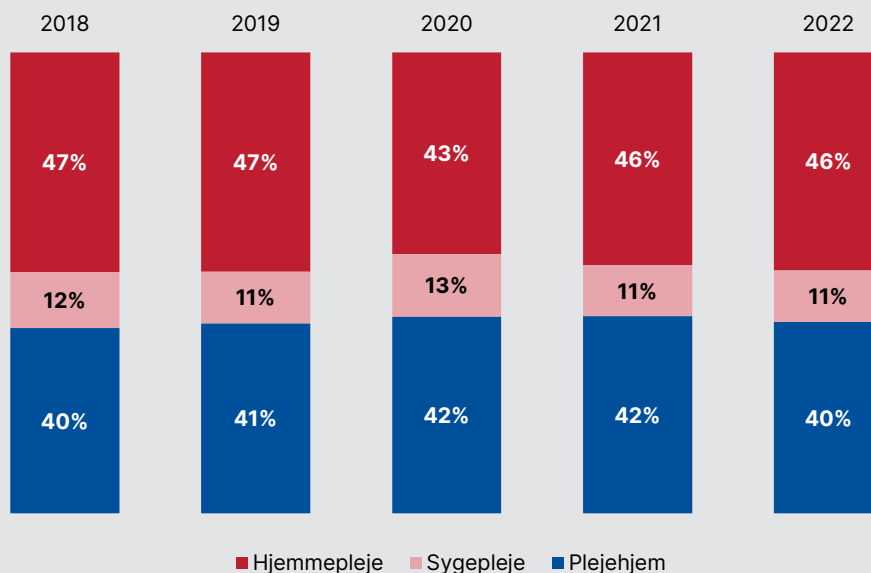
Note: Udgifterne er opgjort i 2022-priser. De område-opdelte udgifter summerer ikke til de samlede udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet, da det ikke har været muligt for alle kommuner at opdele de samlede udgifter på delområder. Nogle kommuner har desuden udgifter til fx rehabiliteringscentre, som de ikke indregner under de tre delområder. Det har for 4 kommuner ikke været muligt at opgøre udgifterne til eksterne vikarer i sygeplejen selvstændigt. I disse tilfælde er udgiften til sygeplejevikarer indeholdt i udgifterne til hjemmepleje og/eller til plejehjem. For 4 kommuner er fordelingen på delområder helt eller delvist baseret på skøn.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner, hvoraf 81 har oplyst om udgifternes fordeling på de tre delområder.

Figur 2.3 viser, at størstedelen af vikarudgifterne på ældreområdet knytter sig til vikarer på hjemmepleje- og plejehjemsområdet. De to områder har fulgt en lignende udviklingstendens med et dyk, da coronakrisen ramte i 2020 og en følgende markant stigning. Stigningen skal blandt andet ses i lyset af, at der i 2021 og første del af 2022 var udbredt coronasmitte. Udgifterne til eksterne vikarer udgør i 2022 ca. 1 mia. kr. i hjemmeplejen og 0,9 mia. kr. på plejehjemsområdet som helhed. Omvendt har vikarudgifterne på sygeplejeområdet ligget på et relativt stabilt niveau på ca. 0,2 mia. kr. med en svagt stigende tendens i de to seneste år. Vikarudgifterne på hjemmepleje- og plejehjemsområdet er steget mere end på sygeplejeområdet i perioden 2018-2022.

I Figur 2.4 er vikarudgifterne på de tre delområder opgjort som andele af de samlede udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet.

Figur 2.4 Vikarudgifternes fordeling på hjemmepleje-, sygepleje- og plejehjemsområdet (procent)



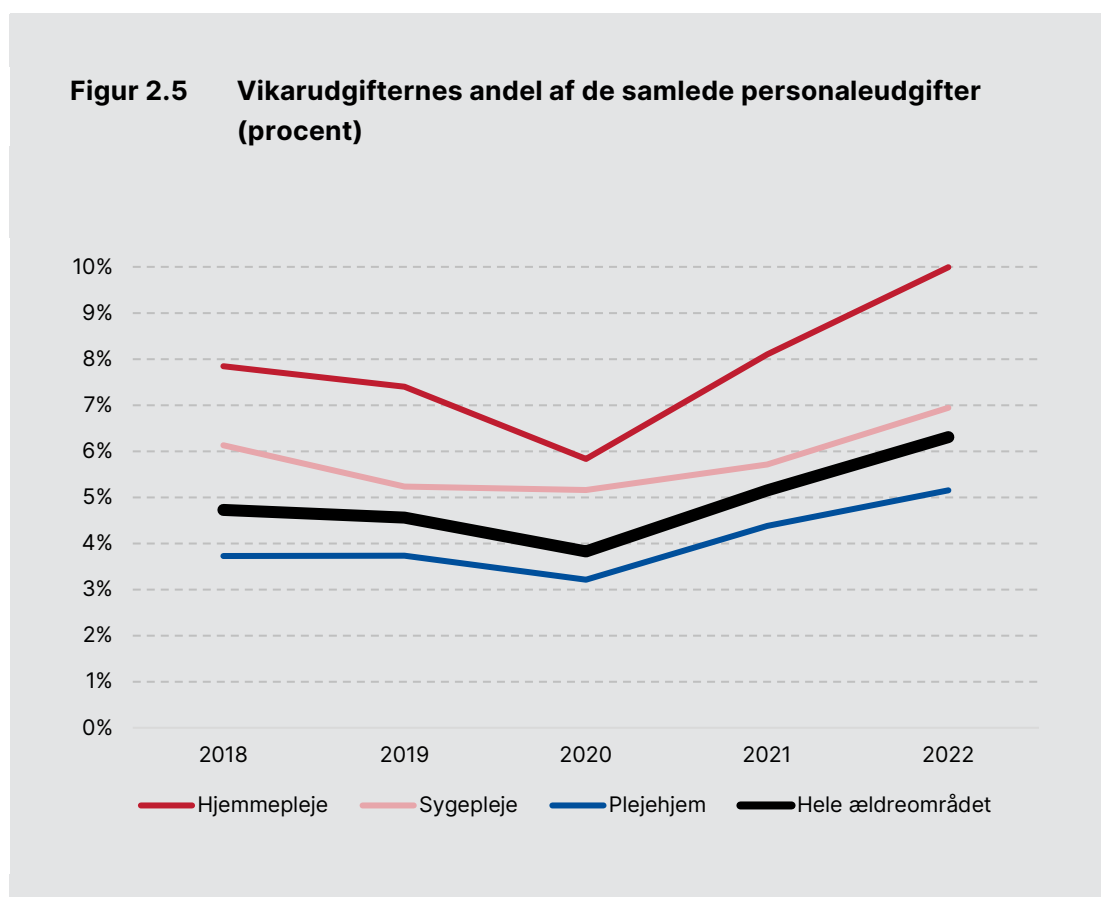
Note: Se note til Figur 2.3. Vægtede gennemsnit. Procenterne summerer ikke nødvendigvis til 100 procent, da nogle kommuner har udgifter til fx rehabiliteringscentre, som de ikke indregner under de tre delområder.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner, hvoraf 81 har oplyst om udgifternes fordeling på de tre delområder.

Udgifter til eksterne vikarer på hjemmepleje- og plejehjemsområdet udgør hver især lidt under halvdelen af udgifterne til eksterne vikarer. Ses der bort fra det atypiske første corona-kriseår (2020), er udgiftsfordelingen relativt stabil over undersøgelsens fem år. Udgifterne til vikarer i hjemmeplejen udgør således omkring 46 % af de samlede vikarudgifter, mens omkring 42 % af vikarudgifterne falder på plejehjemsområdet. Sygeplejen udgør omkring 12 %. Sygeplejens andel er en smule underestimeret, idet fire kommuner ikke har kunnet opgøre udgifterne til sygepleje selvstændigt og i stedet har fordelt dem ud på de to øvrige områder. Der er dog ikke tale om udgifter af en størrelse, som vil kunne forskyde ovenstående fordeling væsentligt.

2.3 Vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter

For at få et billede af, hvor meget udgifterne til eksterne vikarer relativt set fylder på ældreområdet, sammenholder vi nedenfor vikarudgifternes størrelse med lønudgifterne til kommunens eget personale på ældreområdet. I Figur 2.5 er udgifterne til eksterne vikarer opgjort i procent af de samlede personaleudgifter på ældreområdet som helhed og fordelt på hjemmepleje-, sygepleje- og plejehjemsområdet. Med personaleudgifter menes de samlede udgifter til eksterne vikarer og bruttolønudgifter til eget personale lønnet på ældreområdet⁴.



Note: Se note til Figur 2.3. Vægtede gennemsnit.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner i forhold til tal for hele ældreplejen og 81 kommuner i forhold til tal for de 3 områder,

⁴ Udgifter til interne vikarer er ikke opgjort særskilt, men indgår som en del af kommunens bruttolønudgifter til eget personale lønnet på ældreområdet.

Figur 2.5 viser, at vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter falder frem mod 2020, da coronakrisen ramte Danmark, for derefter at stige markant frem mod 2022. Stigningen i 2021 og 2022 skal blandt andet ses i lyset af, at der i 2021 og første del af 2022 var udbredt coronasmitte. Hvor udgifterne til eksterne vikarer udgjorde 4,7 % af de samlede personaleudgifter på ældreområdet i 2018, er det tilsvarende tal 6,3 % i 2022.

Vikarudgiftsandelen er relativt størst på hjemmeplejeområdet og omvendt relativt mindst på plejehjemsområdet. I 2022 udgør udgifterne til eksterne vikarer således 10 % af de samlede personaleudgifter i hjemmeplejen og halvt så meget (5,2 %) på plejehjemsområdet. Sygeplejeområdet ligger midt mellem, idet vikarudgifterne udgør 6,9 % af de samlede personaleudgifter til sygepleje i 2022.

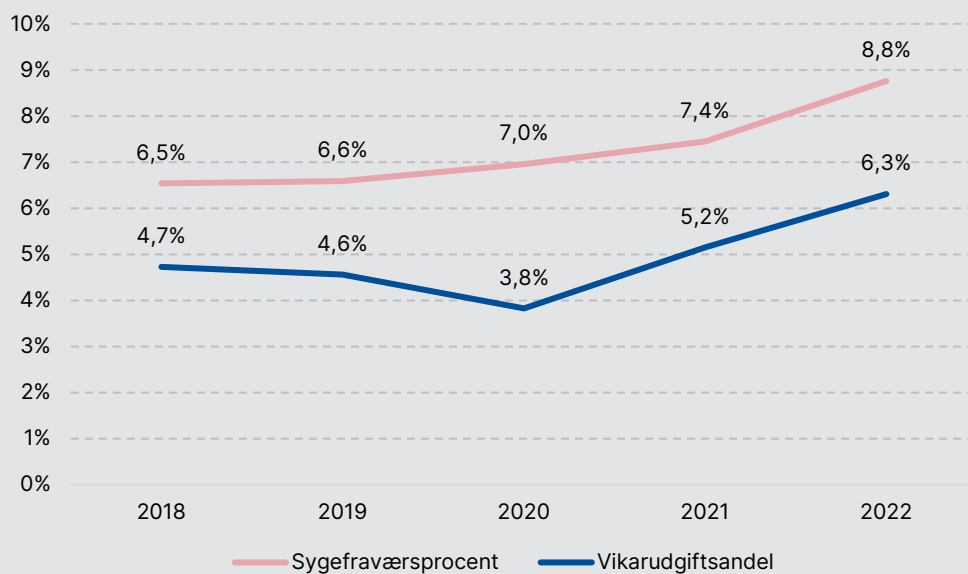
Over tid følger vikarandelen på hjemmepleje-, sygepleje- og plejehjemsområdet generelt samme udviklingstrend. Det vil sige med en faldende vikarandel frem mod corona-året 2020 og derefter en markant stigende andel frem mod 2022.

En medvirkende årsag til den stigende vikarandel i 2021 og 2022 er et generelt stigende sygefravær i kommunerne i årene med coronasmitte⁵, herunder den udbredte smitte med omikronvarianten i de 3 første måneder af 2022. I Figur 2.6 sammenlignes udviklingen i vikarudgiftsandelen specifikt med udviklingen i sygefraværsprocenten på ældreområdet. Det fremgår af Figur 2.6, at det stigende sygefravær på ældreområdet i 2021 og 2022 følges af en stigende vikarudgiftsandel. I samme periode har der endvidere været stigende rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker⁶. Det stigende forbrug af eksterne vikarer i 2021 og 2022 skal med andre ord ses i lyset af et øget sygefravær og stigende rekrutteringsudfordringer i disse år.

⁵ Se fx Houlberg & Pejtersen (2023).

⁶ Se fx Larsen & Jakobsen (2022) og STAR (2023).

Figur 2.6 Vikarudgiftsandel og sygefraværsprocent på ældreområdet 2018-2022 (procent)



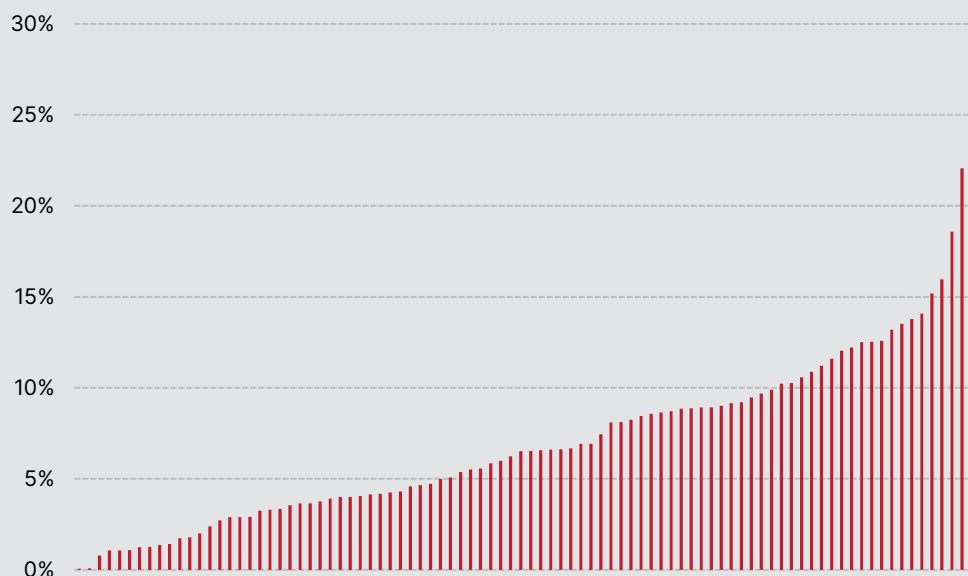
Note: Vægtede gennemsnit.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner samt data om sygefraværsprocent for kommunalt ansatte på ældreområdet (hovedfunktion 5.30) fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL): <https://krl.dk/#/sirka/frav>

Vikarudgiftsandelen varierer betragteligt på tværs af kommunerne. Således udgør udgifterne til eksterne vikarer i 2022 mellem 15 og 27 % blandt de fem kommuner med de relativt højeste udgifter til eksterne vikarer. I den modsatte ende af skalaen, blandt de fem kommuner med de relativt laveste udgifter til eksterne vikarer, udgør vikarudgifterne mellem 0,1 og 1 % af de samlede personaleudgifter.

Figur 2.7 illustrerer variationerne i vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter på tværs af kommunerne. Figuren er sorteret fra kommunen med den laveste vikarandel til kommunen med den højeste vikarandel.

Figur 2.7 Variation i vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter i 2022 på tværs af kommuner (procent)



Note: Kommunerne er i figuren sorteret fra lav til høj vikarandel.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner.

Den forholdsvis stabile hældning i fordelingen i Figur 2.7 indikerer en relativt jævn spredning på tværs af kommunerne. Fordelingen er dog mere stejl i den høje ende af fordelingen. De bagvedliggende data viser, at det især er kommuner i Københavns omegn og på Sjælland, som ligger i den høje ende med hensyn til vikarudgiftsandel. De fem kommuner med den højeste vikarudgiftsandel ligger eksempelvis alle øst for Storebælt, mens de fem kommuner med den laveste vikarudgiftsandel ligger i en af de tre regioner vest for Storebælt.

2.4 Betydningen af geografi og kommunestørrelse

Indeværende afsnit undersøger variationer i vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter på ældreområdet på tværs af landet. Med personaleudgifter menes de samlede udgifter til eksterne vikarer og bruttolønudgifter til eget personale lønnet på ældreområdet. Analysen undersøger, om der er statistisk sammenhæng mellem vikarudgiftsandelen og kommunernes karakteristika med hensyn til tre faktorer:

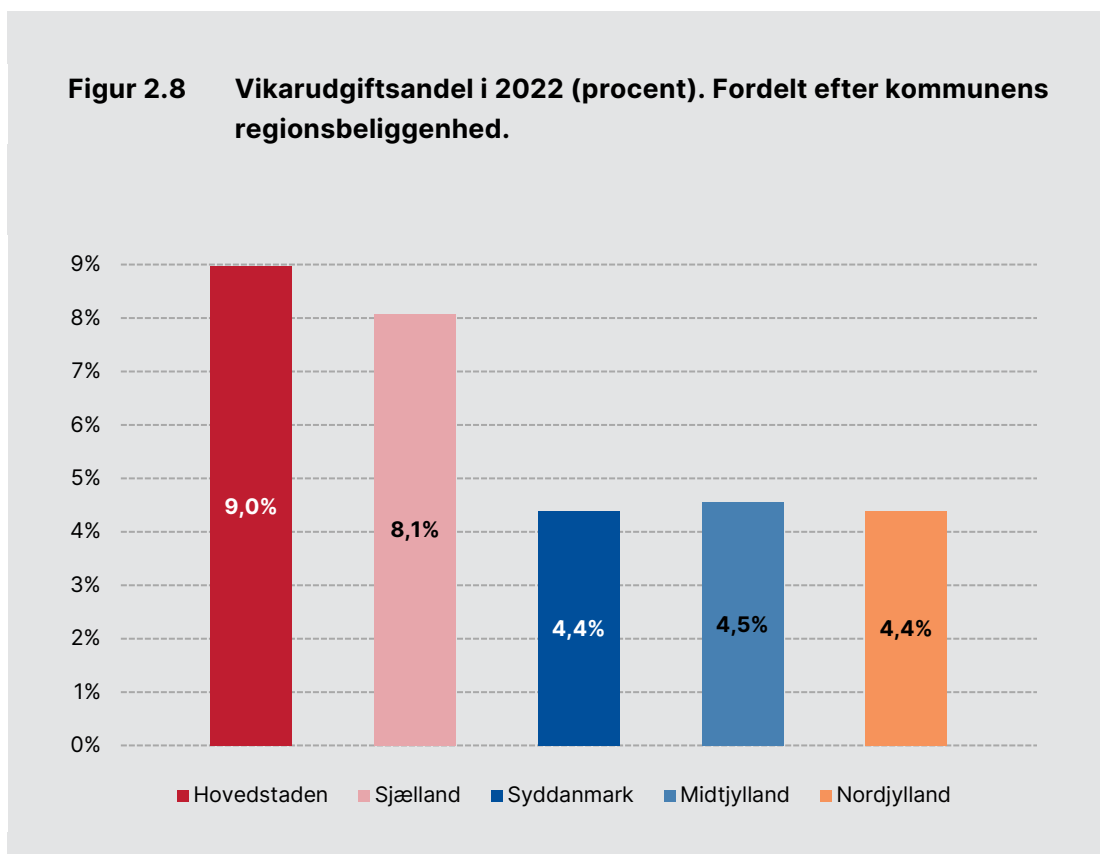
- Regionsbeliggenhed
- Kommunestørrelse
- Kommunetype (bykommuner, mindre bykommuner, mellemkommuner, yderkommuner).

Vi ser først på de tre faktorer hver for sig, derefter på de tre faktoreres samlede betydning i en multivariat analyse.

Det skal understreges, at der er tale om analyser af statistiske sammenhænge, og at analyserne ikke giver grundlag for at drage kausale konklusioner om årsags-virkningssammenhænge.

2.4.1 Betydningen af regionsbeliggenhed

Udgifter til eksterne vikarer som andel af de samlede personaleudgifter på ældreområdet i 2022 er i Figur 2.8 opdelt efter, hvilken region kommunen ligger i.



Note: Vægtede gennemsnit.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner og Danmarks Statistikbank.

Andelen af personaleudgifterne, der går til eksterne vikarer, er næsten dobbelt så stor i kommunerne øst for Storebælt som i resten af landet. I kommunerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland er den gennemsnitlige vikarandel således over 8 %, mens den i kommunerne i de tre øvrige regioner er omkring 4,5 %. Det er blevet undersøgt, om der på tværs af regionsbeliggenheden er forskel på, hvordan vikarandelen har udviklet sig fra 2018 til 2022. Der er dog ikke markante forskelle mellem kommunerne i de fem regioner, idet andelen følger nogenlunde samme udviklingstendens i alle regioner.

Noget af variationen i brugen af eksterne vikarer kan tænkes at hænge sammen med muligheden for at rekruttere fast personale (jf. også kapitel 3). For at se nærmere på en eventuel sammenhæng mellem brugen af eksterne vikarer og rekrutteringsvanskeligheder sammenlignes vikarudgiftsandelen nedenfor med data fra rekrutteringssurveys gennemført af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR). STARs data opgøres dog ikke på kommuneniveau og har ikke specifikt fokus på det kommunale arbejdsmarked, men belyser rekrutteringsudfordringerne for forskellige faggrupper på tværs af det kommunale, regionale, statslige og private arbejdsmarked på basis af svar fra udvalgte virksomheder. I Tabel 2.1 sammenlignes vikarudgiftsandelen i kommuner på regionsniveau (fra indeværende analyse) med den *forløbets rekrutteringsrate* blandt udvalgte faggrupper på regionsniveau i STARs rekrutteringssurveys. Den forløbets rekrutteringsrate opgør andelen af jobopslag, hvor der ikke kan findes en kandidat med de ønskede kvalifikationer.

Tabel 2.1 Udgifter til eksterne vikarer og rekrutteringsvanskeligheder i 2022 (procent). Fordelt efter kommunens regionsbeliggenhed.

	Eksterne vikarudgifters andel af personaleudgifter (%)	Forløbets rekrutteringsrate (%)			
		Social- og sundhedsassistent	Social- og sundheds-hjælper	Sygeplejerske	I alt for de tre faggrupper (vægtet)
Hovedstaden	9,0	27	32	29	29
Sjælland	8,1	26	51	25	34
Syddanmark	4,4	26	34	22	27
Midtjylland	4,5	45	38	31	40
Nordjylland	4,4	22	27	19	23

Note: I tabellen er data for de otte regionale arbejdsmarkedsråd (RAR) i STARs opgørelser omregnet til de fem regioner. RAR Hovedstaden og RAR Bornholm er således slået sammen til Region Hovedstaden. Tilsvarende er RAR Fyn og RAR Sydjylland slået sammen til Region Syddanmark, mens RAR Østjylland og RAR Vestjylland er slået sammen til Region Midtjylland. For en oversigt over, hvilke kommuner der indgår i hvilke RAR, se: <https://rar-bm.dk/>

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner og STAR (2022).

Tabel 2.1 tegner ikke et fuldstændigt klart mønster på tværs af kommunernes regionale beliggenhed. Region Midtjylland skiller sig nemlig ud fra det generelle billede ved, at de relativt mange forgæves rekrutteringer i Region Midtjylland følges af en relativt lav vikarudgiftsandel blandt kommunerne i denne region. Ser vi bort fra Region Midtjylland, så er sammenhængen mellem rekrutteringsudfordringer og den kommunale vikarandel på regionsniveau mere entydig. Den højere vikarudgiftsandel i kommunerne øst for Storebælt ser ud til at være fulgt af en generelt højere rekrutteringsudfordring for social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker i denne del af landet, mens den relativt lave vikarandel blandt kommunerne i Syddanmark og Nordjylland omvendt følges af lavere rekrutteringsudfordringer i disse dele af landet.

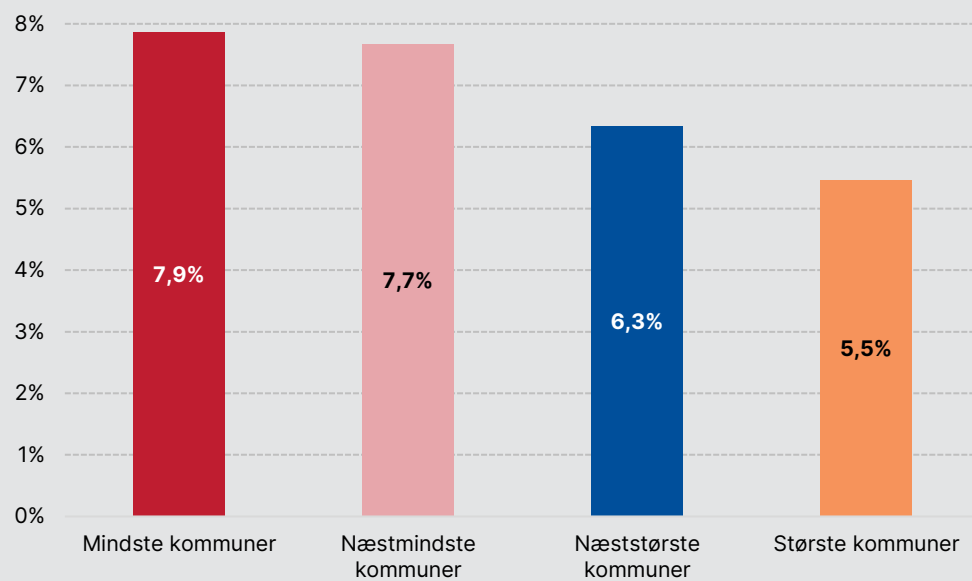
Omend billedet ikke er helt entydigt, så tegner analysen på regionsniveau et overordnet billede af, at jo større rekrutteringsudfordringerne i en landsdel er, jo mere fylder de kommunale udgifter til eksterne vikarer i de samlede personaleudgifter på ældreområdet. På kommuneniveau kan det tillige tænkes, at der er på et givet tidspunkt er en tættere sammenhæng mellem størrelsen på de lokale rekrutteringsudfordringer og kommunens brug af eksterne vikarer. De kvalitative data i delanalyse 2 (se kapitel 3) peger i den forbindelse også på, at rekrutteringsudfordringer og højt sygefravær er centrale drivere bag vikarforbruget i den enkelte kommune.

2.4.2 Den simple bivariate betydning af kommunestørrelse og kommunetype

Figur 2.9 og Figur 2.10 viser, hvordan vikarudgiftsandelen varierer på tværs af henholdsvis kommunestørrelse og kommunetype⁷. Det kunne fx tænkes, at der er forskelle i rekrutteringsudfordringerne på tværs af store og små kommuner, eller at større kommuner måske i højere grad end mindre kommuner har etableret interne vikarbureauer/vikarkorps, som de har mulighed for at trække på som alternativ til eksterne vikarer.

