

Leif E. Moland, Maja Tofteng og  
Astrid Nesland

---

## Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester





Leif E. Moland, Maja Tofteng og Astrid Nesland

# **Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester**

Fafo-rapport 2023:17

Fafo-rapport 2023:17

© Fafo 2023

ISBN 978-82-324-0690-6

ISSN 2387-6859

# Innhold

---

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Utfordringsbildet: Knapphet på bemanning.....	9
1.2 Problemstillinger og gangen i rapporten.....	11
1.3 Sysselsetting i sektoren – et bakgrunnsbilde.....	12
1.4 Regulering av innleie.....	18
<b>2 Metode og gjennomføring</b> .....	<b>19</b>
2.1 Intervjuer.....	19
2.2 Spørreundersøkelse.....	20
2.3 KOSTRA.....	21
2.4 Kommunenes regnskapsdata.....	21
2.5 Data om innleie fra Norsk Sykepleierforbund / Burson, Cohn & Wolfe.....	22
2.6 Leverandørdatabasen om kommuners kjøp av vikartjenester.....	23
2.7 Data om innleie fra Sykehusinnkjøp HF.....	23
2.8 Statistisk Sentralbyrå.....	24
<b>3 Omfang av vikarbruk</b> .....	<b>26</b>
3.1 Ulike typer vikarbruk.....	26
3.2 Ber først egne ansatte om å ta en ekstravakt.....	27
3.3 Omfang av overtid, interne vikarer og tilkallingsvikarer i kommunene.....	27
<b>4 Omfang av innleie fra vikarbyråer</b> .....	<b>35</b>
4.1 3,4 milliarder på vikarinnleie i helse og omsorgstjenestene i 2021.....	35
4.2 Store innleieforskjeller mellom kommuner.....	39
4.3 Store innleieforskjeller også mellom helseforetak.....	45
4.4 Bruk av rammeavtaler og flere byråer.....	47
4.5 Mange vikarbyråer og innleie av flere yrkesgrupper.....	48
<b>5 Hvorfor så stort behov for vikarer</b> .....	<b>55</b>
5.1 Ubesatte stillinger, bemanningsplaner og fravær.....	55
5.2 Rekrutteringsproblemer.....	56
5.3 Lav grunnbemanning gir høyt vikarbudsjet.....	57
5.4 Høyt fravær, mer enn koronapandemi.....	58
<b>6 Forklaringer på innleie fra vikarbyrå</b> .....	<b>60</b>
6.1 Ferie og langtidsfravær, ikke sykdom i seg selv.....	60
6.2 Rekrutteringsutfordringer.....	62
6.3 Produksjonstopper.....	64
6.4 Vikarbyrå lite brukt som rekrutteringskilde.....	65
6.5 De som ikke bruker vikarbyrå.....	67

<b>7 Kostnader ved innleie fra vikarbyrå .....</b>	<b>70</b>
7.1 Det koster å leie inn vikarer .....	70
7.2 Offentlig anskaffelse og balanserende markedsmekanismer .....	71
7.3 1000 kroner per fakturerte sykepleiertime .....	72
7.4 Gjennomsnittlig timepris har økt .....	72
7.5 Timeprisen dekker mer enn utbetalt lønn .....	73
7.6 Sykepleiere i vikarbyrå tjener mer enn de fleste med samme utdanning .....	74
7.7 Alternativer til vikarbyrå har også kostnader .....	75
<b>8 Fordeler og ulemper ved vikarbruk .....</b>	<b>77</b>
8.1 Vikarbruk, ledelse og arbeidsmiljø .....	77
8.2 Vikarer og tjenestekvalitet .....	81
8.3 Mye ressurser til flyktig arbeidskraft .....	86
<b>9 Tiltak som kan redusere vikarbruken .....</b>	<b>89</b>
9.1 Den gode vakta i helg og hverdag.....	90
9.2 Ledernes handlingsrom .....	95
9.3 Bruk av frie midler og overdekning .....	96
9.4 Årsturnuser .....	97
9.5 Langvakter.....	98
9.6 Vikarpooler og ressursenheter .....	100
9.7 Seniorpolitikk og bedre bruk av vikarene .....	102
<b>10 Oppsummering.....</b>	<b>105</b>
10.1 Mye flyktig arbeidskraft .....	105
10.2 Liten del av stort vikarbehov dekkes av vikarbyråene .....	105
10.3 Hvorfor er vikaromfanget så stort?.....	106
10.4 Skal, skal ikke, bruke vikarbyrå .....	107
10.5 Fordeler og ulemper med dagens vikaromfang.....	109
10.6 Tiltak som kan redusere vikarbruken.....	110
<b>Litteratur .....</b>	<b>114</b>
<b>Vedleggstabeller .....</b>	<b>118</b>

# Forord

---

De offentlige helse og omsorgstjenestene er svært viktige, både fordi gode helse og omsorgstjenester er en bærebjelke i det norske velferdssamfunnet og fordi sektoren sysselsetter en stor del av landets arbeidskraft. En betydelig del av aktivitetene i sektoren utføres av det vi kaller flyktig arbeidskraft, det kan være personer med lave stillingsprosenter, ringevikarer eller vikarer fra vikarbyrå.

Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet og ble startet opp da Norge åpnet opp etter en pandemi som førte til ekstraordinære belastninger og nye utfordringer for ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Vi finner betydelige endringer i personell disponeringen de siste tre årene. Det er vanskelig å si sikkert om dette er begynnelsen på varige endringer eller endringer som vil reverseres i takt med reduserte pandemiutfordringer.

Rapporten er blitt til i samarbeid mellom Fafo, Samfunnsøkonomisk Analyse AS (SØA) og Agenda Kaupang AS (AK). Den er skrevet av Leif E. Moland fra Fafo (prosjektleder) og Maja Tofteng fra SØA. Astrid Nesland fra AK har bistått med regnskapsanalyser.

Tusen takk til informanter som har bidratt med erfaringer, og til representanter fra sektoren som har lag til rette for gjennomføring av spørreundersøkelsen. Vi vil også rette en takk til SSB, Norsk Sykepleierforbund, Kommunal Rapport og Sykehusinnkjøp som har stilt data til rådighet for prosjektet.

Takk til Fafo-kolleagaene Ketil Bråthen for bistand med den praktiske gjennomføringen av spørreundersøkelsen, til Terje Olsen for faglig kvalitetssikring av rapporten og Jon Lahlum for korrektur. Takk også til Helsedirektoratet for engasjement underveis og nyttige kommentarer i slutfasen.

Oslo, mai 2023.

Leif E. Moland  
Maja Tofteng  
Astrid Nesland

# Sammendrag

---

En stor del av helse- og omsorgstjenestene utøves av vikarer og ansatte i små deltidsstillinger. Slik har det vært lenge. I denne studien viser vi omfanget av vikarbruk i disse tjenestene, hvordan og hvorfor bruken varierer og hvilke erfaringer ledere og ansatte har gjort seg. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratets program Kompetanseløft 2025. Dette er regjeringens handlingsplan for kompetanseheving, rekruttering og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I denne studien er også helseforetakene tatt med.

For å kunne skrive denne rapporten har vi benyttet data fra nasjonale utdannings-, sykefraværs- og arbeids- og lønnsregistre samt regnskapsdata fra KOSTRA, samlet inn av SSB. Videre har vi benyttet vikarstatistikk fra Sykehusinnkjøp, Kommunal Rapport og Burson Cohn & Wolfe (BCW). Data fra BCW er delt med oss av Norsk Sykepleierforbund. I tillegg har vi gjennomført en spørreundersøkelse til ledere og tillitsvalgte i kommunene og helseforetakene, og gjort kvalitative intervjuer med ledere og ansatte i sektoren.

## Flyktig arbeidskraft

Studien viser at en stor og økende del av helse- og omsorgstjenestene utføres av vikarer og fast ansatte som tar ekstravakter. Noe av dette er planlagt, men mye skjer ad hoc som følge av ubesatte stillinger og fravær blant fast ansatte. I 2022 utgjorde dette om lag 20 prosent av totale lønnskostnader. I perioder med høyt sykefravær og ferieavvikling og i helgene, og på områder med mange ubesatte stillinger, er dette tallet betydelig høyere. Legger en til at omkring én av ti jobber i deltidsstillinger som er 25 prosent eller lavere, øker omfanget av det vi kaller flyktig arbeidskraft ytterligere.

## Vikarinnleie

I 2021 brukte kommunene og helseforetakene 3,4 mrd. kroner til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå. Vikarbruken målt med utgangspunkt i kroner innleie fra vikarbyrå, er doblet siden 2012. Innleie utgjorde i 2021 anslagsvis 1,8 prosent av summen av lønnskostnader og vikarutgifter i kommunene helse- og omsorgstjenester, og tilsvarende andel er 1,7 prosent i de regionale helseforetakene. Innleie fra vikarbyrå er lite utbredt, men økende.

Alle regionale helseforetak benytter vikarbyråer, og selv om det er lite utbredt, varierer bruken. Helse Midt-Norge har svært lave tall for innleie, mens omfanget er høyere nord og vest i landet. Tilsvarende gjelder for kommuner, nesten en av fire bruker ikke vikarbyrå i det hele tatt. Blant små kommuner er det særlig store variasjoner.

Kostnadene ved innleie fra vikarbyrå er ca. 2,5 ganger så høy som kostnadene ved å bruk av fast ansatte. Dette innebærer at hver tiende vikarkrone og hver tjuenfemte vikartime gikk til et vikarbyrå.



### **Hvem leier og leies ut?**

Også målt i andel av sysselsatte i sektoren, er det få som jobber i et vikarbyrå. Men antall har økt noe de siste årene. Per fjerde kvartal 2021 hadde 3050 lønnstakere i helsefaglige yrker et hovedarbeidsforhold i et vikarbyrå. 60 prosent av utleid helsepersonell er sykepleiere. Deretter følger helsefagarbeidere (25 prosent), ufaglærte (7 prosent), leger (5 prosent) og andre (3 prosent). I tillegg kommer personer som leier seg ut gjennom enkeltpersonsforetak eller andre foretak som vi ikke har presis kunnskap om. De som leies ut har vanligvis lang yrkeserfaring.

### **Hvorfor brukes vikarer?**

Behovet for vikarer er en følge av at fast ansatte ikke kan dekke alle vakter, og at hensynet til sårbare pasienter og brukere gjør at det er få oppgaver som kan utsettes. Forklaringene på det store vikarbehovet kan deles i tre hovedgrupper: Det er for det første mange ubesatte stillinger og vakter som følge av rekrutteringsproblemer. Dette trekkes fram i spørreundersøkelsen som den faktoren som forklarer mest av vikarbehovet. Mange tjenestesteder har lav grunnbemanning som raskt generer vikarbruk ved fast ansattes fravær. Mange har også et turnusoppsett for helgebemanning som fører til utstrakt bruk av vikarer. Sist, men ikke minst er det et ganske høyt fravær. Fra 2020 til 2022 har ekstraordinært press for å håndtere pandemien og pandemirelatert sykefravær blant ansatte forsterket vikarbehovet.

### **Vikarer og vikarbyråer gjør en viktig jobb**

Bruk av vikarer, herunder innleie fra vikarbyråer, er viktig for å opprettholde tilstrekkelig bemanning. Dette vil i seg selv være positivt for arbeidsmiljøet sammenliknet med et alternativ der fast ansatte må jobbe ekstravakter eller at vakter gjennomføres underbemannet.

### **Krevende for ledere og fast ansatte**

Svært mange av lederne beskriver en hverdag med presset bemanning, mange deltidsansatte som ikke ønsker å jobbe mer, stort vikarbehov og problemer med å skaffe tilstrekkelig bemanning i helgene og i feriene. Mye av deres tid går til å skaffe ekstravakter, håndtere høy turnover og rekruttere og lære opp nye vikarer og nye ansatte. Dette går på bekostning av tid til ledelse og fagutvikling. Stort lederspenn og ansatte som ofte er borte fra jobben skaper i tillegg kommunikasjonsutfordringer og reduserer kontinuiteten i tjenestegjennomføringen.

Mye av det som skjer med lederens tidsbruk, skjer også med tidsbruken til de fast ansatte, slik som å stå for opplæring og løpende veiledning av tilkallingsvikarer og personell fra vikarbyråene. I tillegg kommer slitasjen ved at det er færre faste på jobb og færre som kan ta ansvar for faglig krevende oppgaver.

### **Den ideelle fordeling av fast ansatte og vikarer**

De fleste informantene mener at den samlede vikarbruken er i høyeste laget slik den er i dag. Dette baseres på betraktninger om hvordan tjenestekvalitet, og arbeidsmiljøet for ledere og ansatte påvirkes. Basert på svar fra spørreundersøkelsen, består den ideelle fordelingen av 88 prosent fast ansatte, 11 prosent tilkallingsvikarer og 1 prosent fra vikarbyråene.