⁷ Kommunetype er en gruppering af kommuner i fire kategorier på baggrund af kommunernes befolkningstal, median-borgerens afstand til nærmeste større by og andel, der pendler til en anden kommune. For yderligere information se Økonomi- og Indenrigsministeriet (2018).

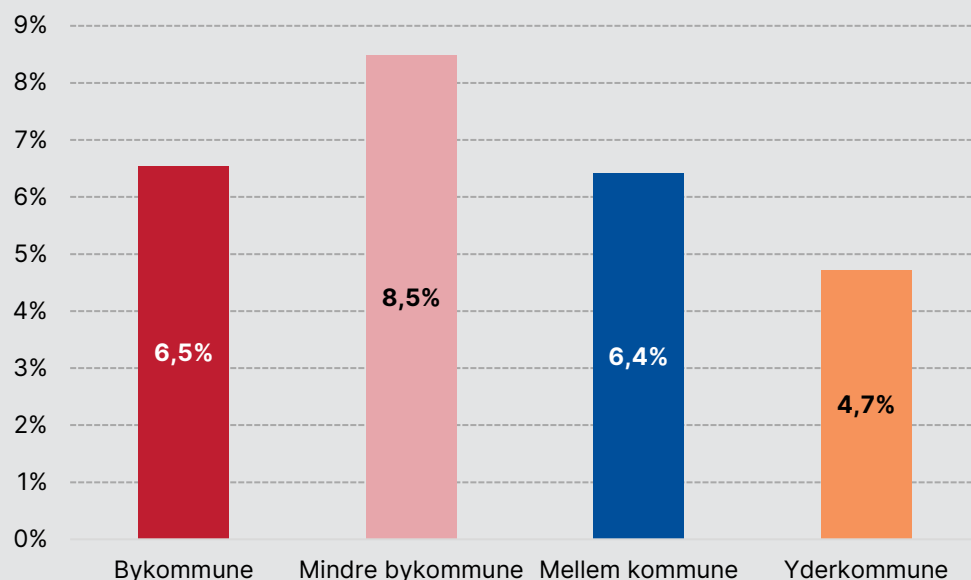
Figur 2.9 Vikarudgiftsandel i 2022 (procent). Fordelt efter kommunens indbyggertal.



Note: Vægtede gennemsnit. Kommunerne er inddelt i fire intervaller efter indbyggertal i 2022: *mindste kommuner* (under 30.000 indbyggere), *næstmindste kommuner* (mellem 30.000 og 45.000 indbyggere), *næststørste kommuner* (mellem 45.000 og 60.000 indbyggere) og *største kommuner* (over 60.000 indbyggere).

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner og Danmarks Statistikbank.

Figur 2.10 Vikarudgiftsandel i 2022 (procent). Fordelt på kommunetype.



Note: Vægtede gennemsnit.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner samt oplysninger om kommunernes fordeling på kommunetype. Kommunetype er en gruppering af kommuner i fire kategorier på baggrund af kommunernes befolkningstal, median-borgerens afstand til nærmeste større by og andel, der pendler til en anden kommune. 'Yderkommuner' omfatter eksempelvis 30 kommuner, hvor den største by har under 30.000 indbyggere, og hvor en relativt stor del af borgerne har langt til en større by og/eller pendler til arbejde i en anden kommune. For yderligere informationer se Økonomi- og Indenrigsministeriet (2018).

De bivariate analyser i Figur 2.9 og Figur 2.10 peger umiddelbart på, at vikarudgiftsandelen aftager med stigende kommunestørrelse (Figur 2.9) og er relativt størst i de mindre bykommuner (Figur 2.10). Det skal imidlertid understreges, at der i disse bivariate analyser ikke er taget højde for, at kommunestørrelse og kommunetype varierer på tværs af landet. Som vi skal se i den multivariate analyse nedenfor (afsnit 2.4.3) har kommunestørrelse og kommunetype ikke betydning for vikarudgiftsandelen, når der er taget højde for kommunens regionsbeliggenhed.

Det er desuden undersøgt, om der er en sammenhæng mellem vikarudgifternes andel af personaleudgifterne, og hvor stor andel af borgerne i kommunen der har valgt privat leverandør. Analysen viser, at der ikke er noget klart mønster mellem, i hvilken grad borgerne vælger private leverandører og kommunernes brug af eksterne vikarer i den kommunale ældrepleje.

2.4.3 Regionsbeliggenhed betyder mere for vikarandelen end kommunestørrelse og kommunetype

Vi samler i dette afsnit de bivariate analyser i de foregående afsnit i en multivariat analyse af betydningen af regionsbeliggenhed, kommunestørrelse og kommunetype. Analysen ser med andre ord på, hvad hver af faktorerne betyder for vikarudgiftsandelen, når der er taget højde for de andre faktorer.

Tabel 2.2 viser resultaterne af den multivariate regressionsanalyse. Analyseenheden er den enkelte kommunes vikarudgiftsandel i 2022. For at udnytte den fulde variation i data er kommunestørrelsen målt som den enkelte kommunes indbyggertal (logaritmisk).

Tabel 2.2 viser for det første, at kommunens regionsbeliggenhed har afgørende betydning for, hvor stor vikarudgiftsandelen er. Vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter er således signifikant lavere i kommuner i Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland end i Region Hovedstaden. Når der er taget højde for forskelle i kommunestørrelse og kommunetype, så er vikarandelen for kommunerne i Region Syddanmark mere præcist i gennemsnit 6,3 procentpoint mindre end det gennemsnitlige for kommunerne i Region Hovedstaden. Den tilsvarende forskel for kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland er hhv. 5,5 og 5,4 procentpoint. Vikarandelen blandt kommunerne i Region Sjælland er også lavere end i Region Hovedstaden, men ikke signifikant lavere.

Tabel 2.2 Regressionsanalyse af vikarudgiftsandel 2022

	Regressionskoefficient	Standardfejl
Region (ref. = Hovedstaden)		
Sjælland	-1,29	(1,48)
Syddanmark	-6,28***	(1,44)
Midtjylland	-5,49***	(1,42)
Nordjylland	-5,43***	(1,75)
Kommunetype (ref. = Bykommune)		
Mindre bykommune	0,19	(1,36)
Mellemkommune	1,12	(1,50)
Yderkommune	-1,72	(1,45)
Kommunestørrelse		

	Regressions- koefficient	Standardfejl
Indbyggertal (ln)	-0,87	(0,60)
Konstant	19,94***	(6,63)
Observationer	90	
Forklaringsgrad: R ² (justeret)	31%	

Note: OLS regression. Ustandardiserede regressionskoefficienter. Uvægtede observationer. Standardfejl i parenteser. Statistisk signifikans: *** p<0,01; ** p<0,05; * p<0,1.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner og Danmarks Statistikbank.

Tabel 2.2 viser for det andet, at kommunestørrelse og kommunetype *ikke* har signifikant betydning for vikarudgifternes størrelse. Når der er taget højde for regionsbeliggenhed, så spiller kommunestørrelsen ingen rolle for vikarudgifts-andelen, og andelen i de tre andre kommunetyper afviger ikke signifikant fra vikarandelen i bykommunerne. De forskelle, vi så i de bivariate analyser af kommunestørrelse (Figur 2.9) og kommunetype (Figur 2.10), dækker dermed over underliggende forskelle i kommunestørrelse⁸ og kommunetype på tværs af regionerne mere end en selvstændig betydning af kommunestørrelse og kommunetype. Når vi ser på tværs af landet, er det med andre ord kommunens regionsbeliggenhed, ikke kommunestørrelsen og kommunetypen, der statistisk set har betydning for, hvor stor vikarudgiftsandelen er.

For det tredje viser forklaringsgraden nederst i Tabel 2.2, at regressionsmodellen tilsammen forklarer 31 % af variationen i kommunernes vikarudgifts-andele. Dette peger på den ene side på, at omtrent en tredjedel af variationerne i kommunernes udgifter til eksterne vikarer kan forklares ved geografisk-strukturelle forhold knyttet til ikke mindst kommunens regionsbeliggenhed. På den anden side peger forklaringsgraden på, at 69 % af variationen i kommunernes udgifter ikke kan forklares af modellen. Andre faktorer end de her analyserede har altså betydning for, hvor stor vikarudgiftsandelen er i den enkelte kommune. Det kan eksempelvis være lokale forhold knyttet til kommunens beliggenhed i regionen, rekrutteringsudfordringer, sygefravær og muligheder for at trække på interne vikarer⁹.

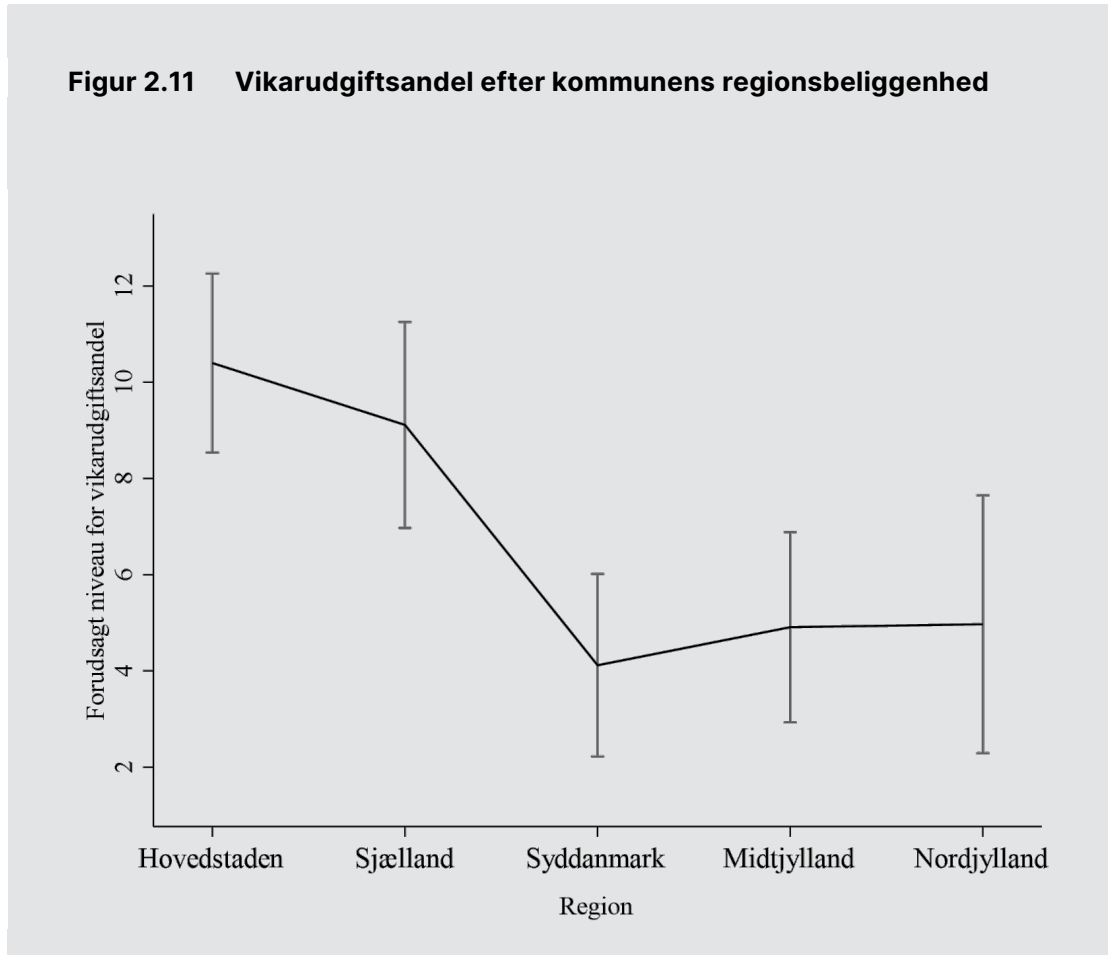
Figur 2.11 opsummerer og illustrerer de væsentligste resultater af den multivariate analyse. Nemlig hvilken betydning kommunens regionsbeliggenhed har for, hvor store kommunens udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet er –

⁸ Kommunestørrelse har heller ikke signifikant betydning, hvis variabelen i den multivariate model måles som den grupperede størrelsesvariabel i Figur 2.9 i stedet for som den enkelte kommunes indbyggertal.

⁹ Det er på baggrund af et særudtræk af sygefraværdata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) undersøgt, om sygefraværspocenten på ældreområdet for de enkelte kommuner bidrager til at forklare forskellene i vikarudgiftsandele mellem kommunerne i 2022. Det viser sig ikke at være tilfældet.

når der er taget højde for forskelle i kommunestørrelse og kommunetype. Figuren illustrerer, at den gennemsnitlige vikarudgiftsandel er signifikant højere i kommunerne i de to regioner øst for Storebælt end i de tre regioner vest for Storebælt. Hvor den gennemsnitlige vikarudgiftsandel i kommunerne øst for Storebælt ligger på 9-10,5 %, ligger den vest for Storebælt på omkring 4-5 %. De østdanske kommuner har således i gennemsnit et vikarudgiftsniveau, der er omtrent dobbelt så stort som det gennemsnitlige blandt kommunerne vest for Storebælt.

Figur 2.11 Vikarudgiftsandel efter kommunens regionsbeliggenhed



Note: Forudsagt niveau for vikarudgiftsandel baseret på modellen i Tabel 2.2. Uvægtede observationer. Figuren vist med 95 %'s konfidensintervaller.

Kilde: Spørgeskemadata fra 90 kommuner og Danmarks Statistikbank.

2.5 Opsamling

Dette kapitel har undersøgt udviklingen i kommunernes udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet fra 2018 til 2022 samt variationen i vikarudgifterne på tværs af kommuner og på tværs af hjemmepleje-, plejehjems- og sygeplejeområdet.

Analysen viser, at udgifterne til eksterne vikarer på ældreområdet er steget med knap 50 % i årene fra 2018 til 2022. Udgifterne til eksterne vikarer udgør i 2022 ca. 2,2 mia. kr. i de 90 kommuner, der har oplyst om deres vikarudgifter. I 2018 udgjorde de til sammenligning ca. 1,5 mia. kr.

Udgifterne til eksterne vikarer udgør en stigende andel af de samlede personaleudgifter på ældreområdet. Hvor udgifterne til eksterne vikarer udgjorde 4,7 % af de samlede personaleudgifter i 2018, er det tilsvarende tal 6,3 % i 2022. Hjemmeplejen har den største andel vikarer, idet vikarudgifterne i 2022 udgør 10 % af de samlede personaleudgifter i hjemmeplejen. I sygeplejen udgør vikarudgifterne tilsvarende 6,9 % af personaleudgifterne, mens det på plejehjemsområdet drejer sig om 5,2 % af udgifterne.

Analysen peger på, at de stigende udgifter til eksterne vikarer i 2021 og 2022 skal ses i lyset af et øget sygefravær i disse år (blandt andet pga. coronasmitte) og stigende rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker.

Vikarudgifternes andel af personaleudgifterne varierer betragteligt på tværs af kommunerne, ikke mindst afhængigt af hvilken region kommunen er beliggende i. Vikarforbruget på ældreområdet er i gennemsnit dobbelt så stort blandt kommunerne i de to regioner øst for Storebælt som i kommunerne i de tre regioner vest for Storebælt.

Beliggenheden i landet spiller dermed en væsentlig rolle for vikarforbrugets størrelse, hvilket blandt andet skal ses i lyset af de forskelle, der på et givet tidspunkt er i rekrutteringsudfordringer på tværs af landsdele og kommuner. Når der er taget højde for kommunens regionsbeliggenhed, betyder kommunestørrelse og kommunetype (by/land) imidlertid ikke noget for, hvor stor andel udgifterne til eksterne vikarer udgør af kommunens samlede personaleudgifter på ældreområdet.

3 Brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet

Dette kapitel formidler resultaterne af delanalyse 2. Formålet er at beskrive ledere og medarbejderes oplevelser af brugen af eksterne vikarer på hospitaler, i hjemmeplejen og på plejehjem. På hospitalsområdet er der fokus på sygeplejersker, mens der på ældreområdet er fokus på social- og sundhedsmedarbejdere. Kapitlet har fokus på:

- Årsager
- Konsekvenser
- Muligheder
- Perspektiver.

Hvert afsnit er struktureret sådan, at det først beskriver fællestræk på tværs af de to sektorer, idet der generelt er stor lighed i oplevelser og perspektiver mellem hospitaler og ældrepleje. Derefter præsenterer afsnittet mere specifikke oplevelser for hhv. hospitaler og hjemmepleje/plejehjem. Analysen af ældreområdet fylder forholdsmæssigt mere, idet der her indgår betydeligt flere cases og således mere empiri end på hospitalsområdet. Det fremgår af Boks 3.1, som kort beskriver den anvendte metode:

Boks 3.1 Data og metode

Delanalyse 2 er designet som et kvalitativt casestudie med cases på hhv. højt/lavt forbrug af eksterne vikarer.

- På hospitalsområdet indgår to regioner med hver én hospitalsafdeling. Her er der gennemført individuelle interviews med direktører og gruppeinterviews med ledende sygeplejersker og fastansatte sygeplejersker, herunder med TR-funktion, samt en HR-medarbejder i hver region.
- På ældreområdet indgår seks kommuner med i alt otte enheder fordelt på fire hjemmeplejeenheder og fire plejehjem. Her er der gennemført individuelle interviews med fagchefer og driftsledere og gruppeinterviews med fastansatte social- og sundhedsmedarbejdere, herunder med planlægger- og TR-funktioner.

3.1 Præsentation af cases i analysen

Dette afsnit præsenterer analysens cases på hospitalsområdet og på ældreområdet. Caseudvælgelsen på begge områder er udelukkende sket ud fra et kriterie om variation på forbruget af eksterne vikarer. Rapportens afsnit 6.2 beskriver analysens metode, herunder caseudvælgelsen, udførligt.

På hospitalsområdet indgår to cases i form af to regioner med hver en hospitalsafdeling. De to hospitalsafdelinger repræsenterer hhv. højt/lavt forbrug af eksterne vikarer.

På ældreområdet indgår seks cases i form af seks kommuner, hvoraf tre har et højt forbrug (disse er samtidig kommuner øst for Storebælt), og tre har et lavt forbrug af eksterne vikarer (disse er samtidig kommuner vest for Storebælt). Her indgår i alt otte enheder i form af fire hjemmeplejeenheder og fire plejehjem. Den enkelte kommune har udvalgt de enkelte enheder til at indgå i analysen, hvorfor de ikke nødvendigvis er valgt ud fra variation i forbruget af eksterne vikarer.

Caseudvælgelsen har på kommuneniveau bidraget med variation i forbruget af eksterne vikarer, men giver ikke et klart billede af forbruget på enhedsniveau. Eksempelvis er casekommune 3 udvalgt på grund af et lavt forbrug af eksterne vikarer, mens ledere og medarbejdere i hjemmeplejeenheden oplever et forholdsvist højt forbrug. Omvendt er eksempelvis casekommune 4 case på et højt forbrug, mens ledere og medarbejdere på plejehjemmet aktuelt oplever et

lavt forbrug som følge af et lokalt vikarstop. Det betyder, at analysen ikke kan identificere sammenhænge mellem kommunernes forbrug og enhedernes erfaringer. Dertil illustrerer det betydningen af lokale forhold for brugen af vikarer, hvilket uddybes i de følgende afsnit.

Tabel 3.1 herunder giver et overblik over analysens cases fordelt på hospitalsområdet og ældreområdet:

Tabel 3.1 Overblik over analysens cases på hhv. hospitals- og ældreområdet

	Forbrug	Internt vikar-bureau	Geografi	Størrelse	Speciale/enhedstype
Hospitalsområdet					
Hospital A	Lavt	Ja	By	Stor	Akutafdeling
Hospital B	Højt	Ja	Land	Stor men inddelt i to mindre afsnit	Medicinsk afdeling
Ældreområdet					
Kommune 1	Lavt	Nej (har haft)	Land	Mellem	Plejhjem og hjemmepleje
Kommune 2	Lavt	Nej (har haft)	Land	Lille	Plejhjem
Kommune 3	Lavt	Nej	By	Stor	Plejhjem og hjemmepleje
Kommune 4	Højt	Nej	By	Mellem	Plejhjem
Kommune 5	Højt	Ja	By	Mellem	Hjemmepleje
Kommune 6	Højt	Nej	By	Mellem	Hjemmepleje

Tabel 3.1 viser, at de to cases på hospitalsområdet ikke kun varierer på forbruget af eksterne vikarer, men også på øvrige parametre. Hvor akutafdelingen på hospital A beskrives som stor, er den medicinske afdeling på hospital B mindre og endvidere inddelt i to afsnit, der fungerer som særskilte enheder. Mens hospital A ligger i et byområde nær uddannelsesinstitutioner og andre hospitaler, ligger hospital B i et landområde med større afstand til uddannelsesinstitutioner og hospitaler. Omvendt viser tabellen, at begge regioner har etableret interne vikarbureauer (men også samarbejder med eksterne bureauer).

Tabel 3.1 viser, at de seks cases på ældreområdet til dels også varierer på de øvrige parametre foruden variation på højt/lavt forbrug af eksterne vikarer. Fire casekommuner, hvoraf en har et lavt forbrug af eksterne vikarer, er bykommuner, mens de to øvrige casekommuner er landkommuner. Fire casekommuner er mellemstørrelse, mens to kommuner er hhv. stor og lille. Endelig

viser tabellen, at en enkelt af casekommunerne har etableret et internt vikarbureau (af interviews fremgår det, at kommunen samtidig anvender eksterne bureauer).

3.2 Årsager

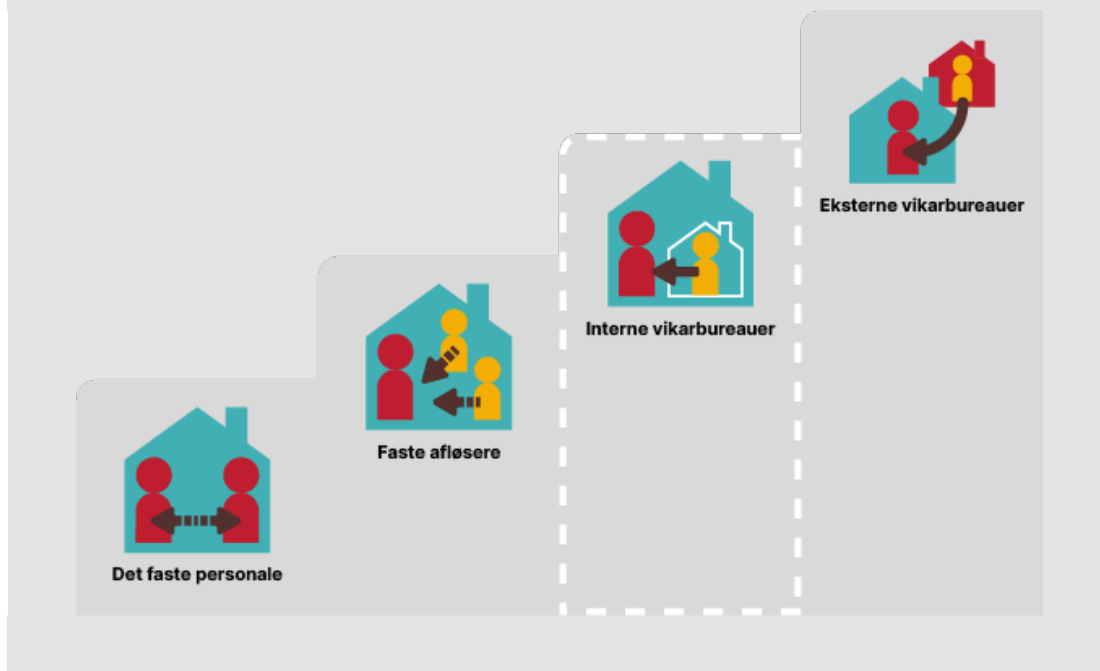
Dette afsnit beskriver driverne bag brugen af eksterne vikarer. De årsager, interviewene peger på, er dog ikke nødvendigvis direkte årsager til rekvireringen af eksterne vikarer, men til behovet for anden arbejdskraft end det faste personale.

Afsnittet beskriver, at der er forhold, som ifølge de interviewede skaber behov for anden/mere fleksibel arbejdskraft end fastansatte. Disse forhold er valg af økonomistyringsmodel, varierende arbejdsmængde og vagtorganisering. Dertil er der forhold, som forstærker dette behov. Disse er rekrutteringsudfordringer og højt sygefravær, som skaber mangel på fast personale, samt planlægningskulturen i den enkelte enhed. Endelig beskriver afsnittet aflastning af de faste medarbejdere, der – i modsætning til de øvrige forhold – er en direkte årsag til rekvireringen af eksterne vikarer.

3.2.1 Proces for tilkald og vikartyper

Processen med at håndtere fravær – i form af at dække huller i vagtplanen – følger jf. interviewene en 'trappetrinsmodel' med fire trin. Første skridt er at søge at dække ledige vagter via det faste personale. Enten ved at omlægge/bytte vagter eller ved at udbyde ekstravagter. Næste trin er at tilkalde faste afløsere (typisk timelønnede). Tredje trin er – i de tilfælde, hvor det er en mulighed – at udbyde vagter i de interne vikarbureauer i regioner/kommuner. Først hvis dette ikke lykkedes, rekvireres eksterne vikarer. Denne proces illustrerer Figur 3.1 her:

Figur 3.1 Trin i caseenhedernes typiske proces for håndtering af fravær på hospitals- og ældreområdet



Anm.: Den stiplede linje illustrerer, at interne vikarbureauer kun kommer i spil i de regioner/kommuner, der har etableret et sådant.

Begrundelserne for denne typiske proces er, som analysen vil vise, at den foretrukne løsning er at være selvdekkende med det faste personale og med faste afløsere, mens den mindst optimale løsning ifølge interviewene er at anvende eksterne vikarer. Der er undtagelser på enheder i analysen, hvor eksterne vikarer kommer i spil tidligere i processen, men det generelle billede er, at trappetrinsmodellen er udgangspunktet. Hvorvidt enhederne lykkes med at følge trappetrinsmodellen, afhænger af, hvor mange ledige vagter der er (altså hvor udfordrede enhederne er af blandt andet personalemangel og sygefravær), samt hvor kompetente enhederne er til at dække vagterne med det faste personale og de faste afløsere (altså planlægningskulturen og fleksibiliteten i arbejdskraften).

Vikartyper i analysen

Eksterne vikarer er sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere og studerende ansat i private vikarbureauer.

Interne vikarer er sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere og studerende ansat i interne vikarbureauer i hhv. region eller kommune.

Faste afløsere er timeløns- og månedslønsansat personale på den enkelte enhed, der fungerer som 'tilkaldevikarer' eller har faste weekendvagter. På hospitaler typisk uddannede sygeplejersker og sygeplejerskestuderende og i ældreplejen typisk sygeplejerskestuderende, social- og sundhedselever samt unge ufaglærte.