## **Tiltak**

Skal kommuner og helseforetak redusere vikarbruken slik at den utgjør 10 prosent eller mindre av arbeidskostnadene, må de ta betydelig større grep enn bare å redusere bruken av vikarbyråer. De må utvikle turnuser der helgene i større grad er satt opp med fast personale i store stillinger, og mer robuste bemanningsplaner der det meste av fraværet kan håndteres uten å leie inn vikarer. Såkalt overdekning, der noen av vikarmidlene overføres til faste stillinger uten at det fører til overbemanning, er fullt mulig. Bruk av årsturnus kan lette bemanningsplanleggingen, mens bruk av langvakter kan skape større stillinger og bidra til bedre rekruttering samtidig som det kan bidra til å holde på seniorene.

Noen av de ubesatte stillingene som skaper vikarbehov kan, etter gjennomgang med ny oppgavedeling, erstattes av andre yrkesgrupper. Med dette legges også grunnlaget for utvikling av «Den gode vakta». Denne idealvakta kan man finne på tjenestesteder som har utviklet en drift med kvalifiserte ansatte som kjenner sine arbeidsoppgaver, HMS-rutiner, kolleger og brukere, og som har etablert et klima for godt arbeid og tjenester med høy faglig kvalitet. Dette gir grunnlag for gode tjenester og brukere som opplever økt livskvalitet. Utagerende brukere blir mindre utagerende, passive brukere blir mer aktive, og pårørende responderer positivt. Dette bidrar til et bedre arbeidsmiljø for de ansatte og lite stress. Bieffekter av dette vil kunne være lavere sykefravær og gode kår for aktiv ledelse og tjenesteutvikling.

## **Alltid behov for vikarer**

Mange tjenesteder kan bruke de vikarene de har på en bedre måte samtidig som bruken av tilfeldige og ukjente vikarer kan reduseres. Der det er aktuelt å benytte vikarbyråer, bør det utvikles et tettere samarbeid mellom oppdragsgiver og vikarbyrå. Innleid personale fra vikarbyråer bør være godt kjent på tjenestestedet og akseptert som kvalifiserte av ledere og ansatte. Skal personale fra vikarbyråer ha mulighet til å komme i en slik posisjon, forutsetter det at bruken av vikarbyrå har en viss regularitet; at man har rammeavtale med et fåtall faste byråer og at omfanget og hyppigheten av innleie er tilstrekkelig stort til at en ønsket relasjon kan utvikles.

Det samme gjelder tjenestestedenes bruk av tilkallingsvikarer. For det første må antall tilkallingsvakter og nullprosentere reduseres betraktelig. I tillegg må de som er igjen dyktiggjøres og brukes mer. Det siste kan gi vikarene krav på fast stilling og stor stilling (aml § 14). Mange av disse kan mangle helsefaglig utdanning, så her bør arbeidsgiver iverksette kompetansehevende tiltak.

# 1 Innledning

---

## 1.1 Utfordringsbildet: Knapphet på bemanning

Mange kommuner og helseforetak opplever at gapet mellom planlagt og faktisk bemanning har økt. Dette skyldes ikke bare problemer med å håndtere sykefravær, ferier og annet fravær blant de fast ansatte, men også tiltagende problemer med å få stillinger besatt. Som SSB og Helsedirektoratet<sup>1</sup> har påpekt i en årrekke, og nå fulgt opp av Helsepersonellkommissjonen, har økningen av sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene ikke klart å holde tritt med befolkningens etterspørsel etter slike tjenester (Hjemås mfl., 2019; Holmøy mfl., 2023; NOU 2023:4). Gapet mellom etterspørsel og tilbud på arbeidskraft vil øke i årene fremover.

For å dekke behovet for helsepersonell gitt dagens tjenesteorganisering, er det behov for ca. 4600 nye årsverk bare i kommunene. I tillegg kommer helseforetakenes behov.<sup>2</sup> Disse kommer på toppen av rekruttering til ledige stillinger som følge av at ansatte slutter (f.eks til pensjon). Helse- og omsorgssektoren konkurrerer om studenter og arbeidskraft med andre sektorer. Derfor vil merbehovet for helsepersonell bare i liten grad kunne løses ved å øke utdanningskapasiteten.

Ifølge regjeringens perspektivmelding vil økte utgifter til pensjoner og helse og omsorg ikke følges av tilsvarende økte skatteinntekter. «frem mot 2060 vil det (..) være et udekket finansieringsbehov over statsbudsjettet på om lag 5 mrd. kroner årlig.» (Meld. St. 14 (2020–2021). Helsepersonellkommissjonen følger opp dette når de fastslår at helse- og omsorgssektorens andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. En av konklusjonene er at færre tjenesteytere må levere tjenester til flere tjenestemottakere. Det er med andre ord ikke økonomiske ressurser til kjøpe seg ut av bemanningsutfordringen.

### Dobbelt vikarbehov

Forhold knyttet til vikarbruk er blant de meste sentrale faktorer som fremmer eller hemmer kommunene og helseforetakenes evne til å levere flere tjenester med høy kvalitet samtidig som den relative ressursbruken reduseres. Vikarbruk kan være planlagt og inngå i et driftsbudsjett for å redusere de totale lønnskostnadene. Men vikarbruk kan også være lite planlagt. Mange tjenestesteder vil ha en minimumsbemanning som er sårbare for fravær og øker vikarbruken og de totale lønnskostnadene. Disse tjenestestedene har urealistiske budsjetter og bemanningsplaner og henvises da lett til stadige ad hoc-løsninger. På samme vis kan vikarbruk være både gunstig og negativt for kvaliteten på tjenestene.

Denne studien tar utgangspunkt i at en stor del av helse- og omsorgstjenestene utøves av vikarer og ansatte i små deltidsstillinger. Slik har det vært lenge. Noen steder er vikaromfanget stort, andre steder er det lite. Tjenester til akutt syke og til personer med døgnkontinuerlig tjenestebehov må ha kontinuerlig bemanning. Andre tjenester kan lettere utsettes dersom planlagt personale ikke stiller på vakt. Men

---

<sup>1</sup> Gjennom Kompetanseløftet 2025

<sup>2</sup> Beregnet av KS, gjengitt i NOU 2023:4

variasjonen i vikarbruk skyldes ikke bare trekk ved tjenestene. Den er også et resultat av hvordan driften ledes og hvordan bemanningsplanene er satt opp. Noen turnuser er bedre egnet til å håndtere personalfravær uten å ty til vikarer.

På toppen av å håndtere vanlig fravær, må ledere i sektoren håndtere flere ubesatte stillinger samtidig som de må opprettholde en faglig og arbeidsmiljømessig forsvarlig drift. Dermed står de overfor et dobbelt vikarbehov.

### **Vikarbyrå for å sikre forsvarlig drift**

Bruken av vikarbyråer har fått stor oppmerksomhet i media. Fra januar 2023 begrenset Stortinget adgangen til å benytte vikarbyråer. De nye formuleringene i arbeidsmiljøloven har til hensikt å redusere sosial dumping ved å styrke arbeidstakeres rettigheter til faste ansettelsesforhold og redusere arbeidsgivers anledning til midlertidige ansettelser (aml § 14). Endringene henger nær sammen andre lovformuleringer som har til hensikt å styrke arbeidstakeres rett til faste og hele stillinger. Bakgrunnen for lovendringen denne gang var blant annet knyttet til normalisering av innleid arbeidskraft i byggebransjen i Oslo. De nye og strengere reglene gjelder imidlertid ikke for helsepersonell. Unntaket begrunnes med at innleie av helsepersonale kan være nødvendig for å sikre forsvarlig drift av helse- og omsorgstjenesten når arbeidet er av midlertidig karakter.<sup>3</sup> Med dette framstår vikarbyråenes rolle som bidragsyter for å løse helse- og omsorgssektorens bemanningsutfordringer som ganske liten. De skal hjelpe kommuner og helseforetak i nøden og deretter trekke seg ut.

### **Kompetanseløft 2025**

Kompetanseløft 2025 (K2025) er regjeringens handlingsplan for kompetanseheving, rekruttering og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ansvar for å gjennomføre planen er lagt til Helsedirektoratet som rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet. Programkontoret for K2025 har hatt ansvaret for å beskrive sektorens bemanningsutfordringer og administrere tiltak som kan styrke sektorens utfordringer, slik de er beskrevet over og fulgt opp av helsepersonellkommissjonen. Arbeidet med K2025 tar utgangspunkt i fire hovedutfordringer:

- Knapphet på helse- og sosialfaglig personell.
- Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag.
- For lite brukervedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling.
- Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene.

For å følge opp disse utfordringene driver K2025 og underliggende tiltak sitt arbeid basert på fire strategiområder:

- 1 Rekruttere, beholde og utvikle personell.
- 2 Brukervedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid.
- 3 Kommunal sektor som forskningsaktør, fagutviklings- og opplæringsarena.
- 4 Ledelse, samhandling og planlegging.

---

<sup>3</sup> Det vil si at slik innleie skal være tillatt i samme utstrekning som det kan avtales midlertidig ansettelse etter arbeidsmiljøloven § 14-9 andre ledd bokstav a), «når arbeidet er av midlertidig karakter».

## 1.2 Problemstillinger og gangen i rapporten

Tre av strategiområdene i K2025 er rettet mot å utvikle heltidskultur, redusere bruk av vikarer og oppnå mer kontinuitet i tjenesteutøvelsen. Her er også spørsmål om lederes kompetanse og handlingsrom for å kunne gjennomføre gode tiltak aktuelle. Dette er utgangspunktet for de fem problemstillingene som ligger til grunn for denne studien. Flere av delproblemstillingene er formulert for å følge opp tidligere forskning og dekke kunnskapshull om hvordan helse- og omsorgstjenestene drives.

- 1 Hvilke typer vikarbruk er vanlig?
- 2 Hvor stort omfang har vikarbruken?
- 3 Hva er driverne for ulik bruk av eksterne vikarer?
- 4 Hva koster vikarbruken?
- 5 Hva er fordeler og ulemper ved bruk av eksterne vikarer?
- 6 Finnes det tiltak for en optimal/balansert vikarbruk?

**Kapittel 4** innledes med å beskrive de ulike vikarformene som er vanlig å benytte i klinisk virksomhet i helse- og omsorgssektoren (problemstilling 1). Deretter følger en deskriptiv gjennomgang av omfanget. Her besvarer vi problemstilling 2 med tilhørende delproblemstillinger.

Problemstilling 2: Hvor stort omfang har vikarbruken?

- Antall timer/årsverk og andel av totale lønnskostnader?
- Hvor er vikarbruken størst?
- Blant hvilke yrkesgrupper er vikarbruken stor eller liten?
- Hvordan har bruken av vikarer utviklet seg over tid?

**Kapittel 5** gjennomgår også problemstilling 2, men da avgrenset til vikarinneleie fra bemanningsbyråer. **Kapittel 6** beskriver forklaringer på vikarbehovet og hvorfor noen kommuner og helseforetak har et større vikarbehov enn andre.

Problemstilling 3: Hva er driverne for henholdsvis begrenset og omfattende bruk av eksterne vikarer?

- Hvorfor benyttes vikarer?
- Er utbredelse og trender en del av en villet politikk?
- Hvordan er vikarbruken regulert?

**I kapittel 7** går vi nærmere inn på hva som gjelder spesifikt for bruk av vikarbyråer. **Kapittel 8** beskriver tjenstedenes vikarkostnader enten det er fast ansatte som tar en ekstravakt, og kanskje skal ha overtidsgodtgjørelse, eller en innleid vikar der også reise- og losjiutgifter må dekkes. Kostnader til ledige vakter som tas av ansatte som er knyttet til en intern vikarenhet eller som har en del av stillingen som ubundet tid registreres ikke som vikarutgift.

Problemstilling 4: Hva koster vikarbruken?

- Hvor stor andel av lønnsutgiftene går til innleie av eksterne vikarer?
- Hvor stor andel av vikarutgiftene går til innleie av personale fra vikarbyråer?
- Hva er prisen for en vikartime utført av henholdsvis egne ansatte og innleid personale?

**Kapittel 9** beskriver fordeler og ulemper tjenestestedene har ved å måtte benytte vikarer. Å drive helse- og omsorgssektoren helt uten vikarer virker utopisk. Det er trolig heller ikke ønskelig. Noe bruk av vikarer kan være nødvendig, og både faglig

stimulerende og rekrutteringsfremmende for tjenestestedene. Men dersom vikaromfanget er vedvarende stort, kan det få negative konsekvenser både for tjenestekvaliteten og arbeidsmiljøet, omtrent på samme måte som hvis omfanget av små deltidsstillinger blir for stort. **Kapittel 10** gjennomgår mulige tiltak som kan bidra til å redusere vikarbruken, Her diskuterer vi også spørsmålet om store stillingers betydning for sykefraværet. Med dette skal vi også ha belyst problemstilling 5:

Problemstilling 5: Hva er fordeler og ulemper ved bruk av eksterne vikarer?

- I hvilken grad synes nivået i bruk av vikarer å ha betydning for:
  - rekruttering og det å holde på ansatte?
  - langsiktig kompetanseutvikling?
  - å realisere målet om en styrket heltidskultur?
  - utviklingen av et bærekraftig arbeidsmiljø?
- Finnes det et optimalt nivå for vikarbruk?
- Hva er alternativene til bruk av eksterne vikarer?

### 1.3 Sysselsetting i sektoren – et bakgrunnsbilde

Helse- og omsorgssektoren har lenge vært en vekstbransje der de fleste stillingene stiller store krav til kompetanse. Det er like fullt mange ufaglærte som jobber her, ofte kvinner og i deltidsstillinger.