3.2.2 Varierende arbejdsområde

Det er en gennemgående pointe i interviewene på hospitals- og ældreområdet, at ledere og medarbejdere oplever, at der altid – og uagtet rekrutteringsituationen – vil være behov for anden/mere fleksibel arbejdskraft end det faste personale på hospitaler og i ældreplejen. Begrundelserne handler dels om kerneopgaven, som består i at levere behandling og pleje alle døgnets timer, alle årets dage, i kombination med almindeligt fravær (såsom fridage, ferie, kurser, sygedage mv.) blandt det faste personale. Dels skyldes det en oplevelse af varierende arbejdsområder (og på ældreområdet også den tilknyttede økonomistyringsmodel) som et vilkår, der skaber behov for fleksibilitet i arbejdsstyrken, som ikke kan imødekommes via det faste personale alene. Den foretrukne løsning er som beskrevet at imødekomme dette behov via faste afløsere (der beskrives nærmere i afsnit 3.4.3).

3.2.2.1 Hospitalsområdet

På hospitalsområdet er det primært almindeligt fravær og sygefravær blandt det faste personale, der skaber behov for trække på anden arbejdskraft. Her forstærker varierende arbejdsområder i form af overbelægning (altså flere patienter, end der er senge og personaler til) dette behov. Det illustreres med den medicinske afdeling i analysen, der på interviewtidspunktet har et højt forbrug af eksterne vikarer. Her fortæller interviewpersonerne, at de har været vant til at være selvdækkende, men at de blandt andet på grund af længere perioder med overbelægning og det arbejdspress, det skaber, ikke længere kan håndtere fravær via de faste sygeplejersker og faste afløsere.

Overbelægningen bidrager til et større arbejdspress for sygeplejerskerne på afdelingen, hvilket igen kommer til udtryk i et højere sygefravær. Dette fremgår fx af citatet her:

Folk bliver syge af at rende så stærkt, når de er på arbejde. Vi har enkelte dage, hvor det sker, at vi har det antal patienter, som vi er normerede til og ingen sygemeldinger. Og der kan vi kigge på hinanden og sige 'sikke en dejlig dag, hvis bare det altid var sådan'.
(Sygeplejerske, medicinsk afdeling)

Det arbejdspress, som blandt andet overbelægning medfører, kan afdelingen jf. interviews ikke håndtere via det faste personale, der samtidig er udfordrede af udbrændthed og vakancer (se afsnit 3.2.2), og de faste afløsere. Det angives som en medvirkende årsag til brugen af eksterne vikarer.

3.2.2.2 Ældreområdet

Ifølge de interviewede driftsledere og fagchefer udgør de varierende arbejds-mængder – i form af udsving i borgertyngden – på ældreområdet en udfordring i forhold til at begrænse vikarforbruget. De betragter endvidere disse forhold som vilkår.

Der er flere årsager til både korterevarende og længerevarende udsving i borgertyngde, hvis uforudsigelighed særligt gør sig gældende i hjemmeplejen. Der kan komme flere opgaver, eksempelvis hvis en privat leverandør går konkurs, der er travlt i sygeplejen, mange udskrivelser på samme tid, eller borgerne bliver mere syge, fx om vinteren. Omvendt bliver der færre opgaver, hvis borgere dør, bliver indlagt, kommer på plejehjem, vælger private leverandører eller rehabiliteres mv. Det kan også være strukturelle omlægninger, der giver udsving i borgertyngde, såsom distriktsomlægninger.

Udsvingene i borgertyngden betyder ifølge de interviewede fagchefer og driftsledere, at der ikke er stabilitet eller forudsigelighed i det antal timer, en hjemmeplejeenhed skal levere. En hjemmeplejeleder fortæller eksempelvis, at deres arbejdsbelastning kan svinge fra 950-1200 visiterede timer over en kort periode. I perioder med nedgang i opgaver, fx hvis en borger dør, kan en enhed risikere at have for mange medarbejdere, som de samtidig ikke kan afskedige, jf. overenskomsterne, men som de heller ikke kan aflønne uden at få et budgetunderskud, fordi pengene følger med de visiterede ydelser. Det betyder for lederne, at de ikke ved præcist, hvilken arbejds-mængde de skal ansætte til, og lederne oplever derfor, at det giver behov for at trække på anden og mere fleksibel arbejdskraft end det faste personale. En fagchef fortæller, at man derfor typisk vil ansætte til 85 % af sidste års budget.

De varierende arbejds mængder udgør i kombination med økonomistyringsmodellerne¹⁰ ifølge de interviewede ledere en udfordring i forhold til at begrænse vikarforbruget. Mekanismerne kan være forskellige i hjemmeplejen og på plejehjemsområdet, men trækker i samme retning. Hjemmeplejen er typisk *aktivitetsstyret* i form af, at hele eller dele af budgettet er afhængigt af eksempelvis antallet af visiterede eller leverede timer. Dermed kan der i hjemmeplejen af budgetmæssige grunde være behov for at bruge vikarer for at undgå en budgetreduktion som følge af ikke-leverede aktiviteter. På plejehjem er der typisk en *rammestyling*, hvor budgettet og personalenormering eksempelvis er baseret på antal boliger. Her kan der være budgetmæssige grunde til at bruge vikarer i det aktuelle budgetår, fordi man ikke kan være sikker på, at eventuelle ubrugte midler vil kunne overføres til næste budgetår eller kan frygte, at næste års budget reduceres som følge af, at indeværende års rammebudget ikke er brugt.

Flere ledere peger på disse forhold som en medvirkende faktor til et højere brug af eksterne vikarer i hjemmeplejen end på plejehjemsområdet (jf. også kapitel 2). Øvrige faktorer handler ifølge interviews om, at mulighederne for at håndtere fravær via opgaveorganisering er bedre på plejehjem end i hjemmeplejen, hvor medarbejderne ikke på samme måde kan udskyde opgaver eller 'dække hinanden af', når ydelserne skal leveres i borgers eget hjem.

Kombinationen af varierende arbejds mængde og økonomistyringsmodeller på ældreområdet skaber altså ifølge ledere behov for at anvende en anden/mere fleksibel arbejdskraft end det faste personale. Ligesom på hospitalsområdet er det således også på ældreområdet kutyme at have faste afløsere i timelønsansættelser på det enkelte plejehjem og i den enkelte hjemmeplejeenhed. Betragtningen er imidlertid også, at eksterne vikarer udgør 'en buffer', som understøtter en mere fleksibel budgetstyring.

3.2.3 Vagtorganisering

Et andet forhold, der ifølge interviewene skaber behov for at trække på anden/mere fleksibel arbejdskraft end det faste personale, er vagtorganiseringen, herunder fordelingen af ulempevagter. Den fælles fortælling på hospitals- og ældreområdet er som beskrevet, at der altid – uagtet rekrutteringssituationen – vil være brug for anden arbejdskraft til at dække ind, når det faste personale er fraværende, og det behov er særligt stort i weekenderne grundet den valgte organisering af weekendarbejdet på den enkelte enhed. Dertil fremstår aften- og nattevagter, hvor der er få faste medarbejdere og typisk ikke elever/studerende i vagt, som særligt sårbare over for akutte sygdoms meldinger. Det bevirker, at sygdoms meldinger i disse vagtlag (ulempevagterne) ikke nødvendigvis

¹⁰ Se i øvrigt Dalsgaard et al. (2020; 2021) for analyse om fordele og ulemper ved økonomistyringsmodeller på ældreområdet.

kan håndteres via faste afløsere, der ofte er studerende og ufaglærte, hvilket driver brugen af eksterne vikarer, der ifølge interviewpersonerne typisk er uddannede sygeplejersker eller social- og sundhedsmedarbejdere.

3.2.3.1 Hospitalsområdet

På begge hospitalsafdelinger i analysen er oplevelsen, at behovet for at trække på anden arbejdskraft primært gør sig gældende i ulempevagterne, idet de typisk kan håndtere enkelte sygdomsmeldinger i dagvagt igennem opgaveorganisering. Det gælder både i den grundlæggende, langsigtede vagtplanlægning og ved håndteringen af akut opstået fravær. Sygeplejersker og ledere fortæller, at det ikke er muligt at vagtplanlægge fuldt ud med de faste sygeplejersker. På akutafdelingen arbejder sygeplejerskerne i blandede vagter både dag/aften/nat. Alle har lige mange weekendtimer, men de kan selv bestemme, om de vil arbejde hver anden., hver tredje eller hver fjerde weekend. På den medicinske afdeling varierer vagtorganiseringen mellem de to afsnit. Sygeplejerskerne kan selv bestemme, om de vil arbejde dag/aften eller dag/nat, mens weekendarbejdet er fastlagt. På det ene afsnit arbejder sygeplejerskerne hver tredje weekend. Det andet afsnit har også ambulatorievirksomhed, og ambulatoriesygeplejerskerne skal også bidrage til weekendarbejdet, hvorfor sygeplejerskerne her arbejder hver fjerde weekend. Begge afdelinger anvender som beskrevet i det omfang, det er muligt, faste afløsere i faste weekendrul og med kortere varsel til at dække det øvrige fravær i ulempevagterne. Begge afdelinger har således prioriteret at bruge faste afløsere til at aflaste på ulempevagterne og på weekendvagterne, så de fastansatte sygeplejersker får færre af disse.

3.2.3.2 Ældreområdet

På ældreområdet er oplevelserne tilsvarende, at særligt organiseringen af weekendvagter påvirker mulighederne for at være selvdækkende. I tre af analysens enheder (plejehjem) arbejder social- og sundhedsmedarbejderne hver anden weekend. I disse tre enheder berettes om et lavt forbrug af eksterne vikarer. I de øvrige fem enheder arbejder personalet hver tredje eller fjerde weekend, og her oplever størstedelen et højt/moderat forbrug af eksterne vikarer. Samtidig er det ifølge interviewene ikke muligt at minimere arbejdsmængden i weekender. Som en leder lidt karikeret siger, kan de ikke bede borgerne om at vente til om mandagen med at tisse, ligesom oplevelsen er, at hospitalerne ofte udskriver borgere op til weekend. Udgangspunktet er som beskrevet at anvende faste afløsere i faste weekendrul og at motivere det faste personale til ekstra vagter, når der opstår ledige weekendvagter, men vagtorganiseringen udgør også en driver bag brugen af eksterne vikarer. Det viser citatet her:

De steder, hvor de arbejder hver tredje eller fjerde weekend, får vi mange ufaglærte eller vikarer. Det er et kæmpe dilemma. Ofte tillader vi, at medarbejdere arbejder på den måde, fordi vi gerne vil efterkomme deres ønsker. De er ikke interesserede i weekender. Når vi så siger okay, så får I lov hver tredje eller fjerde weekend, så får vi en bagside, der er mere skrøbelig og fagligt set tyndere besat. Så vil man gøre noget for at holde på dem, vi har, eller vil man gerne vække lighedsbilledet i, at alle arbejder på alle tidspunkter? (Fagchef, case-kommune 4)

Som citatet viser, er det et dilemma for lederne, at medarbejderne i mindre grad er interesserede i weekendarbejde. Det betyder nemlig, at mens der er færre fastansatte (faglærte) i weekenderne, er der flere (ufaglærte) afløsere og flere vikarer, hvilket udfordrer kvaliteten. Betragtningen er også, at arbejder det faste personale hver anden weekend, ville forbruget af eksterne vikarer reduceres. Det bliver dog ikke betragtet som en reel mulighed, fordi det ikke understøtter trivsel og arbejdsglæde. Mere weekendarbejde er ikke attraktivt for medarbejderne og understøtter dermed ikke mulighederne for fastholdelse og rekruttering. Flere vurderer, at hyppigere weekendarbejde vil generere opsigelser samt færre ansøgninger til vakante stillinger.

Interviewpersonerne peger samtidig på, at en fordel ved mindre weekendarbejde er, at personale, som arbejder hver tredje eller fjerde weekend, er mere tilbøjelige til at tage ekstra vagter i de øvrige weekender, hvilket understøtter fleksibilitet i personalet. Personale, der i forvejen arbejder hver anden weekend er jf. interviews mindre tilbøjelige til at tage ekstravagter i de øvrige weekender, fordi de således vil arbejde flere weekender i træk.

3.2.4 Personalemangel og højt sygefravær

Det fremgår, at en central driver bag brugen af eksterne vikarer er personalemangel eksempelvis som følge af udfordringer med at fastholde og rekruttere personale. Ligeledes udgør højt sygefravær ifølge interviews en anden central årsag til brugen af eksterne vikarer. Det skyldes, at disse forhold forstærker behovet for at trække på anden arbejdskraft end det faste personale og de faste afløsere – særligt når der er mangel på specifikke kompetencer, som brugen af faste afløsere eller interne vikarer ikke altid kan imødekomme (se afsnit 3.4.3 for beskrivelse heraf).

3.2.4.1 Hospitalsområdet

I regionerne er der enighed om, at sygeplejerskemangel udgør en central årsag til brugen af eksterne vikarer på hospitalsområdet. Dette perspektiv underbygges af hospitalsafdelingernes forskellige rekrutteringssituationer.

På interviewtidspunktet er akutafdelingens situation et ikke-eksisterende brug af eksterne vikarer og et meget begrænset brug af interne vikarer fra regionens bureau, ifølge interviewene. Dette forklarer interviewpersonerne med, at de er det antal sygeplejersker, de skal være. Denne positive rekrutteringssituation tilskriver sygeplejersker og ledere et attraktivt speciale og et godt arbejdsmiljø på afdelingen, hvor sygeplejerskerne har stor indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen (se også afsnit 3.4.2). Ved fravær i form af eksempelvis barsel eller langtidssygemeldinger har afdelingen qua dens størrelse desuden mulighed for at ansætte nye sygeplejersker i faste stillinger frem for vikariater og vikardækning.

Den medicinske afdeling har på interviewtidspunktet omvendt et højt forbrug af eksterne vikarer og tilskriver blandt andet dette personalemangel i form af flere vakante stillinger i tillæg til en længere periode med overbelægning. Sygeplejersker og ledere fortæller, at det de senere år er blevet sværere at rekruttere nyuddannede til afdelingen, som der ellers har været tradition for. Det skyldes ifølge lederne, at andre hospitalsafdelinger med andre specialer (fx intensivafdelinger), der tidligere kun har villet ansætte erfarne sygeplejersker, nu oplever sygeplejerskemanglen og derfor også ansætter nyuddannede. Det kan det medicinske speciale ikke konkurrere med ifølge interviewene.

På den medicinske afdeling synes udfordringer med udbrændthed endvidere at indvirke på vikarbrugen. Sammen med 'efterdønninger af sygeplejerskestrejken', 'coronamathed' og ekstra arbejde igennem FEA-aftalen¹¹ er der en oplevelse af udbrændthed blandt sygeplejerskerne. Denne udbrændthed bevirker, at det er blevet sværere at motivere de faste sygeplejersker til at tage ekstra vagter, hvilket sammen med de øvrige forhold udgør en årsag til det aktuelle brug af eksterne vikarer.

En central pointe for interviewpersoner fra begge hospitaler og regioner er, at udfordringen med sygeplejerskemangel imidlertid ikke opleves at være af den størrelsesorden, som det bliver gjort til i medierne. Derfor oplever interviewpersonerne heller ikke, at brugen af vikarer blandt plejepersonalet¹² udgør en

¹¹ FEA er frivilligt ekstraarbejde. FEA-aftaler indgås lokalt mellem arbejdsgiveren og TR/kredsen. Ved frivilligt ekstra arbejde forstås arbejde, der blandt andet ikke kan udføres inden for rammerne af gældende overenskomster og aftaler, herunder reglerne om overarbejde. Frivilligt ekstra arbejde vil typisk finde sted, hvor der er tale om aktiviteter, der er planlagte (og ikke akutte), og aktiviteter, der er tids- og opgavemæssigt afgrænsede, fx med henblik på at nedbringe ventelister.

¹² En opgørelse af omfanget af sygeplejerskevikarer i det regionale sygehusvæsen skønner, at udgifterne til sygeplejerskevikarer udgør knap 1,5 % af de samlede lønudgifter til sygeplejersker,

aktuel meget stor udfordring, men at det kan det komme til inden for de næste par år, hvis der ikke bliver skabt bedre arbejdsvilkår og uddannet flere sygeplejersker.

3.2.4.2 Ældreområdet

Ligesom på hospitalerne er det en gennemgående iagttagelse blandt ledere og medarbejdere på ældreområdet, at manglen på social- og sundhedsmedarbejdere udgør en central driver bag brugen af eksterne vikarer. Det samme gælder for udfordringer med højt sygefravær, som har været stigende de senere år (jf. også kapitel 2). Disse forhold nævnes gennemgående i interviewene som årsager til de stigende udgifter til vikarer, som analysen finder. Alle seks casekommuner oplever begge typer udfordringer. Det skal dog nævnes, at der i analysen er eksempler på enheder, der ikke oplever personalemangel, men som alligevel bruger eksterne vikarer, og omvendt enheder, der mangler personale, men som ikke bruger eksterne vikarer. Det er med til at understrege betydningen af lokale forhold såsom planlægningskultur og -kompetencer for vikarbrugen (som uddybes i følgende afsnit).

Manglen på social- og sundhedsassistenter udgør ifølge interviews en særlig udfordring i ulempevagterne, hvor der i forvejen er få assistenter på arbejde. Er der fravær eller sygdom blandt assistenter i ulempevagterne, er disse sværere at erstatte med social- og sundhedshjælpere og ufaglærte, fordi de ikke kan udføre den samme type sygeplejeopgaver. Derimod er oplevelsen i enhederne, at de kan rekvirere assistenter fra de eksterne vikarbureauer, og det betyder, at anvendelsen af eksterne vikarbureauer i sådanne tilfælde kommer i spil tidligere i processen end udgangspunktet.

3.2.5 Vagt- og arbejdsplanlægning

Et andet forhold, som ifølge interviewene har betydning for, hvor tidligt i processen de eksterne vikarer kommer i spil, er planlægningskulturen og -kompetencerne i den enkelte enhed. Alle enheder i analysen har ansat medarbejdere med planlæggerfunktion (frem for udførerfunktion), som varetager opgaver relateret til vagt- og arbejdsplanlægning. Kultur og kompetencer i arbejdsplanlægningen angiver flere interviewpersoner som en årsag til brugen af eksterne vikarer. Med andre ord er erfaringen, at en del af vikarbrugen drives af de enkelte enheders evner til at finde løsninger med det faste personale og de faste afløsere, inden de eksterne vikarer kommer i spil. Jo flere ledige vagter der er, fx som følge af rekrutteringsudfordringer, jo sværere er dette selvsagt.

samt at omkring 2 % af sygeplejerskerne på hospitaler også har vikararbejde, mens knap 3 % af alle sygeplejersker har ansættelse i vikarbureauer (Beskæftigelsesministeriet et al., 2022).

3.2.5.1 Hospitalsområdet

Det fremgår af interviews i regionerne, at afdelingernes kulturer kan være en af forklaringerne på stigningen i udgifterne til sygeplejerskevikarer på hospitalsområdet. En interviewperson fra en af regionerne skønner eksempelvis, at afdelingerne under covid-19, hvor der ikke var samme økonomiske pres som vanligt, kan have skabt en kultur for at booke vikarer frem for først at afsøge andre muligheder.

Kompetencerne i arbejdsplanlægningen fremstår ligeledes centrale for de to hospitalsafdelinger i forhold til at begrænse brugen af eksterne vikarer. I form af vagtplanlægningen, hvor planlæggerne søger at imødekomme den enkelte sygeplejerskes ønsker og behov, samt i form af opgaveorganisering på dage med sygemeldinger. Begge forhold fremstår centrale for mulighederne for at være selvdækkende inden der eventuelt bookes vikarer fra interne eller eksterne vikarbureauer.

Fælles for de to afdelinger er således, at de oplever at kunne håndtere en til to sygemeldinger ved fravær i dagvagt igennem opgaveorganisering. Det er sværere i ulempevagter, hvor der er færre på arbejde. Er der sygemeldinger i ulempevagterne, vil de afprøve mulighederne for, at sygeplejersker med en fridag kan tage en ekstra vagt eller at omlægge vagter (hvor fx en sygeplejersker i dagvagt går i aftenvagt osv.).

Akutafdelingen peger på, at de kan håndtere ledige vagter uden at anvende eksterne vikarer qua afdelingens størrelse. De oplever altså at have en høj grad af funktional fleksibilitet. Den medicinske afdeling er omvendt lidt mindre, samtidig med at afdelingen delt i to afsnit, hvor der ikke synes at være en kultur for, at sygeplejerskerne går på tværs af afsnit i tilfælde af sygdom. Derfor har de ikke samme størrelsesmæssige fordel i opgaveorganiseringen.

3.2.5.2 Ældreområdet

På ældreområdet synes planlægningskultur og -kompetencer ligeledes at have betydning for brugen af eksterne vikarer. Flere interviewpersoner – særligt ledere – angiver, at kulturen for og kompetencerne i planlægningen i den enkelte enhed er årsag til vikarbrug. Dårlig planlægning, mangelfuld opgaveorganisering og en kultur, hvor vikarbrug er naturligt og legitimt, er alle årsager til brugen af eksterne vikarer, ifølge interviewene. Det illustrerer citatet:

Vi har været det hus, der har brugt allerflest eksterne vikarer. Men kulturen har også været til det. Medarbejderne har tænkt, at 'de kunne bare få en vikar.' (...) Det har været legitimt at bruge vikarer – de har været en del af løsningspakken. De har haft en tendens til at

lægge alle vagter ind i vikarbureauet. (Plekehjemsleder, casekommune 4)

Andre fagchefer og ledere har samme betragtninger som i citatet herover, om at kulturen på den enkelte enhed har betydning for, hvordan de håndterer fravær. Det illustrerer følgende citat:

Faktisk har jeg enheder, som griner og siger 'nå for søren, det var ikke så godt, hun var syg, så rokerer vi rundt', og andre går helt i panik og har allerede fat i fællestillidsrepræsentanten, og 'nu er der en sygemelding, og vi skal have to vikarer ind for at dække'. Der er så stor forskel på kultur for de enkelte enheder. (Leder af hjemmepleje og plejehjem, casekommune 5)

Som citaterne også indikerer, varierer processen for at dække ledige vagter mellem de otte enheder i analysen. Der er forskel på, hvornår i processen eksterne vikarbureauer kommer i spil. For nogle er det allersidste udvej, og her vil man hellere spørge medarbejdere med (beskyttede) fridage end tilkalde vikarer. For andre indgår det på lige fod med kontakten til det faste personale og/eller faste afløsere, og her forsøger man omvendt at undgå, at det faste personale tager ekstravagter.

En hjemmeplejeenhed fortæller, at de ikke oplever mangel på social- og sundhedsmedarbejdere, men samtidig heller ikke ville kunne undvære eksterne vikarer. Det kan indikere oplevelsen af, at kultur spiller en rolle for enhedernes evne til at begrænse vikarbrugen. En fagchef vurderer, at disse kulturforskellene også skyldes den enkelte enheds økonomi, som også fremgik på hospitalsområdet. Hvis en enhed har fornuftig økonomi, kan det give større tilbøjelighed til automatisk at rekvirere eksterne vikarer frem for at afsøge andre muligheder først.

Enhedernes evne til at håndtere fravær igennem opgaveorganisering varierer ligeledes særligt mellem hjemmepleje og plejehjem. interviewpersonerne peger på, at forholdene i hjemmeplejen, hvor medarbejderne kører alene, betyder, at de har sværere ved at hjælpe hinanden med opgaverne, samt at de har flere opgaver, der ikke kan udskydes eller aflyses. Eksempelvis kan et plejehjem udskyde praktiske opgaver/socialt aktiviteter, mens man i hjemmeplejen ikke kan udskyde opgaver såsom morgenpleje, sårpleje, mad og medicin. Interviewene peger også på fordele ved mindre enheder i form af små plejehjem eller mindre hjemmeplejeteams, som betyder, at personalet nemmere kan dække ind for hinanden qua nærhed i de faglige relationer og kendskab til borgerne samt større tilbøjelighed til at udvise fleksibilitet over for hinanden (dette beskrives nærmere i afsnit 3.4.1).

3.2.6 Aflastning af medarbejdere

Endelig peger interviewene på aflastning af det faste personale som en direkte årsag til brugen af eksterne vikarer. Ledernes perspektiver er, at vikarer kan anvendes som værktøj til at aflaste – eller undgå at overbelaste – det faste personale i perioder med særligt høj arbejdsbelastning med henblik på at modvirke udbrændthed og potentielt højere sygefravær.

3.2.6.1 Hospitalsområdet

Det er særligt på hospital B, at direktøren og ledende sygeplejersker betragter brugen af eksterne vikarer som et muligt ledelsesværktøj i situationer, hvor hverken det faste personale, afløsere eller interne vikarer rækker. Det er ud fra et hensyn om at passe på det faste personale i perioder med højt arbejds-pres. Vikarbrug vurderes altså også at kunne anvendes som en forebyggende indsats, der skal forhindre, at personalet bliver overbelastet, hvoraf konsekvensen vil være sygemeldinger, hvilket vil belaste personalet yderligere. Det viser citatet her:

Vi skal ikke slide vores egne folk op i konkrete mangelsituationer, men bruge [vikarer] aktivt. Ellers rejser de faste [personaler], og så har vi en dårlig spiral. Bliver [vikarbrug] en del af langsigtet planlagt drift og aktivitet, så er det af det onde. (Direktør, Hospital B)

På den medicinske afdeling fortæller sygeplejerskerne, at de får dårlig samvittighed, når de holder fri, og deres vagt ikke er dækket. Som citatet her viser, kan de grundet det aktuelt høje arbejds-pres opleve at stå i et dilemma mellem at ville hjælpe deres kolleger eller passe på sig selv:

Vi får ondt i maven, hvis vores vagter ikke bliver dækket, for vi vil gerne hjælpe, men paha vi trænger også nogle gange til at holde fri. (...) Nogle gange prøver jeg at ignorere, når der bliver slået en vagt op. Men det ligger og rumsterer i baghovedet, når man ved, de knokler røven ud af bukserne, og man bare går derhjemme. (Sygeplejerske, medicinsk afdeling)

Citatet illustrerer, at det ikke kun er ekstravagter, der belaster det faste personale, men at det også er et mentalt pres at vide, hvilken situation ens kolleger står i, når man holder fri i situationer med høj arbejdsbelastning og rekrutteringsudfordringer. I sådanne situationer peger interviewene med lederne således på, at vikardækning kan anvendes til at aflaste eller undgå at overbelaste det faste personale.

3.2.6.2 Ældreområdet

Flere ledere i kommunerne peger ligeledes på et ønske om ikke at overbelaste det faste personale igennem ekstraarbejde, som således udgør en årsag til at bruge eksterne vikarer. Det bunder i et ønske om ikke at forårsage udbrændthed, omsorgstræthed og potentielt sygemeldinger.