#### Sysselsettingsutvikling

Norge har i overkant av 2,5 millioner sysselsatte i alderen 16 til 69 år som er i et hovedarbeidsforhold. Av disse jobbet ca. 558 000<sup>4</sup> innen offentlige og private helse- og sosialtjenester i 2021, noe som tilsvarte 21 prosent av arbeidsstokken (tabell 1.1). Antall sysselsatte i helse- og sosialtjenestene var ca. 25 000 flere i 2021 enn i 2015. Denne rapportens målområde er tjenester som utføres i sykehus og i kommunale helse- og omsorgstjenester. Her finner vi ca. 386 000 ansatte<sup>5</sup>, tilsvarende 14,5 prosent av arbeidsstokken. De kommunale helsetjenestene skiller seg ut som det fremste vekstområdet, relativt sett. Disse tjenestene har bare 38 000 sysselsatte. Dette er 11 000 mer enn i 2015, noe som tilsvarer en økning på 30,6 prosent eller 4,5 prosent per år i gjennomsnitt. Veksten har vært større i de kommunale helsetjenestene enn i øvrige deler av helse og omsorgstjenestene, og i arbeidsmarkedet ellers (gjennomsnitt 1,1 prosent per år) se tabell 1.1 på neste side.

---

<sup>4</sup> Tallene er basert på individdata bestilt fra SSB til bruk i prosjektet. Tallene fordelt på tjenesteområder avviker noe fra det SSB rapporterer til Helsedirektoratet til bruk i Kompetanseløft 2025 fordi vi ikke har samme mulighet som SSB til å fordele sysselsatte basert på funksjonskoder.

<sup>5</sup> Selvstendig næringsdrivende og ansatte som leier ut sine tjenester gjennom vikarbyråer kommer i tillegg.

Tabell 1.1 Antall og andel (i prosent) lønnstakere 16–69 år i Norge. Per 4.kvartal. Etter hovedarbeidsforhold. 2015–2021. Kilde: SSB (registerdata).

Tjeneste- område	2015			2020			2021			Endring 2015– 2021
	Sysse- satte	Andel av alle	Andel i helse og omsorg	Sysse- satte	Andel av alle	Andel i helse og omsorg	Sysse- satte	Andel av alle	Andel i helse og omsorg	
Kommunal helsetjeneste	29 189	1,2	5,6	34926	1,3	6,4	38 113	1,4	6,8	4,5
Kommunal pleie og omsorg	192 027	7,7	36,8	204 618	7,9	37,3	205 637	7,7	36,9	1,1
Sykehus- tjenester	130 436	5,2	25,0	138 047	5,3	25,2	142 519	5,3	25,6	1,5
Øvrige tjenester*	169 899	6,8	32,6	170 896	6,6	31,2	171 005	6,4	30,7	0,1
Øvrige næringer	1 972 207	79,1	-	2 041 006	78,8	-	2 108 056	79,1	-	1,1
Alle	2 493 758	100	100,0	2 589 493	100	100	2 665 330	100	100	1,1

\* Omfatter blant annet kommunal tannhelsetjeneste, private helse og omsorgstjenester, barnevern, skolefritidsordninger og barnehager.

## Utdanning

De kommunale helsetjenestene og sykehusene har en ganske lik utdanningsprofil. 75 prosent har universitets- og høyskoleutdanning og nesten 20 prosent har utdanning fra videregående skole eller høyere. Av disse har mange fagbrev. Dette er betydelig høyere enn i arbeidslivet forøvrig. Også de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har flere ansatte med høyere utdanning enn i arbeidslivet forøvrig (Tabell ).

Tabell 1.2 Lønnstakere i Norge. Per 4.kvartal. Etter hovedarbeidsforhold. 16–69 år. 2020. Kilde: SSB (registerdata).

Tjenesteområde	Grunnskole, ingen utdanning uoppgitt	Videre- gående	Fag- skole	Universitet høyskole kort	Universitet høyskole lang	Sum	Antall
Kommunal helsetjeneste	4,9	18,9	2,0	53,2	21,0	100	34 926
Kommunal pleie og omsorg	15,8	42,2	3,6	35,4	3,0	100	204 618
Sykehus-tjenester	5,7	16,5	1,9	52,0	23,9	100	138 047
Øvrige helse- og sosialtjenester	16,6	30,9	1,7	43,5	7,3	100	170 896
Øvrige næringer	23,4	34,6	3,8	24,5	13,7	100	2 041 006
Alle	21,1	33,8	3,5	28,5	13,1	100	2 589 493

Kvinneandelen i helse- og omsorgssektoren er på 82 prosent. Kvinneandelen reduseres når utdanningsnivået øker. Men som vi ser, er kvinnene også i flertall blant de med høyest utdanning (60,9 prosent). Til sammenlikning utgjør kvinnene under halvparten av den totale arbeidsstokken i landet<sup>6</sup> (tabell 1.3).

<sup>6</sup> Den totale arbeidsstokken er noe høyere i denne tabellen enn i tabell 1.1 da datagrunnlaget omfatter alle personer uavhengig av alder og hvorvidt de er sysselsatte.

Tabell 1.3 Personer med helse- og sosialfaglig utdanning etter kjønn. 4. kvartal 2022. SSB (registerdata).

	Antall			Andel, prosent		
	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Sum
Videregående utdanning	20 872	155 087	175 959	11,9	88,1	100
Hjelpepleier, helsefagarbeider, helsesekretær	14 221	117 453	131 674	10,8	89,2	100
Andre videregående helsefaglig	6 651	37 634	44 285	15,0	85,0	100
Høyskoleutdanning	369 73	195 929	232 902	15,9	84,1	100
Sykepleier, jordmor	13 287	108 594	1 21 881	10,9	89,1	100
Ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, vernepleier og barnevernspedagog	15 056	58 788	73 844	20,4	79,6	100
Øvrig helseutdanning med høgskole	8 630	28 547	37 177	23,2	76,8	100
Universitetsutdanning	26 112	40 672	66 784	39,1	60,9	100
Leger	16 026	17 536	33 562	47,8	52,2	100
Øvrig helseutdanning på universitetsnivå	10 086	23 136	33 222	30,4	69,6	100
<b>Alle</b>						
Alle med helsefaglig utdanning	83 957	391 688	475 645	17,7	82,3	100,0
Arbeidslivet totalt	1 487 539	1 330 636	2 818 175	52,8	47,2	100,0