På ældreområdet peger både ledere og medarbejdere på et hårdt fag både fysisk og psykisk som følge af det tætte pleje- og omsorgsarbejde med meget komplekse borgere. Frasen at "folk har valgt at være på deltid af en grund" går igen i flere af interviewene som en forklaring på, at der er en grænse for, hvor meget man kan trække på det faste personale. Samtidig er der i lederinterviewene et ønske om primært at trække på det faste personale, men med en stor opmærksomhed på, at der er grænser for, hvorvidt det kan lade sig gøre. Det fremgår af nogle af interviewene, at det ofte er de samme medarbejdere, der byder ind på ledige vagter, og her har såvel medarbejdere som ledere fokus på ikke at overbelaste disse medarbejdere. Dermed bliver brugen af eksterne vikarer også en måde at aflaste eller undgå at overbelaste personalet på ældreområdet

3.3 Konsekvenser

Dette afsnit beskriver konsekvenserne ved brugen af eksterne vikarer ifølge ledere og medarbejdere på hospitaler, i hjemmeplejen og på plejehjem. Oplevelserne er gennemgående, at brugen af eksterne vikarer har konsekvenser for kvalitet, trivsel og økonomi og således både for borgere/patienter, de fastansatte og for organisationerne.

3.3.1 Kvalitet i form af kendskab og kontinuitet

Oplevelsen er, at brugen af eksterne vikarer ikke i udgangspunktet understøtter kvalitet. Det skyldes ifølge interviewene mangel på kendskab og kontinuitet.

I begge sektorer er erfaringen på tværs af interviews, at manglende kontinuitet 1) udfordrer vikarernes kendskab til den enkelte enheds rutiner, arbejdsgange, systemer og faciliteter, 2) udfordrer relationsdannelse og tillid mellem vikarer og fast personale og 3) udfordrer det faste personales kendskab til vikarernes kompetencer – og således, hvilke opgaver de kan bidrage til (se afsnit 3.3.3). På ældreområdet har kontinuitet i borgerkontakten endvidere afgørende betydning for overhovedet at kunne udføre plejen. Betydningen af kendskab opsummerer denne leder i ældreplejen:

Vi har jo mange vikarer, der er dygtige, men der er stor forskel på, om man kender stedet [eller ikke]. De skal introduceres til dokumentation, kende stedet, følge op på dokumentation, se borgerne over døgnet og ugen, kende de pårørende. (...) Så dét kendskab og det faglige kendskab. Så man er sikker på, når man siger til Beate, at hun skal gøre X, så har hun kompetencerne til det. (Leder af hjemmepleje og plejehjem, casekommune 5)

lagttagelsen er, som illustreret herover, at vikarerne ikke – på trods af at være fagligt kompetente – kan levere det samme som det faste personale eller de faste afløsere som følge af, at de ikke i udgangspunktet er en fast del af arbejdspladsen.

Vikarbrug bliver på den baggrund gennemgående beskrevet med forskellige versioner af udtrykket "en dyr og dårlig løsning". Dette er også begrundelsen for at størstedelen af interviewpersonerne har et ønske om at nedbringe eller begrænse vikarbrugen. Det fremgår dog også, at det er muligt at rekvirere 'kendte vikarer' – altså eksterne vikarer, som kontinuerligt tager vagter i den enkelte enhed – og derigennem kan udfordringen med manglende kontinuitet og kendskab imødekommes.

3.3.1.1 Hospitalsområdet

På hospitalsområdet er betragtningen på den ene side, at vikarerne bidrager positivt ind i arbejdet, fordi de udfører opgaver, som er svære for det faste personale at nå. På den anden side er betragtningen dog også, at brugen af eksterne vikarer generelt ikke understøtter kvalitet og patientsikkerhed. Det forklarer interviewpersonerne med, at vikarerne ofte ikke har kendskab til den enkelte organisations rutiner, systemer, patientspeciale og medarbejdere. Imidlertid har netop kontinuitet og kendskab afgørende betydning for, at vikarerne kan anvende deres faglighed og bidrage i opgaveløsningen. Det fremgår her:

Jeg er enormt optaget af, hvordan vi får mest mulig faglig og patientoplevelt kvalitet for hver enkelt krone, vi har. Det er anslagsgivende for, hvordan vi bruger pengene, når vi har brug for ekstra arbejdskraft. Der er noget med kontinuitet, kompetencer og kendskab til afdelingen – at fordi man kommer med faglighed, kan man ikke nødvendigvis bruge den. (Direktør, hospital A)

Som citatet illustrerer, er erfaringen, at kendskab vejer tungere end faglighed, idet fraværet af kendskab i nogle tilfælde kan betyde, at eksterne vikarer ikke kan løse de opgaver, der er brug for – og dermed ikke reelt aflaster det faste

personale. Hvis vikarerne ikke kan løse opgaverne, fx hvis de ikke har kendskab til afdelingens systemer, oplever sygeplejerskerne, at det er hurtigere selv at løse dem. Det illustrerer citatet her:

Det skal også være patientsikkert. At sætte en til at gå stuegang, som ikke aner, hvordan man bestiller blodprøver i vores system – det vil tage for lang tid og påvirke kvaliteten. Det er mere en belastning end en hjælp. Det er det, man hele tiden skal overveje, og det der er med eksterne, som ikke er kendte – nogle ting er hurtigere at gøre selv. (Ledende sygeplejerske, Hospital B)

Som citatet viser, er kendskab til den enkelte afdeling en forudsætning for patientsikkerhed og kvalitet, mens kontinuitet i form af, at vikarerne ofte tager vagter på afdelingen, er en forudsætning for kendskab. Derfor er oplevelsen også, som lederen i citatet herover bemærker, at kvaliteten særligt er udfordret ved 'ikke-kendte' eksterne vikarer. På den medicinske afdeling, der på interviewtidspunktet anvender eksterne vikarer, bestræber man sig derfor også på at rekvirere eksterne vikarer, der har været på afdelingen før.

Interviewpersonerne på begge hospitalsafdelinger fortæller, at fraværet af kendskab blandt sygeplejerskevikarerne bevirker, at de i nogle tilfælde vil foretrække faste afløsere, der ikke nødvendigvis er uddannede sygeplejersker, samt interne vikarer der fx er social- og sundhedsassistenter.

3.3.1.2 Ældreområdet

På ældreområdet er erfaringerne tilsvarende, at brugen af eksterne vikarer ikke understøtter kvalitet af plejen, når vikarerne mangler kendskab til den enkelte enheds medarbejdere, dokumentationssystemer og ikke mindst borgere. Det viser citatet her:

Vikarer er en dyr og dårlig løsning. De kender ikke forretningsgangen og beboerne og ved ikke, hvad den enkelte borger gerne vil og ikke vil. De er ikke dårlige rent videnskabsmæssigt, men de kender ikke stederne. (Social- og sundhedsmedarbejder, plejehjem, casekommune 4)

På ældreområdet er kontinuitet i borgerkontakten afgørende for den borgeroplevede kvalitet, ligesom det er en afgørende forudsætning for at opbygge kendskab, tryghed og tillidsfulde relationer med borgerne. For de særligt komplekse borgere, fx med demens eller andre psykiske udfordringer, er kendskab en forudsætning for overhovedet at levere hjælpen – på borgerens præmisser. Oplevelsen er, at vikarerne som konsekvens af manglende kendskab ikke altid får løst opgaverne på kørelisten. Det viser eksemplet her:

Vi har haft mange vikarer, og det har været en udfordring. Det er svært i forhold til at sikre kontinuitet, fordi man står med nye vikarer dag efter dag. Det er svært at kende fagligheden og personligheden, når man står med en ny kollega. Det har været en udfordring, hvis man har haft en social- og sundhedsassistent, og så går man ud fra, de kan de samme ting som en selv. Men det kan de ikke. Så der er nogen [vikarer], der har kørt med de dårlige borgere, hvor borgerne ikke har fået den hjælp, de har brug for. Jeg bliver ked af det, fordi der bliver leveret et stykke arbejde, som jeg ikke kan stå inde for. (Social- og sundhedsmedarbejder, hjemmeplejeenhed, ca-sekommune 5)

Som social- og sundhedsmedarbejderen forklarer i citatet herover, har personalets kendskab til den enkelte vikar ligeledes stor betydning for den kvalitet, de kan levere. Der er eksempelvis stor forskel på, hvilke konkrete sygeplejeopgaver en social- og sundhedsassistent kan udføre, samtidig med at personalet har kort tid til at afdække vikarernes kompetencer ved vagtstart. Det betyder, at selvom vikarerne typisk er faglærte, så kan de ikke nødvendigvis dække den ledige køreliste, hvilket sætter begrænsninger for deres bidrag. Social- og sundhedsmedarbejderne fortæller, at de derfor typisk vil varetage de mest komplekse borgerbesøg af hensyn til kvaliteten.

Endvidere fremgår det, at manglende kendskab til det enkelte plejehjem betyder, at vikarerne ikke altid kan bidrage ind i den øvrige opgaveløsning, herunder de praktiske opgaver, som ikke fremgår af besøgslisterne.

Betydningen af kontinuitet og kendskab bevirker, at de enheder, der bruger eksterne vikarer, bestræber sig på at rekvirere de samme vikarer for at understøtte kvaliteten af plejen. Det sker ved, at de opfordrer vikarerne til at tage vagter i enheden igen, og også ved, at de efterspørger specifikke vikarer, når de sender en bestilling afsted til bureauerne.

3.3.2 Kvalitet i form af kompetencer og indstilling

Vikarbrugens betydning for kvaliteten af plejen afhænger endvidere af vikarers kompetencer og indstilling. Kompetencer dækker over faglige kompetencer, fx inden for konkrete sygeplejeindsatser, men også kendskab til dokumentationssystemer. Vikarernes indstilling varierer ifølge interviewpersonerne i forhold til, om de udviser engagement og ansvar i vagterne, eller om de blot fokuserer på at løse de uddelte opgaver. Oplevelsen af den kvalitet, vikarerne kan levere, handler altså ifølge interviewpersonerne på både hospitals- og ældreområdet også om såvel den enkelte vikars faglige forudsætninger (der ikke kun følger af uddannelsesniveau) som den konkrete indsats.

3.3.2.1 Hospitalsområdet

Det fremgår af interviews på de to hospitalsafdelinger, at sygeplejerskevikarerne kan have forskellige kompetencer, og at de ikke nødvendigvis har kendskab til afdelingernes systemer. Det går igen som en væsentlig kompetence, for at de eksterne vikarer kan indgå optimalt i opgaveløsningen, hvorfor det har betydning for den kvalitet, de opleves at kunne levere.

Dertil er oplevelsen på hospitalerne, at vikarernes indstilling til arbejdet varierer. Hvor nogle er arbejdsomme og tager ansvar og initiativ, så er der andre, som kun har "fokus på at løse opgaven". Sidstnævnte er ikke at foretrække og beskrives med udtrykket "vikarvikar", som citatet her illustrerer:

Der er vikarvikar. Af hjerte og sjæl. De kommer kl. 7 og går hjem kl. 17. Man tager ikke ansvar, man er gæst, snakker ikke med pårørende, de kan ikke huske, hvad du hed, når de går hjem. Den slags vikarer, der ikke giver noget, de løser opgaven og ikke nødvendigvis af høj kvalitet. (Direktør, Hospital B)

Som det fremgår af citatet ovenfor, er oplevelsen, at nogle vikarer kommer som gæst og ikke har interesse i at bidrage mere end højst nødvendigt. Og derfor har vikarernes indstilling til arbejdet betydning for kvaliteten af den samlede indsats, de eksterne vikarer bidrager med, ifølge interviewene.

3.3.2.2 Ældreområdet

På ældreområdet har interviewpersonerne tilsvarende iagttagelser. Oplevelsen er, at der er stor forskel på vikarernes bidrag, hvilket følger af den enkeltes kompetencer og indstilling til arbejdet. Ligeledes går kendskab til dokumentationssystemer igen som en central kompetence, for at vikarerne effektivt kan bidrage til opgaveløsningen i ældreplejen. Det kræver mange ressourcer af det faste personale at introducere til dokumentationssystemer og -opgaver eller at varetage dokumentationsopgaverne selv.

Ledere og medarbejdere fortæller omvendt, at der er positive oplevelser med de vikarer, der tager initiativ og er opsøgende på, hvilke opgaver de kan bidrage med, som læser døgnrytmeplaner for at lære tilgangen til borgerne, og som undrer sig og stiller spørgsmål, når de er i tvivl. Omvendt at der er negative oplevelser med de vikarer, der "bare gerne vil have arbejdet overstået" og som er motiverede af at "tjene penge og køre listen igennem hurtigst muligt", som hhv. en social- og sundhedsmedarbejder (plejehjem, casekommune 3) og hjemmeplejeleder (casekommune 5) beskriver det. Således er der oplevelser af vikarer, som ikke reflekterer over det, de oplever ved borgerne, eller som ikke giver informationer videre til det faste personale. Der er også oplevelser

af vikarer, som *"sidder og sover ude i bilerne i stedet for at spørge, hvor de kan bidrage, hvis der kommer hul i planerne"*, fortæller en social- og sundhedsmedarbejder (hjemmepleje, casekommune 6). Herigennem har vikarernes indstilling til arbejdet altså betydning for kvaliteten af plejen og sammenhængen i borgerforløbene, ifølge interviewene.

Et andet forhold, som påvirker oplevelserne af den kvalitet, vikarerne kan levere, er deres øvrige arbejdstid. Flere social- og sundhedsmedarbejderne har oplevet, at vikarerne kører dobbeltvagter og altså kommer fra eksempelvis en dagvagt ind i en aftenvagt i deres enhed. Det gør medarbejderne utrygge ved, om vikarerne har det fornødne overskud til at levere den pleje og omsorg, som borgerne har brug for – særligt de mere komplekse borgere, som kræver stor tålmodighed.

Den overvejende oplevelse er altså, at den kvalitet, vikarerne leverer, også påvirkes af deres kompetencer og indstilling til arbejdet. Forskellene heri udgør en yderligere årsag til interessen for at sikre sig, at 'de gode vikarer' har lyst til at komme igen.

Der er dog en enkelt enhed i analysen, med et højt forbrug af vikarer, hvor de interviewede social- og sundhedsmedarbejdere omvendt har overvejende positive oplevelser med vikarerne. I modsætning til de øvrige interviewede beskriver de vikarerne som *"super seje"*, og de ser det som en fordel, når de er vikarer på fuldtid, fordi de således er vant til arbejdstempoet, arbejdsformen og har *"rigtig mange kompetencer, fordi de kommer ud til alt muligt forskelligt"* (social- og sundhedsmedarbejdere, hjemmepleje, casekommune 3). Her er oplevelsen, at vikarerne har en god indstilling, i form af at de løser den opgave, de er blevet tildelt, og ikke *"brokker sig"* over borgerne eller ruterne. Derfor, fortæller medarbejderne, motiverer de også disse vikarer til at komme igen, også fordi de ikke oplever at kunne undvære vikarbrug.

3.3.3 Trivsel

Det er gennemgående i interviewene på tværs af hospitals- og ældreområdet, at brugen af eksterne vikarer også har konsekvenser for trivslen blandt det faste personale. Det skyldes, at manglende kendskab, kontinuitet og kompetencer samt vikarernes indstilling til arbejdet kan betyde, at samarbejdet med eksterne vikarer, som ikke er kendte i enheden, belaster snarere end aflaster det faste personale. Det handler om, at det faste personale skal bruge tid og ressourcer på at lære vikarernes kompetencer at kende og introducere dem til opgaver, systemer og borgere/patienter. Det handler om bekymring for en oplevet ustabilitet blandt vikarerne. Og endelig om, at den faglige motivation og stolthed udfordres, når kvaliteten af plejen er udfordret.

Vikarer kan på den ene side være en nødvendig aflastning, fx fordi én person ikke kan varetage arbejde til to personer i situationer, hvor der er travlt. På den anden side kan det altså udgøre en belastning for personalet, fordi de er nødt til at give andet og mere, end hvis det var en fast kollega, de var på vagt med, og derfor kan det også bidrage til oplevelse af travlhed.

Oplevelsen af, at brugen af eksterne vikarer har konsekvenser for trivsel, fremgår ligeledes som en begrundelse for ønsket om at begrænse vikarbrugen og som en yderligere årsag til ønsket om at kunne rekvirere de samme eksterne vikarer, når det vurderes at være nødvendigt, med henblik på at imødekomme vikarbrugens udfordringer for trivslen blandt de fastansatte.

3.3.3.1 Hospitalsområdet

På hospitalsområdet handler konsekvenser for sygeplejerskernes trivsel om den kvalitet, vikarerne kan levere som følge af manglende kontinuitet og kendskab, samt om en faglig utilfredshed ved vikarernes manglende engagement for specialet og ved den højere løn, de får – set i lyset af den indsats, de opleves at bidrage med.

Sygeplejerskerne fortæller, at det ved vagtstart er deres ansvar at fordele opgaver og patienter ud fra en dialog med vikarerne om deres erfaring og kompetencer samt de rammer, ledelsen har sat for, hvilke konkrete opgaver vikarer inden for den enkelte faggruppe kan udføre. Det betyder, at står sygeplejerskerne med vikarer, der ikke har været på afdelingen før, så har de først til opgave at afdække deres kompetencer, ligesom de ud over det konkrete arbejde på vagten skal introducere til alle de lavpraktiske forhold på afdelingen – såsom hvor klude, bleer mv. er. Introduktionen til afdelingens organisering, systemer og faciliteter oplever sygeplejerskerne som en stor belastning, og det er forbundet med et stort tidsforbrug. Det udfordrer sygeplejerskerne – ikke mindst fordi vikarerne netop bliver rekvireret i situationer med højt arbejdspress eller mangel på personale.

På den medicinske afdeling, hvor der på interviewtidspunktet er et særligt højt arbejdspress, fortæller sygeplejerskerne endvidere, at ansvaret for at tildele vikarerne opgaver er en kilde til utryghed, fordi det samtidig er sygeplejerskerne, der har ansvaret for kvaliteten og patientsikkerheden. De oplever, at det er et stort ansvar at skulle påtage sig under et samtidigt højt arbejds-tempo, hvilket fremgår af citaterne her:

Tit kan vi blive i tvivl om, det er noget, [vikarerne] må eller ikke må. Det kan være svært at vurdere, om de kan anlægge sonde, hvis de siger, de har prøvet det før. Vi skal tage en ret hurtig vurdering af

'okay jamen kan vi forsvare, at hun varetager den opgave'. Det er svært at gøre, når man har travlt. (Sygeplejerske, medicinsk afdeling)

Alle mine kolleger er pressede og udbrændte. Så selvfølgelig har det betydning at bruge vikarer frem for det faste personale, som kender afdelingen og rutinerne, og hvad man skal gøre i de forskellige situationer. (Sygeplejerske, medicinsk afdeling)

Som citaterne viser, kan samarbejdet med eksterne vikarer udgøre en særligt stor belastning for sygeplejerskerne, når de samtidig arbejder under et højt arbejdspress, hvilket ofte vil være i de situationer, hvor der netop er brug for vikarer.

Det fremgår også, at sygeplejerskernes trivsel udfordres af, at de ikke altid har tillid til, at vikarerne kan løse opgaverne, fx om de har kompetencerne til at observere og reagere på ændringer hos patienterne. Som en sygeplejerske siger: *"Det er lidt op til den enkelte at vurdere, hvad man har det bedst i maven med"*. Konsekvensen af denne utryghed er derfor ofte, at sygeplejerskerne løser opgaverne selv, hvilket igen bidrager til et højere arbejdspress og igen udfordrer trivslen blandt det faste personale.

Dertil fortæller ledere og sygeplejersker, at arbejdsglæden påvirkes af, at vikarerne ikke altid udviser samme engagement for specialet og arbejdet som de faste sygeplejersker. Ligeledes pointeres det også, at vikarerne får en højere løn, og at det *"udfordrer retfærdigheden"* (ledende sygeplejerske, hospital A), når de samtidig ikke leverer det samme som de faste sygeplejersker, hvilket igen påvirker arbejdsmiljø og trivsel.

Erfaringerne fra hospitalerne er således, at samarbejdet med vikarer kræver langt flere ressourcer af sygeplejerskerne end samarbejdet med faste personale og faste afløsere. Særligt i de situationer, hvor vikarerne ikke har de fornødne kompetencer, eller hvor der kan være tvivl om deres kompetencer. Dermed er brugen af eksterne vikarer ikke nødvendigvis en aflastning af det faste personale.

3.3.3.2 Ældreområdet

På ældreområdet er oplevelsen ligeledes, at brugen af eksterne vikarer er resourcekrævende for de faste personale. Det handler dels om vikarernes manglende kendskab til organisationen, medarbejderne og borgerne, som kræver tid til introduktion. Dels handler det om tid brugt på at lære vikarernes kompetencer at kende, følge op på og kontrollere vikarernes arbejde. Det illustrerer denne dialog mellem to social- og sundhedsmedarbejdere:

1: Det er svært, fordi man ikke kender hinanden. Man skal lære hinanden at kende. Man skal hele tiden stoppe og sikre sig, at tingene er gjort. Jeg ved, at hvis [en kollega] er der, så er tingene gjort. Hvis det er en vikar, så er jeg nødt til at holde øje. Ikke fordi de gør det dårligt, men fordi de ikke ved det.

2: Det er det samme, jeg oplever. Også på medicindelen, hvor man er nødt til at dobbelttjekke på 24 beboere, fordi det er vigtigt, at de får den rigtige medicin. De har ikke mulighed for at vide detaljerne. De kan læse om borgerne, men nogle gange er der specifikke ting, i forhold til hvordan de kan tage deres medicin. (Social- og sundhedsmedarbejdere, plejehjem, casekommune 4)

Som dialogen herover illustrerer, er brugen af eksterne vikarer forbundet med et tidsforbrug brugt på at sikre sig, at opgaverne er løst (korrekt). En social- og sundhedsmedarbejder vurderer, at hun i en weekendvagt som det eneste faste personale kan bruge 1-1,5 time på at introducere vikarerne, og at hun derfor hurtigt kommer bagud med egne opgaver. Det handler især om at af-dække den enkelte vikars kompetencer, som denne leder forklarer, har betydning for medarbejdernes arbejdsmiljø:

Ingen faggruppe er bare assistent, hjælper, sygeplejerske eller terapeut. Det spænder sindssygt vidt, hvad de har [af kompetencer], og det skal man først opdage på stedet. Og det er en stressfaktor for det faste personale. (Leder af hjemmepleje og plejehjem, casekommune 5)

Foruden at påvirke trivsel og arbejdsmiljø fortæller social- og sundhedsmedarbejderne også, at brugen af eksterne vikarer påvirker den kvalitet, som de selv kan levere. Det handler om, at den tid de bruger på introduktion og opfølgning, går fra tid i borgerkontakten samt på sparring om og koordination af borgerforløbene medarbejdere imellem.

Ifølge interviewpersonerne betyder disse forhold, at brugen af eksterne vikarer kan udgøre en belastning snarere end en aflastning af det faste personale, hvilket har konsekvenser for trivslen. Flere medarbejdere bemærker, at de i nogle tilfælde ligefrem vil foretrække at arbejde alene frem for med en vikar. En anden årsag hertil er som beskrevet, at social- og sundhedsmedarbejderne ofte selv tager de komplekse borgerbesøg. Det kræver ligeledes flere ressourcer af dem, hvilket udgør en yderligere belastning, når de samtidig også skal bruge ressourcer på at sikre sig, at vikarerne udfører deres opgaver korrekt. Her bemærkes en forskel mellem hjemmepleje og plejehjem i interviewene, idet personalet på plejehjem typisk bedre kan stå til rådighed for sparring med vikarerne end i hjemmeplejen, hvor alle kører alene.

Erfaringer med at arbejde sammen med eksterne vikarer – og de ekstra ressourcer, det kræver, samt usikkerhed ved kvaliteten af plejen – skaber utryghed og bekymring blandt nogle af de interviewede social- og sundhedsmedarbejdere. Flere fortæller, at de får ondt i maven ved udsigten til en weekendvagt, hvor der er mange ledige vagter i vagtplanen, eller hvor de kan se, der er kaldt vikarer ind (som de ikke kender). Det viser citaterne her:

Når man kommer til weekenden, og der stadig ikke er sat navn på en vagt – det er lige før, man får ondt i maven, fordi man ikke ved, hvem der kommer. Og så risikerer man ovenikøbet, at det er en ny.
(Social- og sundhedsmedarbejder, plejehjem, casekommune 3)

Når jeg så stod om fredagen og skulle arbejde i weekenden, så fik man helt ondt i maven, fordi man havde oplevet sygemeldinger fra vikarerne så mange gange. Så det har været sådan lidt stressende.
(Social- og sundhedsmedarbejder, hjemmepleje, casekommune 5)

Som citaterne illustrerer, påvirkes medarbejderne ydermere af den ustabilitet, de oplever blandt vikarerne. Flere interviewpersoner bemærker, at vikarer ofte melder sig syge eller aflyser deres vagter på dagen. En leder fortæller, at en yderligere konsekvens ved den oplevede ustabilitet blandt vikarerne kan være sygemeldinger blandt det faste personale, fordi de ikke kan overskue den arbejdsdag, de har i udsigt. Disse oplevelser understreger, at brugen af eksterne vikarer ikke i sig selv udgør en aflastning af personalet, men faktisk også kan udgøre en belastning.

Enkelte af de interviewede medarbejdere på ældreområdet udtrykker også utilfredshed med, at vikarerne får en højere løn i de tilfælde, hvor de indgår som en mere eller mindre fast del af personalet, men det er ikke et forhold, der synes at fylde på tværs af interviews. Det synes at handle om, at social- og sundhedsmedarbejderne i analysen for det første ikke er misundelige på vikarernes arbejdsform og ansættelsesvilkår, men også at brugen af eksterne vikarer i nogle af enhederne betragtes som et vilkår.

3.3.4 Økonomi

Endelig er det gennemgående på tværs af interviews på hospitals- og ældreområdet, at brugen af eksterne vikarer udfordrer økonomien. Hensyn til økonomi fremstår således som en yderligere begrundelse for at begrænse vikarbrugen. Økonomiske hensyn, herunder besparelser bestemt af det politiske niveau i kommunen eller regionen, udgør i nogle tilfælde også baggrunden for beslutninger om at indføre vikarstop.

Vikarbrugets konsekvenser for økonomien fylder imidlertid langt mindre i interviewene, hvor fokus primært er på konsekvenser for kvalitet og trivsel. Det illustrerer citaterne herunder:

Det er dyrt, og kvaliteten er dårligere. (Hjemmeplejeleder, casekommune 3)

Jeg vil helst være uden vikarbureauer, og det handler primært om trivsel og kontinuitet, og mindre om økonomi. (Hjemmeplejeleder, casekommune 1)

Som beskrevet indledningsvist, og som illustreret herover, betragter interviewpersonerne i begge sektorer brugen af eksterne vikarer som en "dyr og dårlig løsning" sammenlignet med i stedet at trække på det faste personale eller faste afløsere. Det skyldes udgifterne til vikarbureauerne, som også skal ses i sammenhæng med den kvalitet, vikarerne opleves at kunne levere. Det skyldes også de personaletimer, det koster som følge af den ekstra tid, det faste personale bruger på at introducere vikarerne til arbejdet. Øget tidsforbrug i samarbejdet med eksterne vikarer indebærer en skjult omkostning ud over den direkte omkostning ved at rekvirere en vikar. Eksempelvis fortæller en leder i casekommune 5, at de har beregnet, at det koster en medarbejdertime hver dag at anvende vikarer.

Der er dog også interviewpersoner, som udfordrer betragtningen om, at vikarer er den dyreste løsning. Eksempelvis oplever en leder, at det er billigere at aflønne en ekstern vikar end en fast medarbejder på et fridøgn (beskyttet frihedsperiode). En anden leder fortæller, at ressourcer brugt på oplæring og kompetenceudvikling af de faste afløsere betyder, at de er dyrere, fordi man kun betaler for den faktiske tid, en ekstern vikar er på arbejde og dermed "udnytter dem 100 procent" (leder, casekommune 4). Her er betragtningen altså, at eksterne vikarer faktisk er billigere end de faste afløsere.

Der er altså mange nuancer og overvejelser i forhold til vikarbrugens konsekvenser for økonomi, hvor det både er forbundet med 'skjulte omkostninger', og hvor det at anvende faste personaler, som følge af overarbejdstidsbetaling mv., også er forbundet med omkostninger.

3.4 Muligheder

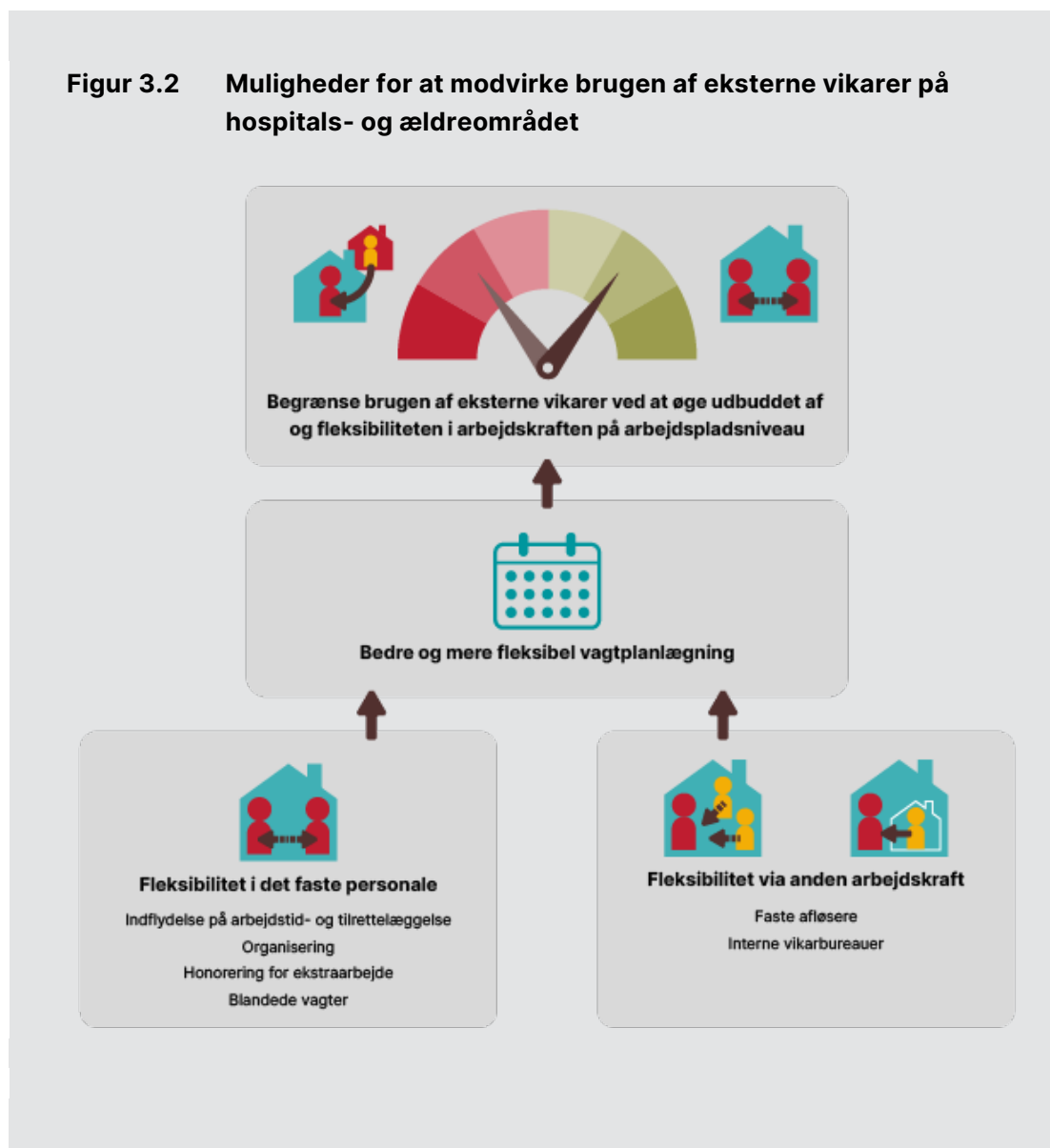
Der er blandt interviewpersonerne gennemgående et ønske om at modvirke og/eller reducere brugen af eksterne vikarer af hensyn til kvaliteten af plejen, det faste personales trivsel og til dels også organisationernes økonomi. Derfor beskriver og diskuterer dette afsnit mulighederne for at begrænse brugen af

eksterne vikarer ved at øge antallet af faste medarbejdere eller øge antallet af timer, den enkelte medarbejder lægger på arbejdspladsen, ved blandt andet at øge den enkelte medarbejders lyst og mulighed for at udvise fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen. Det sker med afsæt i interviewpersonernes erfaringer med og perspektiver på mulige indsatser.

Det centrale tema for interviewpersonerne er bedre og mere fleksibel vagtplanlægning, hvorunder kapitlet diskuterer, hvilken rolle et centralt besluttet vikarstop kan spille i den forbindelse, samt hvorvidt overnormering og flere på fuldtid kan understøtte dette. Forhold, som opleves at understøtte fleksibilitet i det faste personale, er indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen samt løn og arbejdsvilkår, mens overenskomstmæssige rammer opleves som barrierer. Det andet centrale tema er at sikre fleksibilitet igennem anden arbejdskraft end det faste personale. Her peger interviewene på betydningen af faste afløsere, og kapitlet diskuterer interne vikarbureauer som et alternativ til de eksterne.

De muligheder, som kapitlet præsenterer for fleksibilitet i hhv. det faste personale og i andet personale, illustrerer Figur 3.2 herunder.

Figur 3.2 Muligheder for at modvirke brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet



3.4.1 Bedre og mere fleksibel vagtplanlægning

Det er en generel iagttagelse i interviewene, at den mest optimale løsning er at være selvdækkende og således at dække vagterne med det faste personale såvel i grundplanerne som i håndteringen af akut opstået fravær. Betragtningen er, at eksterne vikarer er "det letteste valg", men ikke bør være "førstevalget". Interviewene peger på, at bedre planlægning er et middel til at reducere brugen af eksterne vikarer, og at fleksibilitet i personalet er en forudsætning herfor. Det er særligt enheder, som lykkedes med at reducere eller begrænse brugen af eksterne vikarer, der peger på, at det forudsætter bedre vagtplanlægning (jf. også afsnit 3.2.5).

For nogle af enhederne i analysen har beslutningen om et vikarstop enten på kommunalt eller enhedsniveau været en positiv presbold i forhold til at reducere vikarbruget. Her er interviewpersonernes oplevelse, at beslutning om vikarstop 'tvinger' ledere, planlæggere og medarbejdere til at blive bedre til at planlægge sig ud af fraværssituationer frem for at rekvirere eksterne vikarer.

På hospitalerne varierer perspektiverne. Hospital B er kritiske over for et centralt besluttet vikarstop, idet forventningen er, at det vil have negative konsekvenser for sygeplejerskernes arbejdsmiljø og for sygefraværet. Hospital A og akutafdelingens personale er mere positivt stemte over for et eventuelt vikarstop. Disse forskelle kan hænge sammen med forskelle i vikarbrug og regionale vilkår herfor. Samtidig er forventningen i regionerne på tværs af interviews, at et eventuelt vikarstop ikke vil bevirke, at sygeplejerskevikarerne søger tilbage til hospitalerne, men at de i stedet vil søge til kommunerne.

Ligeledes vurderer de plejeeenheder, der anvender eksterne vikarer, at et vikarstop ikke er hensigtsmæssigt, fordi de ikke oplever at kunne dække vagterne med det faste personale og faste afløsere. Her er forventningen ligeledes, at det vil belaste det faste personale og ville medføre en nedjustering af serviceniveauet. Omvendt er forventningen i højere grad, at social- og sundhedsvikarerne vil søge fastansættelser i ældreplejen og for nogle af interviewpersonerne understøtter denne forventning et positivt perspektiv på vikarstop – også på regionalt plan – i forhold til at kunne rekruttere nogle af de eksterne vikarer.

De kommuner og enheder i analysen, der er lykkedes med et vikarstop, vurderer, at det er en svær og hård opgave, men at det kan lade sig gøre. De fortæller, at det forudsætter en kulturforandring, hvor vagt- og arbejdsplanlægningen bliver et fælles ansvar, og hvor det faste personale udviser fleksibilitet, motivation og overskud til ekstraarbejde. Dét forudsætter, at medarbejderne har indflydelse på arbejdstid og -tilrettelæggelse.

Fagchefer og ledere fortæller videre, at vikarstop kræver bevidsthed blandt driftslederne om mulighederne for at bruge pengene bedre end på eksterne vikarer – fx på fastansættelser og uddannelsesstillinger for ufaglært personale. En plejehjemsleder (casekommune 2) har selv oplevet, at "*Det kræver, at man ser værdien i, at man kan bruge de dyre penge på noget andet.*" Her oplevede lederen, da de indførte vikarstop, at medarbejderne var "skræmte" af ikke længere at kunne booke eksterne vikarer, men at det viste sig ikke at være en udfordring. Snarere har vikarstoppet fungeret som en investering i det faste personale, hvilket lederen vurderer har bidraget til lavere sygefravær, som medvirker til at reducere behovet for ekstern vikardækning.

Bedre planlægning kræver ifølge interviews et godt overblik, samt at planlægger og driftsleder arbejder tæt sammen, dels om at sikre gode grundplaner,

dels om at finde "kreative løsninger" i tilfælde af akut opstået fravær. En planlægger bemærker, at *"nogle gange skal man flytte fem brikker for at få dækket en vagt"*. Oplevelsen er imidlertid, at ressourcerne og tiden brugt på den grundlæggende og mere akutte vagtplanlægningen er det værd, samt at de økonomiske omkostninger ved eksempelvis, at en medarbejder tager en vagt på et fridøgn (beskyttet frihedsperiode) udlignes af den bedre kvalitet og trivsel, det giver.

Planlæggere og ledere peger også på, at kulturændringen indebærer, at vagtplanlægningen bliver et fælles ansvar med afsæt i en fælles motivation om at begrænse behovet for vikarer. En social- og sundhedsmedarbejder (plejehjem, casekommune 2) beskriver det som, at medarbejderne *"har fået en anden mentalitet i, at man dækker hinanden ind. Vi bruger bare ikke eksterne vikarer, og så er det, som om der er kommet et andet mindset"*. Det fremgår, at personalet gerne påtager sig ekstraarbejde *"for kollegerne og for borgerne"* og *"for at undgå, at der kommer eksterne ind"*, som en social- og sundhedsmedarbejder beskriver det. Det har stor betydning, at medarbejderne involveres i planlægningsarbejdet, fordi det kræver, at de udviser fleksibilitet – eksempelvis i form af at byde ind på ekstravagter, tage halve vagter på en fridag eller i forlængelse af en vagt eller at få omlagt vagter.

Flere ledere oplever imidlertid, at overenskomstmæssige rammer, herunder arbejdstidsaftalernes hviletids- og fridøgnbestemmelser, regler om tilkald og døgnarbejdstidsregler¹³ udgør en barriere for at opnå den ønskede fleksibilitet i det faste personale – og for at kunne udnytte den fleksibilitet, som medarbejderne udviser. Der er flere eksempler på dette i interviewene. Et eksempel er regler om varsling, som en plejehjemsleder (casekommune 2) oplever som en barriere, idet hun har medarbejdere, som ønsker fast løn, men som ikke behøver kende deres vagtplaner, og som dermed kan tilbyde en høj grad af fleksibilitet. Andre har medarbejdere, der ønsker at arbejde i syv dage og have syv dage fri, hvilket kræver lokalaftaler med fagforeningerne. Det er også tilfældet, når medarbejderne tilbyder at tage en vagt med kort varsel, eller når de tilbyder at tage en dagvagt kort tid efter en aftenvagt, ifølge interviewene.

Kommunerne vurderer, at det varierer, hvorvidt de lykkes med at indgå lokalaftaler med fagforeningerne, og at der derfor er brug for indsatser på nationalt niveau for at skabe mere grundlæggende fleksibilitet i arbejdstidsreglerne. En fagchef beskriver det, som at de *"lokalt kan lykkes med mange ting, som bliver slået hjem, når vi tager det tilbage til moderorganisationerne"* (fagchef, casekommune 4).

¹³ Nogle af de overenskomstmæssige rammer (i form af arbejdstidsaftaler), der nævnes i interviewene, og som interviewpersonerne oplever som barrierer, bundes i arbejdsmiljølovgivningen, mens andre forudsætter honorering. Det er dog uden for denne analyses rammer at afdække dette nærmere.

3.4.2 Indsatser til fleksibilitet i det faste personale

Interviewene peger på, at indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen og løn understøtter fleksibilitet, mens perspektiverne på organiseringsformer, fuldtid, overnormering og blandede vagter er mindre entydige.

Indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen

Interviewene peger på, at højere grad af indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen blandt sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere kan understøtte højere grad af fleksibilitet. Det gælder indflydelse på arbejdstid og fordelingen af denne i ansættelsen, der matcher den enkeltes ønsker og behov, ligesom det gælder, at enhederne imødekommer ønsker til fridage mv.

Oplevelsen på hospitals- og ældreområdet er, at indflydelse understøtter trivsel og arbejdsglæde, hvilket bevirker, at medarbejderne er mere motiverede for at udvise fleksibilitet, eksempelvis når der opstår ledige vagter. Indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen fremstår dermed som en mulighed for i højere grad at kunne trække på det faste personale frem for at bruge eksterne vikarer.

De interviewede sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere fortæller, at det at blive mødt med indflydelse og fleksibilitet fra ledelsens side gør, at de også selv udviser mere fleksibilitet.

Særligt på akutafdelingen på hospital A bliver indflydelse på og fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen fremhævet som en af de centrale årsager til det ikke-eksisterende vikarbrug. Det handler dels om, at lederne imødekommer sygeplejerskernes ønsker til fridage. Dels handler det om, at sygeplejerskerne selv definerer deres weekendarbejde. Rammen er, at alle leverer lige mange weekendtimer. Men at det inden for denne ramme er op til den enkelte, hvordan de vil tilrettelægge weekendarbejdet. Derudover er der mulighed for at tage yderligere individuelle hensyn, fx til ønsker om vagtlag for medarbejdere i særlige situationer.

På ældreområdet er der lignende eksempler på, at medarbejderne får imødekommet individuelle ønsker til ansættelsesforhold. Eksempelvis at medarbejderne selv kan definere organiseringen af weekendarbejdet, kan få blandede vagter mv. Vurderingen på ældreområdet er imidlertid mere generelt set, at der er et uudnyttet potentiale for øget indflydelse på ansættelsestid og -tilrettelæggelse. Ifølge en hjemmeplejehjælper (casekommune 6) kræver det, at man på området "*bryder med vanetænkningen og giver dem, der har lyst til at arbejde anderledes, lov til det*".

Ifølge flere ledere bestræber de sig således på at imødekomme medarbejdernes ønsker til arbejdstid og -tilrettelæggelse. Ikke mindst for at kunne fastholde og tiltrække personale. De italesætter dog også en grænse for, i hvor høj grad individualisering er muligt og hensigtsmæssigt – både af hensyn til kerneopgaven, som skal leveres alle døgnets timer alle årets dage, samt af hensyn til den kollektive retfærdighed i personalegruppen som helhed.

I interviewene ses enkelte eksempler på øget grad af indflydelse i form af selvtilrettelæggelse. Her er erfaringen, at selvtilrettelæggelse understøtter fleksibilitet blandt medarbejderne samt bedre vagtplanlægning. Et eksempel er et plejehjem (i casekommune 1), hvor social- og sundhedsmedarbejderne har ansvaret for at planlægge ferie og helligdage. De betragter det som en fordel, at de selv skal byde sig til frem for at blive pålagt bestemte vagter, samt at det "er meget nemt" og "kun tager en halv time".

På ældreområdet er betragtningen til dels også, at selvstyrende teams, hvor medarbejderne i et mindre team fx får ansvaret for vagtplanlægningen og håndteringen af fravær, kan bidrage til at modvirke brugen af eksterne vikarer.

Løn og generelle arbejdsvilkår

Interviewene peger på, at løn, herunder betaling for ekstravagter, har betydning for at opnå den ønskede fleksibilitet blandt det faste personale. Det fremgår dog også, at løn kun motiverer til en vis grænse. Det skyldes, at gode arbejdsvilkår – i form af nok personale og lavere arbejdspress – har størst betydning for medarbejdernes trivsel og arbejdsglæde. Det gælder på såvel hospitals- som på ældreområdet.

I interviewene på både hospitaler og i ældreplejen er der eksempler på betydningen af løn for det faste personale. Det illustreres med brugen af FEA-aftaler (frivilligt ekstraarbejde) på hospitalerne. Her er oplevelsen gennemgående, at den ekstra løn, der følger med, i høj grad har motiveret sygeplejerskerne til at påtage sig ekstraarbejde i de perioder, hvor FEA-aftalerne gælder. Det illustreres også med demotiverende oplevelser af ikke at modtage betaling for ekstraarbejde i kommuner, hvor der er aftale om, at ekstraarbejde skal afspadsres. I en af casekommunerne udtrykker de interviewede social- og sundhedsmedarbejdere frustration over den aftale og er begyndt at stille krav om overarbejdstidsbetaling. Erfaringen fra planlæggerne er, at det at tilbyde løn for ekstra vagter motiverer personalet til at byde sig til og dermed har betydning for, om de må rekvirere vikarer eller kan lykkes med at trække på det faste personale. Endelig illustreres betydningen af løn med de (dog få) eksempler på medarbejdere i analysen, der selv har haft job som eksterne vikarer som bibeskæftigelse blandt andet på grund af lønnen.

Interviewene viser dog også, at betydningen af løn kun gælder indtil en vis grænse. Eksempelvis fortæller sygeplejerskerne på den medicinske afdeling, at de – på trods af aktuelle FEA-aftaler – ikke længere har overskuddet til at påtage sig ekstraarbejde. Det skyldes, at arbejdspresset har været højt i en længere periode. På grund af covid-19 og sygeplejerskestrejken og på grund af forhold på afdelingen med overbelægning og personalemangel. En af de interviewede sygeplejersker vurderer, at løn primært spiller en stor rolle for sygeplejerskerne på grund af de arbejdsvilkår, de arbejder under – ikke mindst manglen på sygeplejersker. En kollega understreger i tråd hermed, at sygeplejerskerne vil foretrække at få flere kolleger frem for at få mere i løn.

Arbejdsvilkår i form af frihed og fleksibilitet synes også at spille en større rolle end løn. Eksempelvis fortæller en leder (casekommune 5), at kommunen har indgået en aftale, hvor medarbejderne får mere i løn for at arbejde mere i weekenderne, men at aftalen ikke havde motiveret til mere weekendarbejde. Lederens vurdering er, at det ikke er pengene, der motiverer, men at medarbejderne *"vil have deres frihed"*.

Organisering

Organisering fremstår i interviews som et forhold med betydning for at opnå fleksibilitet i vagtplanlægningen. Der er dog forskellige perspektiver på, hvilken organisering der bedst understøtter fleksibilitet, hvor både større og mindre enheder betragtes som en fordel.

På den ene side betyder større enheder, at medarbejderne nemmere kan gå på tværs, og at der er en højere grad af funktionel fleksibilitet. Det gælder eksempelvis på akutafdelingen, som peger på størrelsen som en betydende faktor for, at de ikke anvender eksterne vikarer, fordi de kan håndtere sygemeldinger og fravær igennem opgaveorganisering. Akutafdelingen er ifølge interviewpersonerne også kendetegnet ved, at der ikke er tale om lange patientforløb, hvilket mindsker behovet for kontinuitet igennem mindre enheder.

På den anden side understøtter mindre enheder større samhørighed og ansvarsforpligtelse medarbejdere imellem, samt at det er nemmere at hjælpe hinanden, når man kender hinanden og hinandens borgere. Ligesom borgerforløbene i ældreplejen i højere grad behøver kontinuitet, hvilket understøttes af mindre enheder.

Fuldtid

Interviewene har også diskuteret flere på fuldtid som muligt indsatsområde i forhold til at øge arbejdsudbuddet og derigennem modvirke brugen af eksterne vikarer. Den mest gennemgående vurdering er, at flere fuldtidsansatte på hospitaler og i ældreplejen ikke understøtter fleksibilitet.

Interviewpersonerne i regionerne fortæller, at sygeplejerskerne i forvejen har en høj beskæftigelsesgrad, og at de i øvrigt ofte ikke ønsker fuldtidsansættelse, hvorfor potentialet for at øge beskæftigelsesgraden er begrænset. Samtidig er oplevelsen, at 'flere hoveder' giver mere fleksibilitet end 'færre hoveder'. Interviewpersonerne fortæller, at når personalet er ansat på 37 timer, ville de skulle arbejde flere ulempevagter (aften, nat og weekend), hvilket de ikke er interesserede i. Omvendt udviser medarbejdere ifølge lederne større overskud til at tage ekstravagter, når de er ansat på deltid.

På ældreområdet er perspektiverne tilsvarende, at flere på fuldtid ikke tilbyder – men faktisk modarbejder – den fornødne fleksibilitet i arbejdskraften, samt at det ikke opleves som muligt inden for budgetrammerne. I interviewene går det igen, at flere på fuldtid ikke er hensigtsmæssigt, fordi det vil betyde, at der er flere medarbejdere på arbejde i hverdagene frem for i weekenderne, som er der, behovet for anden/fleksibel arbejdskraft er størst. Det skyldes, at en øget beskæftigelsesgrad ikke vil ændre på kadencen af weekendarbejdet, som personalet jf. afsnit 3.2.3 foretrækker er hver tredje eller fjerde weekend. Oplevelsen er også, ligesom på hospitalerne, at medarbejdere ansat på deltid er at foretrække, fordi de udviser større overskud til at påtage sig ekstraarbejde og dermed bidrager til den ønskede fleksibilitet i arbejdskraften.

Således peger interviewene på både hospitals- og ældreområdet på, at flere på fuldtid ikke opleves som en mulighed i forhold til at begrænse vikarbrugen.

Overnormering

Overnormering er et andet tema, som interviewene har diskuteret som indsats til at kunne håndtere akut opstået fravær ved at planlægge med flere medarbejdere, end der er normeret eller opgaver til. Her varierer perspektiverne imidlertid en del.

I regionerne betragter interviewpersonerne på den ene side overnormering som et billigere alternativ til såvel FEA-aftaler (frivilligt ekstraarbejde) og til eksterne vikarer og som en indsats, der kan anvendes i perioder, hvor der typisk er øget fravær eksempelvis i vinterperioden. På den anden side er overnormering ikke realistisk som følge af manglen på sygeplejersker og heller ikke hensigtsmæssigt i forhold til at sikre effektivitet og produktivitet, hvis sygeplejerskerne vænner sig til at være flere på arbejde, end der egentlig er brug for.

Enkelte enheder på ældreområdet anvender allerede overnormering som bufferkapacitet til at håndtere akut opstået sygefravær, fx i weekender eller i ferieperioder. Enkelte medarbejdere i de øvrige enheder har ligeledes positive perspektiver på at anvende overnormering til at sikre den fornødne bufferkapacitet i weekenderne, mens resten af interviewpersonerne ikke betragter

overnormering som en realistisk mulighed for at være selvdækkende. De vurderer, at det ikke er realistisk at ansætte eller planlægge med ekstra medarbejdere inden for de eksisterende budgetter og med de aktuelle rekrutteringsudfordringer på området.

Blandede vagter

På hospitalerne bliver kutymen med 'blandede vagter' (altså at personalet arbejder i skiftende vagtlag frem for enten dag-, aften- eller nathold) fremhævet som en måde at opnå fleksibilitet og kvalitet på. Når der arbejdes med blandede vagter, øges fleksibiliteten ved, at alle medarbejdere kan arbejde på alle tider af døgnet. Alle ved, hvad der skal udføres af arbejdsopgaver om dagen, om aftenen og om natten. Derved opstår der en funktionel fleksibilitet, der også kan anvendes til at øge arbejdstidsfleksibiliteten. Dertil kan blandede vagter også understøtte kvalitet igennem kontinuerlig faglig udvikling. Den faglige udvikling med introduktion af fx nye behandlingsmetoder foregår typisk i dagvagterne, hvor også overlægerne er på arbejde. Blandede vagter understøtter også bedre samarbejde og bedre dynamik i den samlede gruppe, når der på skift arbejdes i vagter med forskellige kollegaer.

Tilsvarende perspektiver gør sig gældende på ældreområdet. Her er kutymen dog omvendt faste vagthold, mens vurderingen er, at fordelene ved blandede vagter er, at medarbejderne ser borgeren og dennes rutiner på forskellige tidspunkter af døgnet samt får en forståelse for de andre vagtholds arbejde. Social- og sundhedsmedarbejdere og ledere beretter om en tendens til at lukke sig om sig selv i de enkelte vagthold og en tendens til at bebrejde de andre hold, når der er lav grad af kendskab og relationer mellem medarbejdere på tværs af vagtlag. En social- og sundhedsmedarbejder (casekommune 4) fortæller, at blandede vagter "*vil sikre den røde tråd*" i borgerforløbene, men for medarbejderne vil være "*en kæmpe kulturændring*".

Flere interviewpersoner på ældreområdet peger på, at blandede vagter vil være attraktive for nogle, men ikke for størstedelen, hvilket udgør en central barriere. En anden social- og sundhedsmedarbejder fortæller, at et andet plejehjem i kommunen havde afprøvet blandede vagter, hvilket havde medført, at personalet "*flygter, fordi de ikke kan få privatlivet til at hænge sammen*".

3.4.3 Flexibilitet i anden arbejdskraft end det faste personale

Interviewene peger på, at brugen af faste afløsere er en forudsætning for at være selvdækkende og således udgør en central mulighed for at modvirke brugen af eksterne vikarer. Erfaringerne med, om interne vikarbureauer i kommune/region kan udgøre et alternativ til eksterne, varierer, og perspektiverne er dermed mindre entydige.