## Turnover

Mobilitet kan defineres på ulike måter. Under ser vi på andelen som begynte hos en ny arbeidsgiver i 2021, altså at hovedarbeidsgiver (virksomhet) i november 2021 ikke var hovedarbeidsgiver i november foregående år. Her inkluderes også de som begynner i ny jobb, og som ikke var i jobb i november året før. Dette gjelder i hovedsak arbeidsledige, heltidsstudenter og andre som var utenfor arbeidsstyrken. I 2021 var 22 prosent sysselsatt hos en ny arbeidsgiver. Tallene for helse- og omsorgssektoren samlet sett avviker lite fra arbeidslivet forøvrig. Kommunale helse- og omsorgstjenester har høyere turnover, mens sykehusene har lavere. Unge skifter oftere jobb enn eldre, blant annet fordi de kommer inn i arbeidslivet for første gang. Dermed blir turnover vel så mye et uttrykk for hyppig rekruttering som for at man har mange avganger. Denne tolkningen forsterkes av at sektoren er i vekst. Lavest turnover finner vi blant eldre arbeidstakere i sykehusene (5,4 prosent). I 2021 var det spesielt mange yngre arbeidstakere som strømmet til de kommunale helsetjenestene. Over halvparten av disse hadde ny arbeidsgiver dette året (55,9 prosent). En annen grunn til dette høye tallet er at mange gikk inn i nyopprettede stillinger for å jobbe med pandemi-håndteringen.

Dersom vi kun ser på personer som har gått fra et hovedarbeidsforhold til et annet samme år, blir mobilitetstallene lavere. Disse er gjengitt i kursiv på nederste linje i tabell 1.4. I vedlegget vises tallene etter begge beregningsmåter for årene 2016 til 2021 (tabell V1.1 og V1.2).



Tabell 1.4 Andel som hadde ny arbeidsgiver i 2021, N = 2 693 959. SSB (registerdata).

	Kommunale tjenester			Sykehus- tjenester	Øvrig arbeidsliv	Total
	Helse- tjenester	Pleie og omsorg, institusjon	Pleie og omsorg, hjemme			
<b>Kjønn</b>						
Menn	29,3	28,7	25,8	17,0	21,7	21,8
Kvinner	25,3	20,1	21,7	16,1	23,0	22,2
<b>Alder</b>						
<30 år	55,9	40,7	40,1	38,3	43,3	42,9
31–50 år	21,9	16	17,8	13,6	18	17,8
50+ år	17,4	8,8	11,2	5,4	9,8	9,7
<b>Heltid-deltid</b>						
Heltid	23,0	16,0	17,4	14,4	18,6	18,3
Deltid	29,8	23,1	25,0	20,6	33,8	31,3
Alle	26,0	21,1	22,5	16,3	22,3	22,0
<i>Alle, versjon 2</i>	<i>20,0</i>	<i>14,2</i>	<i>17,0</i>	<i>13,2</i>	<i>14,4</i>	<i>14,6</i>

### Sykefravær og turnus

Sykefraværet og håndteringen av dette, er en viktig del av vikarproblematikken. Helse- og omsorgssektoren og spesielt der man har turnusdrift, er kjennetegnet ved å ha et sykefravær som er høyere enn andre deler av arbeidslivet. Tabell 1.5 viser sykefravær blant ansatte i ulike deler av helse- og omsorgstjenestene i 2021. Definisjoner av sykefravær og beregninger av sykefraværsprosent følger Statistisk sentralbyrås definisjoner.<sup>7</sup> Statistikken inkluderer legemeldingene til personene i populasjonen som faller innenfor måneden, uavhengig av om sykdomsperioden startet eller sluttet i en annen måneden.

<sup>7</sup> <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>.

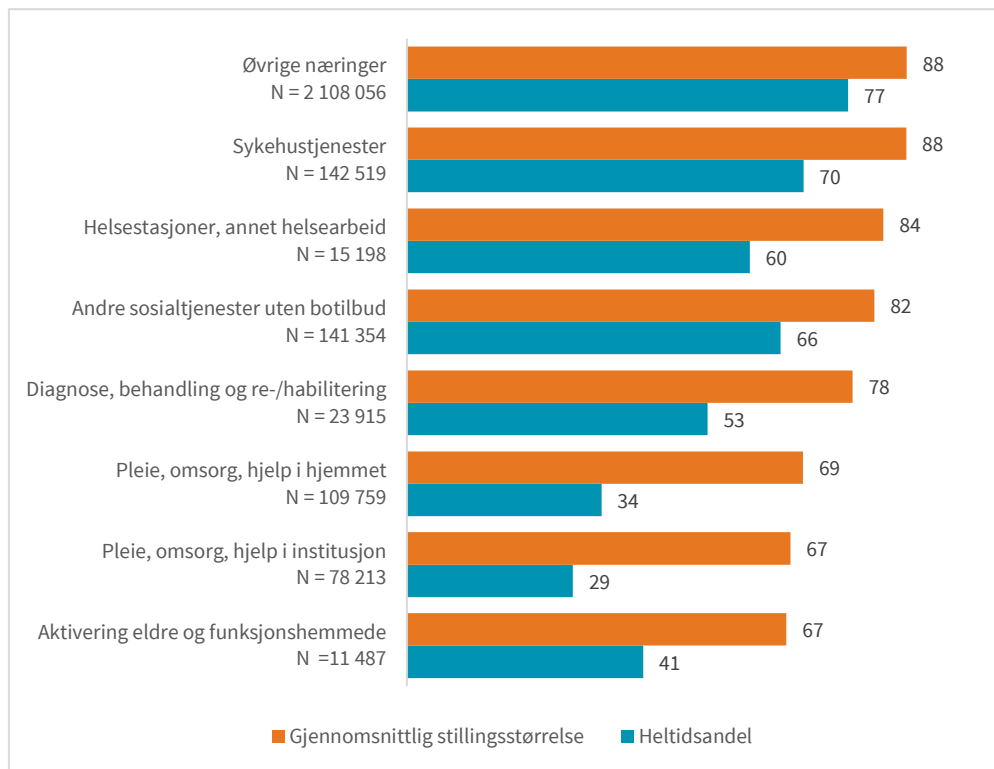
Tabell 1.5 Antall og andel (i prosent) lønnstakere i utvalgte tjenesteområder etter sykefravær og om de jobber turnus eller ikke. Per 4.kvartal. Etter hovedarbeidsforhold. 16–69 år. SSB (registerdata) Funksjonskodene forklars i metodekapitlet.