Faste afløsere

Betragtningen i interviewene på tværs af hospitals- og ældreområdet er, at en central mulighed for at være selvdækkende samt opnå fleksibilitet i vagtplanlægningen er faste afløsere. Faste afløsere er time- og månedslønsansatte, der er tilknyttet den enkelte enhed. Interviewpersonerne vurderer, at faste afløsere er et centralt middel til fleksibelt at øge antallet af medarbejdere og antallet af timer i en periode, fordi de (til en vis grænse) udgør et *”bedre og billigere”* alternativ til de eksterne vikarbureauer. Fordelene ved at anvende faste afløsere er ifølge interviewene, at de understøtter kvaliteten af plejen og trivslen blandt de fastansatte samt udgør en central rekrutteringskanal. Kun en enkelt case i analysen, casekommune 6, anvender som udgangspunkt ikke faste afløsere, men har i stedet oprettet et internt vikarbureau (som beskrives her efter).

De månedslønnede afløsere vil typisk blive anvendt i faste weekendrul, mens de timelønnede afløsere typisk kan blive anvendt i grundplanlægningen, men også med kortere varsel til akut opstået fravær. På hospitalsområdet er afløsere primært social- og sundhedsassistentelever, sygeplejerske- og medicinstuderende samt (evt. tidligere ansatte) sygeplejersker med hovedbeskæftigelse andetsteds. På ældreområdet er det typisk elever/studerende på sundhedsfaglige uddannelser og unge ufaglærte med enkelte eksempler på social- og sundhedsmedarbejdere med hovedbeskæftigelse andetsteds og afløsere med helt andre faglige baggrunde.

Oplevelsen er, at brugen af faste afløsere understøtter kvalitet og trivsel, fordi der er kontinuitet i relationerne, og de har det fornødne kendskab til organisationerne, medarbejderne og borgerne/patienterne og specialet. Det betyder, at de indgår på lige fod med det faste personale, og at der er tillid til deres kompetencer, og hvilke opgaver de kan løse. En leder beskriver det med, at faste afløsere *”giver mest mulig kvalitet for pengene”*. Det gælder også, selvom de faste afløsere – i modsætning til de eksterne vikarer – typisk er ufaglærte eller under uddannelse. Ydermere er oplevelsen, at de faste afløsere har en positiv indstilling til arbejdet, hvor de udviser stort engagement, ansvarsfølelse og ønske om at bidrage fagligt og kollegialt, samt at de indgår som en del af arbejdspladsen og det kollegiale fællesskab. Disse forhold understøtter trivslen blandt de fastansatte. Interviewpersonerne foretrækker på den baggrund at trække på de faste afløsere i det omfang, det er muligt, frem for at tilkalde eksterne vikarer.

En anden fordel ved brugen af faste afløsere er, at det udgør en central rekrutteringskilde for hospitalerne og ældreplejen. Eksempelvis fortæller interviewpersonerne på den medicinske afdeling, at brugen af faste afløsere har stor betydning for deres evne til at rekruttere nyuddannede sygeplejersker. De

oplever, at afløserne oftest finder specialet attraktivt, når de har prøvet kræfter med det – og at afløserne er interesserede i at bevare relationen til afdelingen. For akutafdelingen udgør de faste afløsere i høj grad også en fastholdelseskanal, idet de bruger timelønsansættelserne til at "holde krog i" tidligere sygeplejersker på afdelingen, der vælger af søge job andetsteds. Tilsvarende oplevelser kommer frem i hjemmeplejen og på plejehjem. Her fortæller ledere og medarbejdere, at det er afgørende at få unge mennesker ind og få en forståelse af, hvad arbejdet i ældreplejen i virkeligheden går ud på, samt at timelønsansættelser er en måde, hvorpå personer med andre faglige baggrunde kan snuse til området og potentielt indgå aftale om uddannelsesstillinger.

Faste afløsere synes altså at udgøre et centralt virkemiddel i forhold til at modvirke brugen af eksterne vikarer. Det fremgår dog også af interviewene, at dette kun er muligt indtil en vis grænse. Det handler i høj grad om, at afløserne typisk er unge og ufaglærte, hvilket sætter en grænse for, hvor mange afløsere der kan være på vagt sammen med få faste personaler, idet en høj andel ufaglærte lægger mere ansvar over på få faglærte og dermed kræver flere ressourcer.

Interne vikarbureauer

En anden mulighed for at øge fleksibilitet i planlægningen igennem anden arbejdskraft end det faste personale (og eksterne vikarer) er interne vikarbureauer. Analysen giver dog ikke et entydigt svar på, om de kan udgøre et alternativ til de eksterne bureauer, idet der er få og forskellige erfaringer hermed. I de to regioner er der etableret interne vikarbureauer, mens kun en enkelt casekommune (6) har et internt vikarbureau på interviewtidspunktet.

Interviewene peger på flere fordele ved interne vikarbureauer i regioner/kommuner. En fordel er, at de vil tiltrække nogle medarbejdere, fordi de tilbyder en ansættelsesform, der minder om jobbet som ekstern vikar (se kapitel 4 for de eksterne vikarers oplevelser), hvilket vurderes at være attraktivt for nogle sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. En fordel for enhederne er, at de interne vikarer har større kendskab til deres systemer, arbejdsgange, mv. og dermed kan imødekomme udfordringerne med kvalitet og trivsel, når der anvendes nye eksterne vikarer.

Erfaringerne i regionerne er, at interne vikarer har bedre kendskab til arbejdspladserne end de eksterne vikarer, samt at hospitalerne har større tillid til vikarernes kompetencer, fordi de selv har indflydelse på at definere kvalitetskravene. Fagchefen i casekommune 6 fortæller ligeledes, at det interne bureau skal sikre effektivitet og kvalitet ved at tilbyde vikarer, der arbejder i overensstemmelse med kommunens kultur og værdier, og som har kendskab til dokumentationssystemerne samt til de enkelte enheder. De interviewede

social- og sundhedsmedarbejdere istemmer, at det er positivt med vikarer, der kender enhedens rutiner og borgere.

Ulemperne er ifølge interviewene, at de interne bureauer ikke kan konkurrere med lønningerne i de eksterne bureauer, samt at interne vikarer ikke understøtter kontinuitet og kvalitet i samme grad som fast personale og faste afløserere. En fagchef (casekommune 1) har erfaret, at hensynet til borgers behov for kontinuitet vejer tungere end muligheden for at tilbyde fleksible ansættelsestider.

Erfaringen fra regionerne er, at vikarbureauerne ikke tilbyde den samme arbejdskraft som de eksterne, fordi de interne vikarer typisk er ufaglærte, studerende eller har andre sundhedsfaglige baggrunde end sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Derfor kan de ikke altid levere sygeplejerskevikarer, herunder kompetencer inden for specifikke specialer.

Selvom casekommune 6 har et internt vikarbureau, der har som ambition at erstatte brugen af eksterne bureauer, så har kommunen fortsat et højt forbrug af eksterne vikarer. Interviewene peger på, at det skyldes udfordringer med at motivere de interne vikarer til weekend- og feriearbejde, samt at de ikke i lige så høj grad som de eksterne kan tilbyde faglærte social- og sundhedsmedarbejdere.

Et opmærksomhedspunkt, som går på tværs af hospitaler og øvrige casekommuner, er, at etableringen af interne vikarbureauer ikke kan træde i stedet for, men være et supplement (til faglært arbejdskraft) til anvendelsen af faste afløserere, hvis betydning afhænger af at have et tæt tilhørsforhold til den enhed, de er tilknyttede.

3.5 Perspektiver

I lyset af de aktuelle og fremtidige arbejdskraftsudfordringer i hospitalssektoren og på ældreområdet er iagttagelsen i flere af interviewene, at de beskrevne muligheder ikke er tilstrækkelige til at kunne fastholde og tiltrække sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere (jf. også de eksterne vikarers motivation for vikarjobbet, som beskrives i kapitel 4). Perspektiverne er, at sundhedsvæsenets sektorer og deres arbejdspladser i højere grad bør kunne tilbyde mere fleksible og individuelle ansættelser. På den baggrund beskriver dette kapitel interviewpersonernes perspektiver på og ønsker om nye, mere fleksible og individuelt tilrettelagte ansættelsesformer, som medarbejderne i stigende grad efterspørger – og ikke mindst hvilke barrierer de oplever aktuelt står i vejen herfor.

Nye og mere fleksible ansættelsesformer betragtes i interviewene som et væsentligt middel til at skabe attraktive arbejdspladser på hospitals- og ældreområdet (og i øvrige dele af sundhedsvæsenet). Attraktive arbejdspladser er nødvendige for at fastholde medarbejderne og rekruttere nye, og derigennem modvirke brugen af eksterne vikarer. Det hænger sammen med oplevelsen af, at enhederne i analysen ikke kan tilbyde den fleksibilitet og selvbestemmelse, som vikarjobbet kan, men et ønske om i højere grad at kunne det. Endvidere skal ønsket ses i sammenhæng med oplevelsen af, at de yngre generationer (der falder i volumen) på arbejdspladserne stiller det som krav til deres arbejdsliv. Iagttagelsen i interviewene er derfor, at en højere grad af fleksibilitet og individualisering er nødvendigt for at få mest mulig arbejdskraft ud af de tilgængelige ressourcer – og dette ikke kun inden for den enkelte arbejdsplads eller den enkelte sektor, men også på tværs af sundhedsvæsenet såsom hospitalsvæsenet og den kommunale ældrepleje.

De indsatser, der nævnes i interviewene, er: fleksible ansættelsessteder, fleksible normperioder og delestillinger i og på tværs af kommuner og regioner.

Forventningen er, at fleksible normperioder (som er den periode inden for hvilken medarbejderne skal lægge den aftalte arbejdstid) vil understøtte mere fleksible ansættelsesformer og være attraktiv for nogle medarbejdere. Fleksible normperioder indebærer, at normperioden kan bredes ud efter den enkeltes ønske. Fx medarbejdere, som trives med at arbejde mere om sommeren end om vinteren (jf. kapitel 4). Det er ifølge lederne i analysen aktuelt udfordrende at imødekomme medarbejdernes ønsker til andre normperioder planlægnings- og styringsmæssigt samt som følge af overenskomsternes definition af normperioder.

De interviewede ledere udtrykker også et ønske om en mere fleksibel forståelse af 'ansættelsessted' i overenskomsterne. På hospitalsområdet er ønsket eksempelvis, at sygeplejerskerne i højere grad fremover kan arbejde på tværs af afdelinger på et hospital. Det vil understøtte funktionel fleksibilitet igennem større arbejdsfællesskaber, hvilket forventes at være nødvendigt fremadrettet. En interviewperson fortæller om et hospital, der har en høj bemanning på en intensivafdeling, og hvor medarbejderne frigives til andre afdelinger på tidspunkter, hvor der ikke er mange intensive opgaver. På et andet hospital skulle medarbejderne på en mindre afdeling som led i deres ansættelse bidrage til aften- og natdækningen på en tilstødende afdeling. Oplevelsen er imidlertid, at sådanne initiativer udfordres og modarbejdes af fagforeningerne, som fastholder, at ansættelsesstedet er én afdeling og ikke flere af hensynet til medarbejdernes trivsel og patientsikkerheden.

Også i kommunerne udtrykkes ønske om, at medarbejderne kan opnå ansættelse på flere enheder i kommunen, således de ikke skal gå til en anden kommune eller til eksternt bureau for at få bibeskæftigelse.

I interviewene på hospitalsafdelinger fremkommer endvidere et ønske om at kunne etablere delestillinger for sundhedsprofessionelle såvel inden for hospitaler og regioner som på tværs af det kommunale sundhedsvæsen. Konceptet om delestillinger indebærer, at en sygeplejerske deler sin ansættelse mellem eksempelvis en hospitalsafdeling og hjemmesygeplejen eller almen praksis. Det har flere fordele ifølge de interviewede. For det første tilbyder det fleksibilitet i ansættelsen i form af, at de sundhedsprofessionelle vil blive tilbudt forskellige opgaver og målgrupper, hvilket vil være attraktivt for nogle sundhedsprofessionelle. Det vil også understøtte den enkeltes kompetenceopbygning, mulighed for at snuse til andre sektorer/specialer og forståelse af det samlede patientforløb. Derfor er forventningen også, at det vil understøtte sammenhæng på tværs af hospitalsvæsen, ældrepleje og almen praksis. Konceptet møder opbakning blandt de interviewede på ældreområdet, som vurderer, at delestillinger vil være attraktivt for nogle social- og sundhedsmedarbejderne og vil kunne bidrage til udvikling af faglighed og kompetencer. Fx ved at man som assistent kunne prøve kræfter med mere komplekse sygeplejeopgaver på hospitalerne. Perspektiver er også, at delestillinger vil understøtte, at regioner og kommuner i højere grad deles om de tilgængelige (knappe) ressourcer.

Oplevelsen er gennemgående, at lovgivningsmæssige og overenskomstmæssige rammer sammen med kutymer og kulturer udgør centrale barrierer for, at hospitalsvæsen og ældrepleje (samt øvrige dele af sundhedsvæsenet) kan tilbyde nye og mere fleksible ansættelsesformer som eksempelvis de her beskrevne indsatser. Eksempelvis bemærker en direktør, at *"kutymer i vores overenskomstforståelse er alt for langsom, i forhold til det vi skal tilbyde på det individuelle plan"* (direktør, Hospital B). Der er en fælles oplevelse hos de interviewede ledere af, at overenskomsterne ikke tager højde for medarbejdernes privatlivssituationer, som skaber bestemte ønsker til tilrettelæggelsen af deres arbejdsliv, og at de derfor står i vejen for at *"give medarbejderne lov til det, de vil, og sekundært, at vi får lov at udnytte de ressourcer, de har"*, som en fagchef (casekommune 4) udtrykker det.

Denne barriere for at tilbyde og opnå den ønskede fleksibilitet i ansættelserne bidrager ifølge interviews også til, at medarbejderne søger mod eksterne vikarbureauer. Derfor er betragtningen blandt de interviewede ledere på såvel hospitaler som i ældreplejen, at der er brug for at afdække barrierer og muligheder for nye og mere fleksible ansættelsesformer, herunder hvilken rolle vænner og kultur spiller, og hvilken rolle lovgivning og overenskomster spiller.

3.6 Opsamling

Delanalyse 2 finder store ligheder i oplevelserne af brugen af eksterne vikarer mellem hospitaler og ældrepleje (hjemmepleje og plejehjem). Tabel 3.2 herunder opsummerer oplevelserne med brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet:

Tabel 3.2 Oplevelser af brugen af eksterne vikarer blandt ledere og medarbejdere på hospitals- og ældreområdet

Årsager	Konsekvenser	Muligheder	Perspektiver
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behov for fleksibel arbejdskraft ▪ Personalemangel ▪ Sygefravær ▪ Planlægningskultur og -kompetencer ▪ Aflastning af det faste personale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavere kvalitet af plejen til borgere/patienter ▪ Lavere trivsel blandt de fastansatte ▪ Økonomi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedre og mere fleksibel vagtplanlægning, fx igennem medarbejderindflydelse på arbejdstilrettelæggelsen og honorering for ekstrarbejde ▪ Flexibel arbejdskraft i form af faste afløsere 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nye og mere fleksible ansættelsesformer, fx i form af fleksibelt ansættelsessted, fleksible normperioder samt delestillinger

Analysen viser først og fremmest, at processen for at dække ledige vagter, generelt set følger en 'trappetrinsmodel'. Første trin er at afsøge løsninger med det faste personale – så faste afløsere tilknyttet den enkelte enhed – herefter interne vikarbureauer, hvis der er et sådant i regionen/kommunen – og endelig, hvis det ikke lykkes, de eksterne bureauer.

Ledige vagter i såvel grundplaner og som følge af akut opstået fravær er ifølge interviewpersonerne uundgåelige. Oplevelsen er, at der er et grundlæggende behov for at trække på anden og mere fleksibel arbejdskraft end det faste personale på hospitaler og i ældreplejen. Det skyldes blandt andet varierende arbejdsområder og organiseringen af weekendarbejdet.

Centrale årsager til brugen af *eksterne vikarer* er mangel på personale, højt sygefravær samt den enkelte enheds planlægningskultur og -kompetencer. Disse forhold har nemlig betydning for, hvorvidt enheden lykkes med at være selvdykkende eller rekvirerer arbejdskraft fra eksterne vikarbureauer.

Dernæst viser analysen, at brugen af eksterne vikarer har flere konsekvenser for borgere/patienter, medarbejdere og organisationerne. Oplevelsen på tværs af hospitals- og ældreområdet er, at brugen af eksterne vikarer udfordrer kvalitet, trivsel og økonomien. Vikarerne har ikke i udgangspunktet det fornødne

kendskab til enhedernes rutiner, systemer og arbejdsgange eller til medarbejderne og borgerne/patientspecialet. Særligt på ældreområdet, hvor kontinuitet og kendskab i borgerrelationerne kan være afgørende for at kunne levere hjælpen, udgør det en udfordring. Dertil er oplevelsen, at kvaliteten varierer med den enkelte vikars kompetencer og indstilling til arbejdet. Brugen af eksterne vikarer har konsekvenser for de fastansattes trivsel, fordi de oplever at bruge ekstra tid og ressourcer på at introducere og følge op på vikarernes arbejde samt tage ansvar for de opgaver, de ikke kan løse. Medarbejdernes trivsel påvirkes af det arbejdspress, samarbejdet med vikarer, de ikke kender, lægger på dem, og ved utrygheden ved den kvalitet, de kan levere. Et forsøg på at imødekomme disse udfordringer er at rekvirere de samme eksterne vikarer. Endelig fremgår det, at eksterne vikarer er "en dyr og dårlig løsning", idet det også opleves at udfordre økonomien – særligt sammenholdt med de konsekvenser for kvalitet og trivsel, det kan have.

Endvidere peger analysen på muligheder for at begrænse vikarbrugen. Disse omhandler især mulighederne for at øge fleksibiliteten i arbejdsstyrken. Flere enheder i analysen har haft succes med at indføre et vikarstop. De peger på, at det kræver bedre og mere fleksibel planlægning. En forudsætning er, at det faste personale udviser en høj grad af fleksibilitet. Medarbejdernes fleksibilitet kan ifølge interviews understøttes af indflydelse på arbejdstid og -tilrettelæggelse, fælles ansvar for vagtplanlægningen samt honorering for ekstraarbejde (frem for afspadsering). En anden forudsætning er ansættelse af faste afløsere (timeløns- og månedslønsansatte tilknyttet den enkelte enhed). Oplevelsen er gennemgående, at brugen af faste afløsere understøtter kvalitet af plejen og trivslen blandt de fastansatte samt udgør en vigtig rekrutteringskanal for enhederne.

Endelig er der i interviewene et ønske om yderligere fleksibilitet i ansættelserne i hospitalssektoren og i ældreplejen (og for så vidt i sundhedsvæsenet som helhed) set i lyset af behovet for at uddanne, tiltrække og fastholde sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Perspektiverne er, at arbejdspladserne bør kunne tilbyde nye og mere fleksible ansættelsesformer, der i højere grad tager hensyn til den enkeltes ønsker og behov. Imidlertid er interviewpersonernes oplevelse, at lovgivningsmæssige og overenskomst-mæssige rammer udgør centrale barrierer herfor.

4 Oplevelser med at være ekstern vikar

Dette kapitel er rapportens delanalyse 3, som har til formål at belyse de eksterne vikarers oplevelser med ansættelsesformen. I modsætning til delanalyser 1 og 2 er denne del ikke afgrænset til udvalgte sektorområder. Kapitlet har fokus på:

- Fordele
- Ulemper
- Perspektiver.

Boks 4.1 beskriver kort den anvendte metode i delanalyse 3.

Boks 4.1 Data og metode

Delanalyse 3 er designet som en kvalitativ interviewundersøgelse.

- Der er gennemført korte telefoninterviews med i alt 17 vikarer.
- Vikarerne er rekrutteret via 6 (ud af 27 kontaktede) vikarbureauer med en fordeling på tværs af regioner – dog med en overvægt af vikarer i Region Syddanmark.
- Det var intentionen, men har ikke været muligt, at sikre en lige fordeling på faglig baggrund som hhv. studerende, social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent og sygeplejerske.

4.1 Præsentation af vikarer i analysen

Tabel 4.1 giver et overblik over interviewpersonernes karakteristika, herunder den variation der er opnået på udvalgte parametre (omend vi ikke kan sige, om dette er repræsentativt).

Tabel 4.1 Fordeling af interviewpersoner på udvalgte karakteristika

Karakteristika	Antal
Alder	
20-29	4
30-39	
40-49	3
>50	7
Faglig baggrund	
Social- og sundhedshjælper	7
Social- og sundhedsassistent	5
Sygeplejerske	2
Studerende	3
Sektor	
Kommune (ældrepleje, handicapområdet)	8
Region (somatik, psykiatri, handicapområdet)	5
Region og kommune	4
Beskæftigelse	
Hovedbeskæftigelse – fuldtid	8
Hovedbeskæftigelse – deltid	3
Bibeskæftigelse	6
År i nuværende vikarjob	
<1	4
1-5	9
5-10	1
>10	3
Antal primære arbejdspladser	
1	6
2-3	4
4-5	2
>5	4

Note: For en enkelt interviewperson oplyser interviewet ikke om antal arbejdspladser, og for 3 interviewpersoner oplyser interviewene ikke om alder.

Tabel 4.1 viser, at hovedparten af vikarerne i analysen er over 40 år. 3 er studerende, 2 er sygeplejersker, 5 er social- og sundhedsassistenter, mens 7 er social- og sundhedshjælpere. 8 vikarer arbejder primært på kommunale arbejdspladser (og størstedelen heraf er i den kommunale hjemmepleje), 5 i regioner (primært somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger), og 4 arbejder i begge sektorer. For 11 er vikarjobbet deres hovedbeskæftigelse, og heraf arbejder hovedparten fuldtid (og ofte også mere end 37 timer om ugen). For 6 er vikarjobbet en bibeskæftigelse enten til hovedbeskæftigelse som studerende eller som fastansat i region eller kommune. Størstedelen af vikarerne har flere års erfaring i deres nuværende vikarjob. Endelig viser Tabel 4.1, at 10 ud af 17 vikarer typisk tager vagter på færre end 3 forskellige arbejdspladser (her defineret som eksempelvis en kommune med flere hjemmeplejegrupper eller et hospital med flere afdelinger).

I det følgende fremgår vikarerne med faglig baggrund og med angivelse af den primære sektor, de har oplyst, at de typisk tager vagter i.

4.2 Fordele

Afsnittet beskriver de fordele, vikarerne oplever ved denne ansættelsesform, herunder også deres motivation for at vælge denne frem for fastansættelse på hospitaler og i ældreplejen.

Fordelene ved vikarjobbet er gennemgående frihed, fleksibilitet og selvbestemmelse i arbejdstilrettelæggelsen, højere løn, at levere kvalitet og bruge færre ressourcer ved at tage vagter på de samme, få arbejdspladser, at stå uden for arbejdspladserne, at kunne tilpasse opgaveløsningen til egne præferencer samt fortsat at kunne levere høj kvalitet i plejen.

4.2.1 Frihed, fleksibilitet og selvbestemmelse

Det er gennemgående for de interviewede vikarer, at motivationen ved at vælge vikarjobbet er et ønske om at opnå frihed og fleksibilitet i arbejdslivet, hvilket de ikke oplever, at fastansættelse i sundhedsvæsenet kan tilbyde. De centrale fordele ved vikarjobbet er, at det gør det muligt at skabe balance mellem arbejdsliv og privatliv. Det illustrerer citaterne her:

Jeg skal ikke snakke med en chef, jeg tager bare fri. Jeg har meget mere tid til familien og andre ting. Fritid og arbejdsliv er mere optimalt nu. (Sygeplejerske, region)

Jeg blev simpelthen så glad for mit fag igen. Før tænkte jeg 'jeg skal bare væk, det her er ikke noget for mig'. Men det viser sig, at det ikke er, fordi jeg ikke kan lide at være sosu-assistent, men jeg kan ikke holde ud at arbejde under de rigide rammer, man udsættes for.
(Social- og sundhedsassistent, kommune)

Som det fremgår af citaterne herover, er det vigtigt for vikarerne at kunne bestemme over deres arbejdsliv og tilrettelægge det efter deres ønsker og behov. Oplevelsen af autonomi, fx når det ikke er en leder eller planlægger, der tilrettelægger ens arbejdsliv, understøtter deres trivsel og arbejdsglæde, fortæller de. Det illustrerer eksemplet herunder, hvor en vikar fortæller om beslutningen på hendes tidligere arbejdsplads om at ændre på kadencen af weekendarbejdet, som førte til, at hun startede som ekstern vikar:

Jeg var glad for at være der, men det var det, der gjorde, at jeg blev vikar, for så var der ikke nogen, der skulle bestemme, hvornår jeg skulle arbejde, og hvornår min ferie skal ligge. (Social- og sundhedsassistent, kommune)

Interviewene peger altså på et gennemgående ønske om større frihed til at tilrettelægge ens arbejdstid. Dertil varierer de underliggende faktorer, som skaber dette ønske. Vikarerne med ægtefæller og børn ønsker at kunne tilrettelægge arbejdslivet ud fra familiens behov frem for arbejdspladsens behov. Herunder at kunne tage fri, når familien har fri, fx på helligdage og i ferieperioder. For andre handler det eksempelvis om at kunne tage hensyn til ægtefællers arbejdstider eller tage hensyn til udsving i kronisk sygdom, der begrænser arbejdsevnen i nogle perioder. Andre igen bruger vikarjobbet som en ekstra indtjening ved siden af anden hovedbeskæftigelse, og her er det også en fordel, at de fleksibelt kan vælge vikarvagter, når det passer ind.

Endvidere varierer vikarernes ønsker til arbejdstilrettelæggelsen. Flere af vikarerne i analysen arbejder (mere end) fuldtid. Nogle arbejder hverdag, weekend og ferier, mens andre lægger vægt på at have fri i weekenderne. Ligeledes ses eksempler på vikarer, der ønsker at arbejde i ét vagtlag, og andre, der trives med blandede vagter. Det gennemgående er, at vikarjobbet giver mulighed for, at den enkelte kan tilpasse det sin aktuelle livssituation og sine ønsker til arbejdstid og -tilrettelæggelse.

4.2.2 Højere løn

En anden motivation og fordel ved vikarjobbet er oplevelsen af, at det giver en højere løn. Højere løn fremstår både som et af incitamenterne til at skifte fra fastansættelsen samt som et væsentligt forhold i overvejelserne om ikke at ønske fastansættelse på området. Det illustrerer citatet her:

Det er lønnen – der er ikke nogen løn i hjemmeplejen, de knokler for ingen penge. Jeg synes ikke, jeg får nok i løn som vikar i forvejen. Så jeg ville føle mig til grin for den løn. Jeg ville føle mig dum. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Det er helt klart lønnen, du får så meget mere i timen som vikar, kontra hvis du tager en ekstra vagt på dit eget arbejde. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Som det fremgår af citaterne overfor, er løn generelt en motivationsfaktor, men i høj grad også for dem af vikarerne, der bruger vikarjobbet til at supplere fastansættelse. De fortæller, at det bedre kan svare sig økonomisk at have bibeskæftigelse som ekstern vikar end at tage ekstra vagter på arbejdspladsen.