Tjenesteområde med funksjonskode	Antall ansatte	Antall turnus	Andel turnus	Sykefraværprosent	
				Turnus	Ikke turnus
<b>Kommunehelsetjenesten</b>					
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, F232	7 787	321	4,1	7,3	7,7
Annet forebyggende helsearbeid, F233	6 411	1 860	29,0	9,8	8,1
Diagnose, behandling og re-/habilitering, F241	23 915	5 172	21,0	8,5	6,6
<b>Pleie og omsorg</b>					
Aktivisering eldre og funksjonshemmede, F234	11 487	2 846	24,0	8,9	8,9
Pleie, omsorg, hjelp i institusjon, F253	78 213	67 952	86,9	10,1	7,6
Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet, F254	109 759	88 913	81,0	10,3	8,4
<b>Sykehustjenester</b>					
Sykehustjenester, F900	142 519	66 013	46,3	8,2	6,3
Øvrige helse- og sosialtjenester					
Andre sosialtjenester uten botilbud, F950	141 354	2 202	1,6	8,2	9,9
Funksjonskode 261, 665,910, 920, 930, 940,960	35 829	7819	21,8		
<b>Sammenlikningsgrunnlag</b>					
Øvrige næringer	2 108 056	131 196	6,2	6,2	4,9
I alt	2 665 330	374 294	14,0	8,2	5,3

### Stillingsstørrelser

Deltidsansettelser inngår også i vikarproblematikken, og helse- og omsorgstjenestene er kjennetegnet ved en høy deltidsandel. Figur 1.1 viser heltidsandel og gjennomsnittlig stillingsstørrelse i helse- og omsorgssektoren og i norsk arbeidsliv. Av samtlige ansatte i norsk arbeidsliv jobber 77 prosent heltid. Ved de ulike tjenesteområdene i helse- og omsorgssektoren varierer heltidsandelen fra litt under 30 prosent ved sykehjemmene til litt under 70 prosent ved sykehusene. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse varierer fra 66,5 til 87,5 prosent.

Figur 1.1 Antall sysselsatte, andel heltidsansatte (i prosent) og gjennomsnittlig stillingsstørrelse i 2021. Per 4.kvartal. Etter hovedarbeidsforhold. 16–69 år. Kilde: SSB (registerdata).



### Kompetanseparadoks

Sykehusene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene sysselsetter 14,5 prosent<sup>8</sup> av arbeidsstokken. Tjenestene er kjennetegnet av at en svært høy kvinneandel (ca. 80 prosent) og at mange jobber deltid. Både sykefraværet og andelen som jobber turnus er høy. Deler av tjenestene har høy turnover, særlig blant yngre ansatte og deltidsansatte. Dette er forhold som sannsynliggjør et stort vikarbehov. Samtidig er det forhold som gjør vikarlogistikken krevende.

Med helse- og omsorgssektorens høye utdanningsnivå skulle en forvente at bruken av flyktig arbeidskraft (vikarer, deltidsansatte, ansatte som skifter jobb ofte) var lavere. Kompetansebedrifter utfører arbeidsoppgaver som stiller store krav til fagkunnskaper, nærværende arbeidstakere og kontinuitet i arbeidet (Mintzberg, 1983). I typiske kompetansebedrifter er heltidsandelen normalt høy. Store deler av helse- og omsorgssektoren er også kompetansevirksomheter. Det framstår derfor som et paradoks at sektoren drives med så mye deltid, når vi vet hvor krevende det er å utvikle sterke fagmiljøer innen rammen av en deltidskultur (Moland, 2015). Flere studier viser at deltidsansatte er mindre dedikerte til arbeidet (Abrahamsen & Fekjær, 2017), og vanskelig å engasjere i utviklingsarbeid (Bråthen & Moland, 2022). Men det kanskje viktigste er at en rekke studier har vist at små stillinger skaper problemer med å oppnå tilstrekkelig kontinuitet i tjenestene, og at dette er uheldig når oppgaven er å levere kvalitativt gode tjenester til sårbare brukere (Bråthen, 2016; Aagestad mfl., 2021; Moland, 2021). I denne rapporten vil vi føre dette resonnerer videre ut fra

<sup>8</sup> Om en inkluderer sosialtjenester og private helse- og omsorgstjenester blir sysselsettingsandelen på nærmere 22 prosent av den totale arbeidsstokken.

en hypotese om at vikarbruk og turnover kan ha samme effekt på tjenestekontinuiteten som bruk av små deltidsstillinger.

## 1.4 Regulering av innleie

I Norge reguleres kjøp av bemanningstjenester hovedsakelig av arbeidsmiljøloven, forskrift om innleie av arbeidskraft og regelverk for offentlige anskaffelser. Arbeidsmiljølovens § 14 og forskrift om innleie av arbeidskraft er ment å sikre at arbeidstakerne som leies ut av bemanningsbyråer har like vilkår og rettigheter som arbeidstakere som er fast ansatt i virksomheten de jobber for. Ifølge arbeidsmiljøloven kan en virksomhet leie inn arbeidskraft fra bemanningsbyråer for å dekke midlertidige eller spesielle behov, for eksempel ved sykdom, permisjon, ferieavvikling eller ved uforutsette arbeidsmengder. Det er imidlertid begrensninger på hvor lenge innleie kan vare, og det er krav om at arbeidskraften som leies inn, skal ha like vilkår som de fast ansatte når det gjelder lønn, arbeidstid, ferie, permisjoner og andre arbeidsvilkår. Innleide vikarer skal også godtgjørelse for reise og opphold.<sup>9</sup>

Forskriften om innleie av arbeidskraft gir også regler for hvordan innleie skal foregå. Blant annet må bemanningsbyrået ha tillatelse fra Arbeidstilsynet for å drive virksomhet, og de må ha en ansvarsforsikring som dekker eventuelle krav fra arbeidstakere som har blitt skadelidende i forbindelse med innleie. Det er også krav om at virksomheten som leier inn arbeidskraft, skal ha en skriftlig avtale med bemanningsbyrået som regulerer arbeidsforholdet, og at det skal føres oversikt over innleie av arbeidskraft i virksomheten.

Stortinget og regjeringen har vedtatt nytt regelverk knyttet til adgangen til å leie inn fra bemanningsforetak med virkning fra 1. april 2023. Det er bare lovlig å leie inn helsepersonell når behovet er av midlertidig karakter, eksempelvis i tilfelle uforutsette arbeidstopper og generelle sesongsvingninger. Videre må innleien være nødvendig for å sikre forsvarlig drift. Dersom bemanningsbehovet kan dekkes på andre måter enn ved innleie uten at det går utover forsvarlig drift, vil det ikke være adgang til innleie. Alternativet måter å dekke bemanningsbehovet på kan være direkte faste eller midlertidige ansettelser, omdisponeringer av personale eller deltidsansettelser.