For nogle, særligt hvis de står i en svær økonomisk situation, betyder lønnen mere end frihed og fleksibilitet. Flere vikarer begrundede vikarjobbet med svære økonomiske omstændigheder i privatlivet, fx på grund af skilsmisse eller husrenovering. Et eksempel er en vikar, som har hovedbeskæftigelse som akutsygeplejerske i én kommune og bibeskæftigelse som ekstern vikar i hjemmesygeplejen i en anden kommune. Hun fortæller, at hun egentlig ville foretrække at kunne tjene de ekstra penge, familien har brug for, ved at være ansat på fuldtid i akutsygeplejen, men at det ikke kan svare sig sammenlignet med den løn, hun får som ekstern vikar.

For andre af vikarerne er den højere løn en sekundær fordel, men også en forudsætning, idet den skal veje op for mere usikre ansættelsesvilkår (se afsnit 4.3). Som en af vikarerne bemærker, er den samlede løn, inkl. pension og manglende dækning ved sygdom, ikke meget højere end ved en fastansættelse. Her er motivationen for vikarjobbet således i højere grad friheden til at arbejde, når man har lyst.

4.2.3 Forskellige, men få arbejdspladser

Jobbet som ekstern vikar indebærer, at man kan arbejde på mange forskellige arbejdspladser. Nogle af vikarerne betragter netop dette som en fordel ved vikarjobbet, fordi de ikke trives med rutinepræget arbejde, at se de samme borgere og være en del af den samme arbejdsplads. I stedet trives de med forskellige arbejdsopgaver, herunder forskellige specialer, sektorer eller borgermålgrupper. Der er dog også flere, som egentlig foretrækker at være tilknyttet den samme arbejdsplads, rutiner, fællesskab og borgere/patientspecialer.

For begge 'vikartyper' er det en fordel, at de i høj grad oplever at have mulighed for at vælge vagter på de samme få arbejdspladser. Således opnår de forskellighed, men også kontinuitet i relationerne til arbejdspladserne. Fordelen ved at arbejde med noget forskelligt, som samtidig er kendt, viser citatet her:

Jeg har bare aldrig været god til at være det samme sted i længere tid. Det fungerer jeg bare bedst med, at jeg kan være lidt ude og se lidt nyt. Og mange gange er det de samme steder, man kommer hen, og det er rart, at man er lidt kendt af dem, man kommer ud til, og borgerne. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Vikarerne oplever, at denne kontinuitet har to primære fordele. Dels understøtter det vikarernes trivsel, fordi de bruger færre ressourcer på at tage en vagt på en arbejdsplads, de kender, frem for nye arbejdspladser. Dels understøtter det vikarernes oplevelse af at kunne levere høj kvalitet i opgaveløsningen, hvilket de betragter som en fordel for borgere/patienter.

En tredje grund til at vælge de samme arbejdspladser er dårlige oplevelser på andre. Flere vikarer giver eksempler på at blive taget dårligt imod ved vagtstart, fx at det faste personale ikke siger hej og hjælper dem i gang. Nogle vikarer fortæller om grimt og uvelkomment sprogbrug eller adfærd, der på anden vis får dem til at følge sig uvelkomne.

Kontinuitet efterstræber vikarerne ved at opbygge en relation til den ønskede arbejdsplads og have fokus på at gøre en god arbejdsindsats, så de enten kan melde sig på vagter herfra, når de udbydes, eller kan få tildelt vagter direkte fra arbejdspladserne. Begrænsningen for vikarerne ligger hovedsageligt i, hvis der ikke er nok vagter på de(n) ønskede arbejdsplads(er).

Konsekvensen af denne kontinuitet er, at vikarerne i en vis udstrækning, og i det omfang, det er muligt igennem kontinuerlige vagter, bliver en del af arbejdspladserne. Det illustrerer disse citater fra vikarer i hhv. kommune og region:

Vi arbejder næsten altid de samme steder. Der er ikke nogen, der ved, om jeg er vikar eller fastansat, der hvor jeg kører. Og mange af dem har jeg kendt i mange år. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Nu kender de mig jo, fordi jeg kommer så meget på afdelingerne og de ved, hvem jeg er. Det er jo ligesom, når du har et fast job – bare du ikke arbejder der. (Social- og sundhedshjælper, region)

Som citaterne også viser, betragter vikarerne kontinuiteten i arbejdsplads-vikar-relationerne som en fordel for såvel organisationerne, borgerne/patienterne som vikarerne selv. En vikar udtrykker det, som at grundfagligheden er den samme, men at man som vikar kan "*levere et andet produkt*", når der er kontinuitet i borgerrelationerne.

Interviewene peger altså på, at det optimale for vikarerne er kontinuitet i relationerne til de samme få arbejdspladser, samtidig med at de har fleksibilitet og frihed til at tilrettelægge deres arbejdsliv, hvilket vikarjobbet netop tilbyder.

4.2.4 Stå uden for arbejdspladserne

I forlængelse af ønsket om at arbejde på de samme få arbejdspladser betragter vikarerne det omvendt som en fordel ved jobbet, at de netop ikke er en del af arbejdspladserne. De fortæller, at det at stå uden for – og således ikke bruge ressourcer på – kulturer, fællesskaber, ledelse, udviklingsopgaver mv. på arbejdspladserne har positiv betydning for deres arbejdsglæde. Det viser følgende citat:

Men det er også, fordi at jeg føler mig ikke som vikar ... Man bruger ikke de samme ressourcer, man kører ikke træt i en arbejdsplads. Så når jeg har været et sted, så skal jeg måske et andet sted i morgen, og så har jeg fornyet energi, fordi det ikke er det samme og det samme og det samme, så det føles ikke trivielt, tungt og øv.

Interviewer: Den omvendte side er vel at skifte arbejdsplads meget – hvordan er det?

Det er okay, jeg tager jo ikke længere steder, hvor jeg ikke har været før. Jeg kommer de steder, hvor man kender mig, og så bruger jeg jo ikke de samme ressourcer. Så jeg ser det ikke som et problem. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Når vikarerne fortæller om den frihed og fleksibilitet, de oplever i vikarjobbet, så handler det således ikke kun om arbejdstilrettelæggelsen, men i høj grad også om at kunne holde afstand til arbejdspladskulturerne, som interviewudraget ovenover viser. En anden vikar beskriver det på følgende måde: "*Jeg kan bare sige farvel og tak, hvis der er for meget fnidder*". Flere vikarer har tilsvarende betragtninger og beskriver det, de oplever på sundhedsvæsenets arbejdspladser, med begreber som "*brokkekultur*", "*kvindefnidder*", "*dårlig stemning*" og "*forråelse*". De beskriver udfordringer med højt arbejdspress, tunge målgrupper, dårlig ledelse og dårligt arbejdsmiljø. Derfor er det en frihed for dem, at de kan undlade at involvere sig i det og glemme det igen, når de

kører hjem efter en vagt. Dette eksempel viser, hvordan det at stå uden for arbejdspladsen giver vikarerne mere overskud:

Når jeg kommer ud som vikar, så har jeg meget mere overskud i forhold til, at jeg ved, jeg skal hjem samme dag. Jeg tager ikke konflikter med hjem og alle de her bekymringer og frustrationer, der kan være i forhold til ledelse. Det holder jeg mig ude af. På den måde har jeg mere ro, når jeg kommer hjem. Jeg bruger ikke energi på at spekulere over arbejdspladsen. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Citatet herover viser, at vikarerne ikke skal bruge de samme ressourcer som fastansatte på at forholde sig til forhold på arbejdspladsen, der kan frustrere eller fylde, fordi de ikke er en del af det og ikke har noget ansvar som vikar.

For flere af vikarerne er fraværet af et kollegialt fællesskab ikke forbundet med afsavn. Enten fordi de ikke oplever, at fællesskaberne er fremmede for deres arbejdsglæde, eller fordi de netop ikke oplever at mangle kolleger, fordi de igennem kontinuitet har kendskab og relationer til det faste personale på de arbejdspladser, de tager vagter. Der ses altså et ønske om at stå udenfor, når man vil, men samtidig høre til, når man er der.

Vikarerne oplever samtidig, at kombinationen af at kende men stå uden for arbejdspladserne understøtter den kvalitet, de kan levere, fordi de kan fokusere deres ressourcer på opgaveløsningen frem for rammerne omkring denne.

4.2.5 Individuel tilgang til opgaveløsningen

En anden fordel ved vikarjobbet er, at den enkelte vikar kan tilpasse opgaveløsningen til egne præferencer. Således er der i analysen eksempler på vikarer, der trives med at fokusere på den konkrete opgaveløsning, og omvendt andre, der trives med at tage ansvar for borger-/patientforløbene. En af vikarerne peger selv på denne forskel:

På den anden side, så har jeg oplevet meget personale, der ikke har lyst til at arbejde og har en opfattelse af 'jeg er vikar, jeg kender ikke noget og kan ikke have ansvar'. Så de to sider er den helt store forskel, en, som har styr på det, og en anden, som bare vil have nemme penge og bare spiller på at være vikar og ikke ville have ansvar. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

For dem af vikarerne, der trives med at kunne fokusere på opgaven, er fordelene, at de ikke skal forholde sig til andre ting end borger-/patientrettede opga-

ver. En vikar beskriver, at nu kan hun "bare gøre, hvad jeg er bedst til". De oplever at kunne levere bedre pleje, fordi de bruger deres ressourcer på borgerne/patienter frem for arbejdsforhold eller frem for dokumentationsopgaver. En vikar oplever fx, at hun har mere tid til nærvær og omsorg for borgerne i ældreplejen, fordi hun ikke skal bruge tid på at dokumentere. På den måde oplever nogle vikarer faktisk, at de kan levere en bedre pleje, netop fordi de kommer som vikar. For andre handler det også om ikke at skulle tage ansvar for at iværksætte og følge op på indsatser, eksempelvis hvis man som vikar observerer nogle problematikker ved en borger, hvilket betyder, at de ikke 'tager arbejdet med hjem' på samme måde, som hvis de var ansvarlige for borgerforløbet.

Den frihed, vikarerne oplever ved jobbet, hænger altså også sammen med det kun at fokusere på opgaven og ikke være en del af processerne. Det illustrerer interviewuddraget her:

Interviewer: Hvad er det, du oplever at få ved at være vikar, som du ikke gjorde som fastansat?

Frihed.

Interviewer: I form af?

Jeg er hyret ind for at lave assistent-opgaver, ikke til at udfylde et skema om dit dut og dat eller forholde mig til nye politikker. Jeg skal ikke være med i alle de der udenomsting og forholde mig til den proces, hvor der er rådgiver og ledelse med indover. Jeg udfører de direkte opgaver, som knytter sig til borgerens liv. (Social- og sundhedsassistent, kommune)

I modsætning hertil oplever andre vikarer, at de indgår på lige fod med de fastansatte, løser de samme opgaver (herunder også dokumentation) og også kan udfylde ansvarshavende funktioner. De lægger vægt på at have meget erfaring, som gør, at de kan tage ansvar for at iværksætte og koordinere indsatser i borger-/patientforløbene.

Disse forskelle illustrerer netop, at vikarjobbet indebærer mulighed for individuel tilgang til opgaveløsningen.

4.2.6 Kvalitet i plejen

Vikarerne i analysen oplever at kunne levere en opgaveløsning af høj kvalitet uagtet den valgte tilgang til opgaveløsningen. Det skyldes, at vikarerne kan fokusere på de borger-/patientrettede opgaver, samt at de kan tage ansvar i

forløbene – når der er kontinuitet og kendskab i relationen til arbejdspladserne og dermed til det faste personale og borgere/patienter.

Endvidere er der i interviewene eksempler på, at den afstand, vikarerne har til arbejdspladserne, herunder særligt hjemmeplejen, betyder, at de har nemmere ved at bevare en professionel distance til borgerne og de hjem, de kommer i. Det betragtes eksempelvis som en fordel i de tilfælde, hvor der skal træffes svære beslutninger i et hjem.

Et tilsvarende perspektiv er, at vikarerne kan skabe kvalitet ved at observere eller undre sig over forhold hos borgerne, som det faste personale måske bliver blinde for over tid. I forlængelse heraf fortæller flere vikarer, at de tager ansvar ved at reflektere, sparre og koordinere forløb. Altså er der eksempler på vikarer, som tager ansvar for de forløb, de er involveret i. Her er det en central fordel at have kendskab og gode relationer til medarbejderne på arbejdspladsen samt at have stor erfaring at trække på.

Derudover er betragtningen blandt vikarerne, at vikarjobbet i sig selv giver motivation til at levere en højere kvalitet i opgaveløsningen. Det handler ud over det faglige behov for at gøre en god indsats også om nødvendigheden af at sikre sig selv løn og dermed vagter. Det betyder, at vikarerne skal gøre sig selv eftertragede, så der er efterspørgsel på dem, som illustreret her:

Jeg føler, at når jeg kommer som vikar, så skal jeg arbejde lidt bedre – altså de skal ikke have en følelse af, at 'hun gider ikke lave noget, for hun er her ikke i morgen'. Jeg prøver at gøre det 110 procent, når jeg er der. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Jeg synes, kvaliteten af mit arbejde er højere, end det var dengang, fordi jeg skal kunne tænke selv. Du skal være dygtig og kunne dine ting, ellers bliver du sorteret fra, fordi der er så mange dygtige vikarer. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Som citaterne viser, oplever vikarerne til dels, at de kan tilpasse jobbet til deres faglige og personlige præferencer, samtidig med, at de har en indstilling om at gøre arbejdet bedst muligt for at sikre sig selv et forsørgelsesgrundlag.

4.3 Ulemper

Dette afsnit beskriver de ulemper, interviewpersonerne oplever, vikarjobbet har. Vikarerne italesætter flere ulemper, men disse fremstår mere fragmenterede, mindre gennemgående og fylder mindre i interviewene end fordelene

Derfor synes fordelene at veje op for ulemperne. De ulemper, der nævnes i interviewene, handler om usikre løn- og arbejdsvilkår, om ikke at kunne følge borger-/patientforløbene samt at stå uden for arbejdspladserne.

4.3.1 Usikre løn- og arbejdsvilkår

Hovedparten af de eksterne vikarer i analysen nævner højere løn som en væsentlig fordel ved denne ansættelsesform (som beskrevet i afsnit 4.2), men der er samtidig en gennemgående erkendelse af, at den højere løn opnås på bekostning af mere usikre arbejdsvilkår. Altså udgør lønforhold omvendt også en ulempe ved vikarjobbet.

Eksempelvis går manglende dækning ved længerevarende sygdom igen som en kilde til bekymring. Det samme gælder arbejdsvilkårene i form af, at der aldrig er garanti for arbejde – og dermed for en indtægt. Det varierer, hvorvidt de eksterne vikarer i analysen trives med usikkerhed og ustabilitet i arbejdslivet. Hvor nogle af vikarerne synes, det er spændende ikke at have planlagt deres arbejdsliv, så foretrækker flere egentlig en vis forudsigelighed og stabilitet i arbejdslivet i form af, at de ved, hvornår og hvor meget de skal arbejde en eller flere måneder frem, således at de kender deres lønindtægter. Løn-usikkerhed er altså en kilde til bekymring for nogle af vikarerne – og primært for dem, der har vikarjobbet som hovedbeskæftigelse. De forskellige oplevelser med usikre løn- og arbejdsvilkår illustrerer citaterne her:

Jeg gider ikke vide, hvornår jeg skal arbejde i sommerferien. Jeg synes, det er så fedt, at jeg kan planlægge at holde sommerferie en dag før. (Social- og sundhedsassistent, kommune)

Altså det er ikke så galt, hvis jeg kan se min kalender er fuld en uge frem, så slapper jeg af, men hvis jeg ikke har vagt i morgen og ikke ved, hvor jeg skal hen, så kan jeg mærke uroen, og den vil jeg gerne af med. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Vikarerne fortæller også, at der som følge af denne usikkerhed er et vist pres for kontinuerligt at være opdateret på udbud af vagter for at sikre sig selv vagter. Eksempelvis fortæller en vikar, at det kan være svært at sikre sig selv vagter, fordi arbejdspladserne (som beskrevet) vælger de vikarer, de kender.

Ud over at der ikke er garanti for udbuddet af vagter, er der altså heller ikke garanti for at blive tildelt vagter. Endvidere er der risiko for at arbejdspladserne aflyser vagterne med kort varsel. Flere vikarer har oplevet dette, og det er en yderligere kilde til lønusikkerhed ved vikarjobbet, som illustreret her:

Når vi nærmer os afbooker [arbejdspladserne], men så er der ikke flere vagter, fordi andre har booket [de vagter], som var ledige. Så står man og mangler vagter, og de penge, man har regnet med, får man ikke. (Sygeplejerske, kommune)

Andre vikarer – i modsætning til oplevelsen i citatet ovenfor – oplever ikke aflysning som en stor udfordring, fordi der er et stort udbud af vagter, og fordi *"det er chancen i branchen"*, som en social- og sundhedsassistent bemærker. Dette illustrerer igen vikarernes forskellige perspektiver på de løn- og arbejds-vilkår, vikarjobbet kommer med.

Et andet forhold, som giver usikkerhed i vikarjobbet, er, at aftalerne mellem region/kommune og vikarbureauer skal i udbud, hvilket kan ændre på vikarernes arbejdsforhold, ligesom der er risiko for konkurs. For vikarerne, der samtidig typisk har et ønske om at bevare en relation til arbejdspladserne, vil det betyde, at de enten skal skifte til et nyt bureau for at bevare tilhørsforholdet til arbejdspladsen, eller at de skal lære nye arbejdspladser at kende.

4.3.2 Manglende opfølgning på forløbene

En anden ulempe, som nogle af de interviewede vikarer oplever, er manglende mulighed for at følge borger-/patientforløbene, herunder at følge op på de indsatser, de iværksætter på en vagt. I modsætning til beskrivelserne i afsnit 4.2.5, så oplever nogle vikarer, at de ikke har mulighed for at *"følge forløbene til dørs"*, som det bliver udtrykt. De oplever, at vikarjobbet betyder mindre mulighed for at tage ansvar i forløbene og for få sin faglighed og kompetencer tilstrækkeligt i spil. Det viser citatet herunder:

Interviewer: Er der nogle ulemper ved at være vikar?

Ja, hvis du vil følge op på noget. Altså bliver der gjort noget ved det, man har sagt. Det kan man jo kun følge op på, hvis man så kommer igen. Altså blev der så gjort noget ved fru Jensen, og fik I gjort og søgt det, jeg bad om? Det må man så være bedre til at spørge ind til. Det er en stor ulempe, hvis man rammer noget, man gerne vil gøre færdigt. (Social- og sundhedshjælper, kommune)

Som det fremgår af citatet herover følger manglende opfølgning i høj grad af manglende kontinuitet. Hvis man som vikar ikke har vagter kontinuerligt det samme sted, betyder det endvidere, at arbejdspladsen tildeler en mindre ansvar, og at man bliver *"betragtet som en vikar"*, hvilket altså også udgør en ulempe, jf. citatet nedenfor:

Det har sine fordele og ulemper at være vikar. (...) Man har ikke noget tilhørssted, men som vikar, så får man heller ikke det fulde ansvar (...) så bliver jeg betragtet som vikar og ikke mere end det.
(Sygeplejerske, kommune)

At kunne lave mere end at løse konkrete opgaver – tage ansvar, følge forløb mv. – er samtidig noget af det, nogle af vikarerne savner fra tidligere fastansættelser. En af vikarerne sammenligner det at være del af et tværfagligt team, der "hjælp patienten hele vejen rundt" med at være vikar:

Det var lækkert at kunne påvirke og indbringe sin faglighed på en anden måde. Det kan man ikke som vikar, det er mere som brand-slukker. Men hvis man kommer mange gange det samme sted, kan man nærme sig det lidt, fordi man kender hinanden. (Sygeplejerske, region)

Citatet herover understreger igen, at muligheden for at bringe sin faglighed i spil i borger-/patientforløbene som vikar varierer med kontinuiteten i relationen til arbejdspladserne.

4.3.3 At stå uden for arbejdspladserne

Mens afsnit 4.2 beskrev det at stå uden for arbejdspladserne som en fordel, så er der også vikarer i analysen, som betragter det som en væsentlig ulempe ved vikarjobbet. Det handler dels om det faglige fællesskab i form af fravær af sparring og kompetenceudvikling. Dels handler det om det kollegiale fællesskab i form af ikke at have faste kolleger. Det viser citaterne herunder, hvor både det faglige og kollegiale fællesskab fremgår:

Ja, det [kolleger og sparring] kan jeg godt savne. Det er specielt den faglige sparring, der hvor man kan udvikle sig. Men så er det der, jeg kommer de samme steder, og så lærer du jo folk at kende, og så får du den alligevel. (Social- og sundhedsassistent, kommune)

Det er den største ulempe, du har ikke et fast kollegialt fællesskab, fordi du hele tiden er et nyt sted med nye mennesker. (Studerende, region og kommune)

Nogle af vikarerne betragter fraværet af faglig udvikling som en barriere for altid at få sin faglighed helt i spil. Vikarerne får eksempelvis ikke kollegial sparring og formaliserede kurser, fx inden for dokumentationssystemerne, som ar-

bejdspladserne anvender, eller inden for specifikke plejeindsatser, og de deltagere typisk ikke i personalemøder på arbejdspladserne. Det viser følgende citat:

Ulempen er også, at vi kommer ikke på kurser, som de [fastansatte] gør, og vi er ikke med til personalemøder, men det består mit job jo heller ikke i, når jeg kommer der. Mit job består jo i at udføre den arbejdsopgave. (Social- og sundhedshjælper, region)

I citatet her bliver fraværet af faglig udvikling altså betragtet som en ulempe, men samtidig ikke som en barriere for at løse sin opgave og udfylde sin funktion som vikar. Manglende udfordringer i jobbet og fraværet af kompetenceudvikling og faglig sparring kan dog potentielt have betydning for vikarernes faglige udvikling.

Igen fremgår det, at kontinuitet ved at vælge vagter på de samme få arbejdspladser imødekommer ulempen ved at stå uden for arbejdspladserne. Kendskab og relationer med det faste personale understøtter faglig sparring og at opleve at have et tilhørsforhold.

4.4 Perspektiver

Interviewene har også afdækket vikarernes perspektiver på andre ansættelsesformer – i form af fastansættelse eller vikarjob i interne bureauer i kommuner/regioner. Vikarerne har forskellige perspektiver på dette. Størstedelen ønsker at bevare vikarjobbet og kan ikke se sig selv i andre ansættelsesformer, medmindre der bliver ændret betydeligt på arbejdsvilkårene, og hvis arbejdspladserne kunne tilbyde den fleksibilitet, de efterspørger i arbejdstilrettelæggelsen. Løn og arbejdsvilkår er de primære drivere for at fravælge ansættelse i sundhedsvæsenet.

4.4.1 Perspektiver på at være intern vikar

De interviewede vikarer har ikke den store interesse for at være intern vikar enten som fast afløser tilknyttet en enhed eller i et internt bureau i kommune/region. Det bunder især om en forventning om, at det ikke vil indebære samme løn som ansættelse i et eksternt vikarbureau. Flere af vikarerne fortæller således, at de er blevet tilbudt job som fast afløser på de arbejdspladser, de kommer på. Det er de ikke interesserede i, fordi det indebærer samme vagtussikkerhed, men til en dårligere løn.

Enkelte af vikarerne i analysen har aktuelt eller tidligere været ansat som afløser eller intern vikar. Vikaren i citatet herunder er eksempelvis fast afløser på en tidligere arbejdsplads for at bevare en relation til stedet, men samtidig opnå den frihed og løn, vikarjobbet tilbyder. Det fortæller han her:

Interviewer: Hvordan kan det være, du vælger både at være ekstern og intern?

Intern – det er fordi, jeg kan godt lide dem, det er dejlige kollegaer. (...) Og ekstern, det er fordi, man er mere fri, og man får også flere penge (...). (Sygeplejerske, region)

En anden vikar har en kronisk sygdom, der giver udsving i hendes arbejdsevne, hvorfor hun har brug for en fleksibel ansættelse, der tager hensyn til hendes helbred. Hun har talt med tidligere arbejdsgivere om at arbejde som vikar eller om at have en mere fleksibel normperiode, men det kunne ikke imødekommes, hvorfor hun valgte at blive ekstern vikar.

4.4.2 Perspektiver på at være fastansat

Vikarerne har forskellige perspektiver på at søge fastansættelse i sundhedsvæsenet eller på at overgå til en fuldtidsansættelse (for dem, der har vikarjobbet som bibeskæftigelse). Hovedparten peger på, at det vil kræve andre arbejdsvilkår. Det handler i høj grad om oplevelser af højt arbejdspress, dårligt arbejdsmiljø, løn, manglende indflydelse og selvbestemmelse samt dårlig ledelse.

Når vi spørger til, hvad vikarerne hypotetisk set ville gøre, hvis vikarbureauerne lukkede, giver de forskellige svar. Nogle svarer, at de helt vil forlade faget, fordi de ikke kan arbejde under de rammer, der er for arbejdet på hospitaler og i ældreplejen. Andre svarer, at de nok vil søge fastansættelse, men at de vil forsøge at finde et sted, hvor de kan få tilbudt det, de søger, fx ledelsesmæssigt eller fagligt. I den forbindelse fortæller flere af vikarerne, at de aktuelt oplever nedgang i udbuddet af vagter, og at de ikke arbejder så mange timer, som de gerne vil. Nogle går derfor med overvejelser om at søge fastansættelse eller har allerede gjort det. Andre – som fx har arbejdet som vikar i mange år – er ikke bekymrede, enten fordi de har gode relationer til mange arbejdspladser, eller fordi de har erfaring med udsvingene.

Vikarerne fortæller videre, at det i høj grad er dårligt arbejdsmiljø og kontinuerligt højt arbejdstempo, som driver folk til at være i bureauerne. At folk bliver hurtigt nedslidte og ikke fysisk og psykisk kan holde til at arbejde et helt arbejdsliv som fastansat på hospitaler eller i ældreplejen. Det oplever de der-

imod godt kan lade sig gøre som vikar. Og dermed bidrager de private bureauer ifølge vikarerne til, at flere kan være en del af og bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet, fordi denne ansættelsesform tager hensyn til den enkeltes ønsker og behov.

4.5 Opsamling

Analysen af de eksterne vikarers perspektiv viser først og fremmest, at der er stor variation i datamaterialet, som illustrerer, at der er tale om en heterogen gruppe (også selvom hovedparten af interviewpersonerne er social- og sundhedsmedarbejdere), der har forskellige årsager til og måder at være ekstern vikar på. Endvidere varierer det, om vikarjobbet er en levevej eller en midlertidig løsning. Altså er det et job, som den enkelte kan tilpasse egne præferencer frem for at skulle tilpasse sig sundhedsvæsenets arbejdspladser. Der er dog også oplevelser og perspektiver, som går igen. Tabel 4.2 herunder opsummerer vi vikarernes oplevelser af fordele og ulemper ved ansættelsesformen:

Tabel 4.2 De eksterne vikarers oplevelser af fordele og ulemper ved vikarjobbet

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frihed, fleksibilitet og selvbestemmelse ▪ Højere løn ▪ Forskellige men få arbejdspladser ▪ At stå uden for arbejdspladserne ▪ Individuel tilgang til opgaveløsningen ▪ Kvalitet i plejen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usikre løn- og arbejdsvilkår ▪ Manglende opfølgning på borger-/patientforløb ▪ At stå uden for arbejdspladserne

De eksterne vikarer i analysen er motiverede af den frihed, fleksibilitet og selvbestemmelse, vikarjobbet tilbyder, og som betyder, at de kan tilrettelægge deres arbejdsliv i overensstemmelse med deres livssituation og præferencer. For vikarerne indebærer oplevelsen af frihed også det at kunne stå uden for arbejdspladserne i form af ikke at være en del af kulturen og ikke at tage ansvar i forløbene. Det at stå uden for arbejdspladsen har positiv betydning for vikarernes trivsel og arbejdsglæde og medvirker også til, at vikarerne kan bruge deres ressourcer på at fokusere på de borger-/patientrettede opgaver.

Samtidig med at det opleves som en fordel at stå uden for arbejdspladserne, viser analysen, at vikarerne bestræber sig på at tage vagter på de samme få

arbejdspladser. Denne kontinuitet betyder, at de bruger færre ressourcer på at indgå i arbejdet, samt at de kan levere højere kvalitet i opgaveløsningen. Flere vikarer oplever således at indgå som fast personale, samtidig med at de opnår fordelene ved at være ansat som ekstern vikar.

En anden gennemgående fordel ifølge interviewene er, at vikarjobbet tilbyder højere løn. Dette til trods for, at vikarjobbet også medfører usikre løn- og arbejdsvilkår, hvilket den højere løn skal veje op for, men som italesættes som en central ulempe i interviewene.

Andre ulemper vedrører, at det at stå uden for arbejdspladserne også indebærer dårligere muligheder for at følge op på forløbene og dårligere muligheder for faglig udvikling via sparring og kompetenceudviklingsaktiviteter. De beskrevne ulemper fremstår imidlertid mere fragmenterede og mindre væsentlige for vikarerne end de oplevede fordele, der på den baggrund synes at veje op for ulemperne.

Disse forhold betyder tilsammen, at størstedelen af interviewpersonerne i analysen foretrækker at være ekstern vikar frem for afløser, intern vikar eller fastansat, samt at overvejelser herom vil kræve bedre arbejdsvilkår i form af bedre løn, lavere arbejdspress samt mere fleksible ansættelsesformer.

5 Perspektiverende konklusion

Dette kapitel samler op på resultaterne af den samlede undersøgelse om brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet. Undersøgelsen bestod af tre delanalyser med fokus på hhv. udviklingen i vikarudgifter på ældreområdet, erfaringer med brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet samt de eksterne vikarers oplevelser med vikarjobbet.

Undersøgelsen viser, at udgifterne til eksterne vikarer på ældreområdet er steget med knap 50 % i årene fra 2018 til 2022, hvilket svarer til en stigning fra cirka 1,5 mio. kr. til 2,2 mia. kr. i vikarudgifter i de 90 kommuner, der har oplyst om deres vikarudgifter. Vikarudgifternes andel af de samlede personaleudgifter er større i hjemmeplejen end i sygeplejen og på plejehjem. Vikarudgiftsandelen er størst i kommunerne øst for Storebælt, hvilket blandt andet hænger sammen med forskelle i rekrutteringsudfordringer på tværs af landet.

Der er flere ligheder end forskelle i ledere og medarbejders oplevelser på tværs af hospitals- og ældreområdet, hvor analysen har fokus på hhv. sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Interviewene på både hospitaler og på ældreområdet (plejehjem og hjemmepleje) viser, at personalemangel er en central driver bag vikarforbruget. Udfordringer med fastholdelse, rekruttering og højt sygefravær udfordrer enhedernes mulighed for at være selvdykkende i form af at kunne håndtere varierende arbejdsmængde og ubesatte vagter via det faste personale og faste afløsere (time- og månedslønsansatte). Herudover udgør planlægningskulturen og -kompetencerne i den enkelte enhed en yderligere årsag til brugen af eksterne vikarer, da det har betydning for, hvorvidt enheden lykkes med at dække vagter via det faste personale (og faste afløsere) eller i stedet må rekvirere eksterne vikarer. Endelig fremgår et hensyn om at aflaste det faste personale i perioder med høj arbejdsbelastning som en direkte årsag til brugen af eksterne vikarer.

Der er et gennemgående ønske blandt interviewpersonerne om at begrænse vikarforbruget. Det skyldes en gennemgående oplevelse af, at brugen af eksterne vikarer har konsekvenser for kvaliteten af plejen, for det faste personales trivsel og til dels også for økonomien. Ekstern vikardækning beskrives som "en dyr og dårlig løsning" i interviewene. De enheder i analysen, som lykkes med et lavt forbrug af vikarer, peger på fleksibel vagt- og arbejdsplanlægning som et centralt indsatsområde. Forudsætninger herfor er, at enheden har fast tilknyttede afløsere, samt at det faste personale har overskud til og er motiverede for at udvise fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen.

De enheder i analysen, der anvender eksterne vikarer, fortæller, at de bestræber sig på at rekvirere de samme eksterne vikarer. Kontinuitet og kendskab

betyder nemlig, at vikarerne kan levere en bedre kvalitet i plejen, samt at det faste personale belastes mindre af samarbejdet, fordi de kender vikarernes kompetencer, og fordi de skal bruge færre ressourcer på at introducere og følge op på arbejdet. De eksterne vikarer i analysen har tilsvarende betragtninger. De fortæller, at de bestræber sig på at tage vagter på de samme, få arbejdspladser. Dels af hensyn til de ressourcer, det kræver at lære en ny arbejdsplads at kende, dels af hensyn til den kvalitet, de oplever at kunne levere. Som en vikar siger: "*Det er win-win for alle*". Det betyder dog også bare, at der er tale om eksterne vikarer, som i et vist omfang indgår som fast personale på arbejdspladserne, men som er ansat på andre vilkår end fastansatte. Flere vikarer fortæller også, at de netop betragter det at stå uden for arbejdspladserne som en fordel ved vikarjobbet. Det understøtter deres arbejdsglæde ikke at være en del af arbejdsmiljø og kultur samt ikke at have ansvar for borger-/patientforløbene og for forhold på arbejdspladsen.

Samtidig vælger et stigende antal medarbejdere jobbet som ekstern vikar (Beskæftigelsesministeriet et al., 2023). Denne analyse peger på, at den væsentligste årsag hertil er, at vikarjobbet tilbyder højere løn, fleksibilitet, frihed og selvbestemmelse over arbejdstilrettelæggelsen. Det oplever de interviewede vikarer ikke, at fastansættelse på hospitaler eller i ældreplejen kan tilbyde, og de forbinder tidligere arbejdspladser med højt arbejdspress, dårligt arbejdsmiljø, dårlig løn, manglende indflydelse samt dårlig ledelse.

I tråd hermed peger flere ledere og medarbejdere på hospitals- og ældreområdet på, at der i lyset af de aktuelle og fremtidige arbejdskraftsudfordringer er brug for nye, mere fleksible og individuelt tilrettelagte ansættelser. Perspektiverne er, at det er nødvendigt, hvis hospitalsvæsen og ældreplejen (og for så vidt også øvrige dele af sundhedsvæsenet) skal lykkes med at tiltrække og fastholde sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Flere interviewpersoner oplever imidlertid, at lovgivnings- og overenskomstmæssige rammer udgør centrale barrierer for at tilbyde de efterspurgte ansættelser.

Interne vikarbureauer i regioner/kommuner rummer muligheden for at assimilere ansættelsesformen som ekstern vikar, og dermed rekruttere nogle medarbejdere, og muligheden for at enhederne kan rekvirere 'kendte' vikarer. Analysen kan dog ikke pege entydigt på, om interne vikarbureauer udgør et reelt alternativ til de eksterne bureauer. Erfaringerne fra hospitaler og kommuner i analysen er, at brugen af interne vikarer understøtter kvalitet igennem kontinuitet og kendskab. Omvendt er der udfordringer med at tiltrække uddannede sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere, idet de interne vikarbureauer ifølge interviewpersonerne ikke kan tilbyde samme lønninger som de private vikarbureauer.



DEL 2

Dokumentation

6 Metode

6.1 Kortlægning af kommunernes udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet

Udgifterne til eksterne vikarer er kortlagt via en spørgeskemaundersøgelse i kommunerne i januar, februar og marts 2023.

Brugen af spørgeskemaundersøgelse skyldes, at det ikke ud fra kontoplanerne i det kommunale budget- og regnskabssystem er muligt at adskille udgifterne til eksterne vikarer fra de øvrige driftsudgifter i kommunerne. Langt de fleste kommuner har imidlertid mulighed for at udtrække data om udgifter til eksterne vikarer fra deres lokale økonomisystemer.

Spørgeskemaerne er sendt til kommunernes ældrechefer, som så efter behov har kunnet videreformidle til de relevante økonomikonsulenter mv.

I spørgeskemaet er spurgt til udgifter til eksterne vikarer på ældreområdet i kommunerne fra 2018 til 2022.

Ældreområdet er afgrænset ved hovedfunktion 5.30 (Tilbud til ældre) i den kommunale kontoplan. Hovedparten af udgifterne på denne hovedfunktion vedrører hjemmepleje og sygepleje samt plejecentre, plejehjem og andre plejeboliger for ældre. Mere specifikt omfatter hovedfunktion 5.30 følgende seks udgiftsfunktioner/konti:

- 5.30.26 Personlig og praktisk hjælp og madservice (hjemmehjælp) til ældre omfattet af frit valg af leverandør (servicelovens § 83, jf. § 91 samt § 94) samt rehabiliteringsforløb (§ 83 a).
- 5.30.27 Pleje og omsorg mv. af primært ældre undtaget frit valg af leverandør (servicelovens § 83, jf. § 93, § 83 a og § 85 samt friplejeboliglovens § 32).
- 5.30.28 Hjemmesygepleje.
- 5.30.29 Forebyggende indsats samt aflastningstilbud målrettet mod primært ældre.
- 5.30.31 Hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring til ældre (servicelovens § 112, 113, 116 og 117).

- 5.30.36 Plejevederlag og hjælp til sygeartikler o.l. ved pasning af døende i eget hjem.

Spørgeskemaet indeholdt tre hovedgrupper af spørgsmål:

- De samlede udgifter til eksterne vikarer i året og – om muligt – disses fordeling på kvartaler.
- Vikarudgifternes fordeling på hjemmepleje-, sygepleje- og plejeboligområdet (plejecentre, plejehjem og andre plejeboliger for ældre).
- Bruttolønudgifter til eget personale på ældreområdet og disses fordeling på hjemmepleje-, sygepleje- og plejeboligområdet.

I alt har 90 kommuner besvaret spørgeskemaet. Ældrebeholdningen i de 90 kommuner udgør i alt 92 procent af det samlede antal 67+ årige i Danmark i 2022.

Enkelte kommuner har på grund af ændringer i deres økonomisystemer ikke haft mulighed for opgøre udgifterne i alle årene, mens enkelte andre kommuner alene har kunnet opgøre de samlede udgifter til eksterne vikarer i året, men ikke har haft mulighed for at fordele udgifterne på kvartaler og/eller på hjemmepleje-, sygepleje- og plejeboligområdet. Endelig har en af de kommuner, der indberettede tidligt i processen, ikke haft mulighed for at opgøre udgifterne for fjerde kvartal 2022, hvorfor 2022-udgifterne for denne kommune alene dækker de tre første kvartaler af 2022. For at skabe sammenlignelighed i opgørelsen af de *samlede udgifter* til eksterne vikarer har VIVE for kommuner med manglende data foretaget et imputeret skøn for størrelsen af de manglende udgifter:

- Fire kommuner har ikke indrapporteret tal for 2018, og en enkelt har derudover ikke indrapporteret tal for 2019. For at gøre de samlede udgiftstal sammenlignelige på tværs af alle år, er udgiftstallene for de samlede udgifter i 2018 og 2019 i disse fem tilfælde blevet imputeret. Imputeringen er baseret på en antagelse om, at udgifterne i 2018 og 2019 var de samme som i det efterfølgende år (i faste priser).
- En kommune har ikke indrapporteret udgifter for fjerde kvartal 2022, hvorfor 2022-udgifterne for denne kommune alene dækker de tre første kvartaler af 2022. VIVE har forsøgt at imødekomme dette ved at imputere data for fjerde kvartal 2022 for denne kommune. Imputeringen af fjerde kvartal er foretaget i to trin. Først blev fjerde kvartals andel af årets tre øvrige kvartaler for de fire tidligere år udregnet for kommunen. Dernæst blev denne andel ganget med kommunes udgifter for de tre første kvartaler i 2022.

Der er ikke foretaget imputering af udgifterne til de tre undergrupper af vikarudgifter (hjemmepleje, sygepleje og plejehjem mv.), da der for undergrupperne kan knytte sig lidt større usikkerhed til at imputere udgifter for enkeltkommuner. I analysen af vikarudgifternes fordeling på de tre delområder er der således fokus på fordelingen af de af udgiftsdata, som de enkelte kommuner har indberettet for de enkelte år. For opgørelsen af udgifternes fordeling på hjemmepleje, sygepleje og plejehjem mv. gør følgende opmærksomhedspunkter gældende.

- To kommuner har ikke indberettet oplysninger om vikarudgifternes fordeling på de tre undergrupper.
- Fire kommuner har ikke på baggrund af regnskabsdata kunnet fordele deres udgifter til eksterne vikarer på hjemmepleje, sygepleje og plejehjem. Dette har særligt været en udfordring hvad angår udgifter til sygepleje. I tilfælde hvor udgifterne til sygepleje ikke kan opgøres, er de typisk indeholdt i udgifterne til hjemmepleje og/eller til plejehjem.
- Fire kommuner angiver, at de opgivne tal helt eller delvist baserer sig på skøn. Tallene i disse kommuner rummer derfor en vis usikkerhed.
- Nogle kommuner har aktiviteter, som de ikke indregner under de tre grupperinger. Det drejer sig fx om rehabiliteringscentre. Derfor svarer summen af de tre grupperinger ikke altid til den samlede årssum.

Ved omregningen til faste priser (2022-priser) er benyttet den af KL opgjorte pris- og lønudvikling for kommunale serviceudgifter. For det seneste år drejer det sig om skønnet for pris- og lønudviklingen 2021-2022 i marts 2023 (KL, 2023).

Det skal understreges, at analysen alene dækker kommunernes udgifter til *eksterne* vikarer. Udgifter til *interne* vikarer indgår ikke i analysen. Derudover kan nævnes, at udgifter til eksterne vikarer hos *private leverandører* ikke indgår. Dette kan have betydning for sammenligninger af de kommunale udgifter til eksterne vikarer på tværs af kommuner. For det første, fordi nogle kommuner i højere grad end andre kommuner bruger interne vikarer frem for eksterne vikarer. For det andet, fordi der kan være forskelle mellem kommuner på, hvor stor vægt private leverandører har i leveringen af service på såvel hjemmepleje som plejeboligområdet – hvilket så kan have afledt betydning for, hvor store *kommunernes* udgifter til eksterne vikarer er.

6.2 Kvalitativt casestudie af brugen af eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet

Delanalyse 2 består af kvalitative casestudier på hhv. hospitalsområdet og i ældreplejen, der skal undersøge årsager til og konsekvenser af brugen af eksterne vikarer. På hospitalsområdet er fokus på sygeplejersker, mens der i ældreplejen er fokus på social- og sundhedsmedarbejdere. Alle organisationer og informanter er anonyme.

Caseudvælgelse

På hospitalsområdet indgår to cases, som er udvalgt i samarbejde med Danske Regioner, ud fra et kriterie om at sikre variation på forbruget af eksterne vikarer. En case er en akutafdeling med et lavt forbrug af eksterne vikarer, mens en anden case er en medicinsk afdeling med et (højt) forbrug af eksterne vikarer. De to afdelinger er fra to forskellige hospitaler i to forskellige regioner. Det var hensigten at rekruttere to afdelinger inden for samme speciale, hvilket ikke var muligt.

I ældreplejen indgår seks cases i form af seks casekommuner, som er udvalgt på baggrund af første deskriptive surveydata fra delanalyse 1 ud fra kriteriet om ekstreme cases med variation på forbrug af eksterne vikarer. Tre kommuner er cases på et højt forbrug af eksterne vikarer, mens tre kommuner er cases på et lavt forbrug af eksterne vikarer. Det var hensigten at rekruttere fire kommuner med en hjemmeplejeenhed og en plejehjemsenhed i hver, hvilket ikke har været muligt af ressourcemæssige hensyn i den enkelte kommune og særligt svært på hjemmeplejedelen. Derfor indgår seks kommuner med enten en eller to enheder i hver. Caseudvælgelsen fremgår af Tabel 6.1.

Tabel 6.1 Caseudvælgelse på hospitals- og ældreområdet

Hospitalsområdet	Hospital A	Hospital B
Case	Akutafdeling med lavt forbrug	Medicinsk afdeling med (højt) forbrug
Ældreområdet	Plejehjem	Hjemmepleje
Case på lavt forbrug		
Kommune 1	x	x
Kommune 2	x	
Kommune 3	x	x

Hospitalsområdet	Hospital A	Hospital B
Case på højt forbrug		
Kommune 4	x	
Kommune 5		x
Kommune 6		x
I alt	4	4

Der er ikke skelet til andre casekriterier i udvælgelsen af kommuner. Derfor er der ikke variation på eksempelvis størrelse, befolkningsgrundlag eller geografi. En casekommune er en stor kommune, en er en lille kommune, mens de fire øvrige er mellemstore. De tre kommuner med højt forbrug er i Region Sjælland eller Hovedstaden, mens de tre kommuner med lavt forbrug er i Region Midtjylland og Region Syddanmark.

Dataindsamling

Der er gennemført casebesøg i hver caseenhed i marts og april 2023. Casebesøgene er primært udført fysisk i den enkelte kommune, mens nogle af interviewene er gennemført virtuelt af praktiske årsager.

Hvert casebesøg består af interviews med ledere og medarbejdere. På hospitalsområdet er der gennemført interviews med en central person i regionen, direktør, to ledende sygeplejersker på afdelingerne samt to sygeplejersker inden for hver case. I ældreplejen er der gennemført interviews med en fagchef, en leder af hjemmepleje og/eller plejehjem samt to-tre medarbejdere, hvoraf en har planlæggerfunktion, hvis det har været muligt. Antal interviewpersoner i de enkelte cases fremgår af Tabel 6.2.

Tabel 6.2 Interviewpersoner fordelt på funktion og faggruppe i analysens otte cases

Case	Ledere	Medarbejdere	I alt
Hospital A	Sygeplejefaglig direktør To ledende sygeplejersker HR-medarbejder i regionen	To sygeplejersker	6
Hospital B	Hospitalsdirektør To ledende sygeplejersker HR-medarbejder i regionen	To sygeplejersker	6
Kommune 1	Fagchef Plejehjemsleder	To udførende social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen	8

Case	Ledere	Medarbejdere	I alt
	Leder af hjemmeplejedistrikt	En social- og sundhedsmedarbejder med planlæggerfunktion i hjemmeplejen To udførende social- og sundhedsmedarbejdere på plejehjem	
Kommune 2	Fagchef Plejhjemsleder	To social- og sundhedsmedarbejdere En social- og sundhedsmedarbejder med planlæggerfunktion	5
Kommune 3	Fagchef Plejhjemsleder Hjemmeplejeleder	To udførende social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen 1 social- og sundhedsmedarbejder med planlæggerfunktion i hjemmeplejen 1 udførende social- og sundhedsmedarbejdere på plejehjem 1 social- og sundhedsmedarbejder med planlæggerfunktion på plejehjem	8
Kommune 4	Fagchef Plejhjemsleder	En udførende social- og sundhedsmedarbejder En sygeplejerske i kvalitetsfunktion	4
Kommune 5	Leder af hjemmepleje og plejehjem Hjemmeplejeleder	To udførende social- og sundhedsmedarbejdere En social- og sundhedsmedarbejder med planlæggerfunktion	5
Kommune 6	Fagchef Leder af hjemmepleje	En sygeplejerske En udførende social- og sundhedsmedarbejder En social- og sundhedsmedarbejder med planlæggerfunktion	5
I alt	22	25	47

Interviews med ledere var enten individuelle eller gruppeinterviews og varede 45-60 minutter, mens interviews med medarbejdere tog form som gruppeinterviews med en varighed på 1,5-2 timer.

På hospitalsområdet er der gennemført 7 interviews med i alt 12 informanter. I ældreplejen er der gennemført 17 interviews med i alt 37 deltagere.

Interviewene er foretaget med afsæt i semistrukturerede interviewguides. Der er udarbejdet interviewguides målrettet hhv. topledelse/central person, mellemledere og medarbejdere med afsæt i følgende overordnede temaer:

- Årsager til vikarbrug
- Rammer/kontekstfaktorer med betydning for vikarbrug
- Oplevelser af vikarernes bidrag/roller/opgaver

- Konsekvenser af vikarbrug for organisationen, medarbejderne, borgerne/patienterne
- Perspektiver på indsatser til at reducere vikarbrug.

Databehandling- og analyse

Alle interviews er optaget elektronisk og er efterfølgende gennemlyttet og transskriberet til et udførligt referat, der holder sig så tæt på interviewdeltagerens udsagn og formuleringer som muligt. De transskriberede data er analyseret inden for hver caseenhed. Hver case er dertil analyseret med afsæt i interviewguidens temaer. Disse caseanalyser danner grundlag for den tværgående analyse af cases på hhv. hospitalsområdet og ældreområdet. Analysen er struktureret efter undersøgelsesspørgsmålene i årsager, konsekvenser og muligheder. Der anvendes citater til at illustrere analytiske pointer.

6.3 Interviewundersøgelse af de eksterne vikarers perspektiv

Delanalyse 3 består af en interviewundersøgelse af de eksterne vikarers perspektiv. Her er der ikke fokus på bestemte sektorer i sundhedsvæsenet.

Dataindsamling

Der er gennemført semistrukturerede interviews med 17 eksterne vikarer. Regionerne og KL stod for at udarbejde en liste med navnene på de vikarbureauer, der bruges i henholdsvis regionerne og kommunerne. Herefter blev disse kontaktet over mail med information om undersøgelsen samt en anmodning om hjælp til at skaffe kontaktoplysningerne på vikarer, der ville deltage i undersøgelsen. 6 ud af de 27 kontaktede vikarbureauer har videregivet kontaktoplysninger på vikarer. Vikarbureauerne leverer vikarer til alle 5 regioner, og på tværs af forskellige kommuner, men der er en overvægt af vikarer i Region Syddanmark.

Under rekrutteringen er der søgt at opnå ligelig fordeling af vikarer, der arbejder i kommunerne og regionerne samt på faggrupper. I kontakten med vikarbureauerne er der lagt vægt på ønsket af denne spredning, dog er de vikarer, der har sagt ja til at deltage, ikke valgt fra på baggrund af dette. Den endelige spredning kan ses i Tabel 6.3 nedenfor.

Tabel 6.3 Fordeling af interviewpersoner på faggruppe, sektor og beskæftigelse

	Social –og sund- hedshjælper	Social- og sund- hedsassistent	Sygeplejerske	Studerende	I alt
Sektor					
Region	1	1	1	2	5
Kommune	6	3	1	-	10
Begge		1		1	2
Beskæftigelse					
Hovedbeskæftigelse	5	4	1	-	10
Bibeskæftigelse	2	1	1	3	7
I alt	7	5	2	3	17

Telefoninterviewene blev gennemført løbende i februar og marts 2023. Hvert interview varede 20-45 minutter. Interviewene blev gennemført telefonisk og ud fra en semistruktureret interviewguide med følgende temaer:

- Motivation for vikarjob
- Praksis omkring tildeling af vagter
- Oplevelse af arbejdspladserne
- Fordele ved at være ekstern vikar
- Ulemper ved at være ekstern vikar
- Perspektiver på fastansættelse og internt vikarjob.

Databehandling- og analyse

Alle interviews er optaget elektronisk og er efterfølgende gennemlyttet og transskriberet til et udførligt referat, der holder sig så tæt på interviewdeltagerens udsagn og formuleringer som muligt. De transskriberede data er analyseret med afsæt i temaerne fordele, ulemper og perspektiver. Der anvendes citater til at illustrere analytiske pointer.

Litteratur

- Beskæftigelsesministeriet, Social-, Bolig- og Ældreministeriet, Kommunernes Landsforening & Finansministeriet (2023). *Delrapportering: Eksternt vikararbejde i den kommunale ældrepleje*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet & Danske Regioner (2022). *Delrapportering: Eksternt vikararbejde for sygeplejersker i det regionale sygehusvæsen*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Castle N.G. (2009). Perceived advantages and disadvantages of using agency staff related to care in nursing homes: a conceptual model. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(1), 28-36.
- Dalsgaard, C.T., Foged, S.K. & Lemvigh, K. (2021). *Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje: Inspiration til kommunerne*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C.T., Kjærgaard, M. & Lemvigh, K. (2020). *Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb: Inspiration til kommunerne*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Holt, H., Larsen, M., Larsen, M.R. & Prescott, A. (2018). *Forskellige kommunale ansættelsesformer: Udbredelse, erfaringer og udfordringer*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Houlberg, K. & Pejtersen, J.H. (2023). *VIVEs kommunetal 2023:6: Det kommunale sygefravær var på himmelflugt i 2022*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- KL (2023). *Tabel 1: Den kommunale pris- og lønudvikling, 2022 – 2027 (Service)*. København: KL.
- Knutsen, H.M. (2018). Health institutions, temporary work agencies, and the mobility power of nurses. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 8(4), 25-44.
- Larsen, M. & Jakobsen, V. (2022). *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder: Forundersøgelse af eksisterende viden*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Madsen, P.K. (2015). Labour market flexibility in the Danish service sector: Same old, same old, but more different. I: W. Eichorst & P. Marx (red.), *Non-Standard Employment in Post-Industrial Labour Markets: An Occupational Perspective* (pp. 181-216). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Regeringen & Danske Regioner (2022). *Aftale om regionernes økonomi for 2023*. København: Finansministeriet.

Regeringen & KL (2022). *Aftale om kommunernes økonomi for 2023*. København: KL.

STAR (2022). *Rekrutteringssurvey: Rapport, december 2022*. København: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.

STAR (2023). *Rekrutteringssurveys*. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. <https://star.dk/viden-og-tal/udvikling-paa-arbejdsmarkedet/rekrutteringssurveys/>

Økonomi- og Indenrigsministeriet (2018). *Afrapportering fra Finansieringsudvalget*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

VIVÉ