Sykehusinnkjøp har ansvaret for rammeavtalene for helseforetakenes innkjøp av vikartjenester. Sykehusinnkjøp har laget en standard rammeavtale som helseforetakene skal benytte når de leier inn personale fra bemanningsbyråer.<sup>10</sup> Den har flere delavtaler som omtales lenger ut i rapporten. I kommunesektoren er det ingen felles rammeavtale. Hver kommune har egne retningslinjer for ansettelser og bruk av vikarer. Blant de kommunene som benytter vikarbyrå kan det se ut til at det etableres nye rammeavtaler etter forhandlinger mellom kommune og bemanningsbyrå før kontraktsinngåelse. Jevnaker har for eksempel tre rammeavtaler, en for hver av de tre vikarbyråene de har inngått avtale med. Teksten i rammeavtalen er utarbeidet i fellesskap med de andre kommunene i regionen som benytter de samme vikarbyråene.

---

<sup>9</sup> I rammeavtalene for Sykehusinnkjøp gjelder dette i de tilfeller vikar er bosatt mer enn 60 km unna arbeidsstedet.

<sup>10</sup> <https://sykehusinnkjop.no/seksjon/avtaler/Documents/Vikartjenester%20annet%20helsepersonell/Rammeavtale%20-%20Annet%20helsepersonell%20-%20fra%201.2.2021.pdf>.

## 2 Metode og gjennomføring

---

For å besvare problemstillingene har vi gjennomgått tilgjengelig dokumentasjon på feltet, gjennomført regnskaps- og registerdataanalyser, intervjuet personer på strategisk og operativt nivå, og gjennomført en spørreundersøkelse.

### 2.1 Intervjuer

Det er gjennomført intervjuer i seks casekommuner i tillegg til mindre omfattende datainnhenting i ytterligere én kommune, to helseforetak og tre vikarbyråer.

#### Sju kommuner

Seks kommuner har deltatt som casekommuner: Disse er Alstahaug, Asker, Bodø, Karmøy, Malvik og Ringerike. De ble valgt ut fordi de har jobbet mye med kostnadsanalyser knyttet til personell disponeringen og samtidig har interessante resultater fra arbeidet med heltidskultur. I tillegg har vi innhentet data fra Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Den trekkes med dels fordi etaten jobber mye med vikarproblematikken og dels fordi Oslo ofte faller utenfor denne type undersøkelser.

#### Tre helseforetak

Vi har intervjuet representanter fra Sykehuset Østfold, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Helse Vest RHF. Sykehuset Østfold er et eksempel på et sykehus som har jobbet mye med interne bemanningsenheter. Det har forholdsvis lave utgifter til innleie. UNN er et eksempel på et sykehus med forholdsvis høye utgifter til innleie. Helse Vest RHF er trukket inn fordi helseforetaket er førende regionalt helseforetak på vikarproblematikken og hovedforfatter av kunnskapsrapporten fra 2019 (Helse Vest RHF, 2019).

#### Intervjuer og samtaler med ledere og tillitsvalgte

Intervjuene er gjennomført for å samle inn ledere og tillitsvalgtes begrunnelser og forklaringer på vikarpraksis og hvilke effekter denne har på tjenesten. Intervjuene skal også bidra til å tolke og kvalitetssikre lokale regnskapsdata og funn fra andre, kvantitative kilder. Intervjuene med ledere og tillitsvalgte i kommunene Alstahaug, Asker, Bodø, Karmøy, Malvik og Ringerike ble gjennomført på Teams og foregikk høsten 2022. Vi har intervjuet 35 ledere og 14 tillitsvalgte fra de seks kommunene og representanter fra sykehus og vikarbyråer. I tillegg kommer involvering av 28 ledere og regnskapsansvarlige i forbindelse med 12 regnskapsmøter, samt samtaler med Sykehusinnkjøp og Norsk Sykepleieforbund om data.

#### Intervjuer med representanter fra bemanningsbransjen

Vi har intervjuet tre representanter fra bemanningsbransjen. Vi har intervjuet en informant i NHO og to i ledelsen for vikarbyråer. En informant jobber i Dedicare som ble stiftet i 2000, og er heleid av svenske Poolia Vard AB. En informant jobber i Vacant

Helse som ble stiftet i 2010, og eies av de to stifterne av selskapet. Begge byråer leier ut helsepersonell til norske sykehus og kommuner.

## 2.2 Spørreundersøkelse

En nettbasert spørreundersøkelse til kommuner og sykehus ble gjennomført vinteren 2023. Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av spørreskjemaverktøyet QuenchTec. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til ledere, fagpersoner og tillitsvalgte i samtlige kommuner og til et mindre utvalg helseforetak. Vi mottok 1612 svar, noen av disse viste seg å være utenfor målgruppen eller ønsket å avslutte undersøkelsen etter noen innledende spørsmål. Vi satt igjen med et netto utvalg på 1377 respondenter. Hvordan disse fordeler seg på et utvalg bakgrunnsvariabler illustreres av tabell 2.1.

Tabell 2.1 Netto svarfordeling etter stilling og sektor.

	Kommune	Helseforetak	Sum	Prosent
<b>Ledere og tillitsvalgte, to hovedgrupper</b>				
Leder, rådgiver	379	387	766	55,6
Tillitsvalgt, verneombud	460	151	611	44,4
<b>Ledere og tillitsvalgte, seks undergrupper</b>				
Kommunalsjef, klinikkjef	123	5	128	9,3
Virksomhets-, avdelings- eller enhetsleder, ansvar for flere enheter	165	124	289	21,0
Leder med ansvar for å etablere arbeidsplaner for medarbeidere som jobber turnus	46	238	284	20,6
Rådgiver eller fagkonsulent som bistår avdelingene med arbeidsplaner etc.	45	20	65	4,7
Tillitsvalgt	459	136	595	43,2
Verneombud	1	15	16	1,2
Alle	839	538	1377	100,0
Prosent	60,9	39,1	100,0	

### Vurdering av undersøkelsens representativitet

Av fagforeningene Fagforbundet, FO, NSF og Delta fikk vi tilsendt epostadresser til tillitsvalgte i kommuner og på sykehus. Vi fikk også epostadresser til ledere fra Sykehuset Østfold og Oslo universitetssykehus. Fra KS fikk vi tilgang til epostadressen til norske kommuners postmottak. Svarprosentene varierer fra 39 (kommuners HR-sjefer) til 20 blant FOs medlemmer. Svarprosentene er omtrent som forventet, gitt erfaringer fra tidligere undersøkelser. Dette vurderes derfor å være adekvat. Til sammen utgjør svarene fra disse syv epostkildene 1032 svar.

Undersøkelsen til Helse Vest RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge ble lagt ut på foretakenes hjemmesider, mens undersøkelsen til ledere i kommunene gikk via kommunenes postmottak. Vi sendte invitasjoner til samtlige norske kommuners postmottak og ba om at lenken ble videresendt til fem tjenesteledere. I tillegg ble det lagt ut en informasjonstekst med tilhørende lenker på intranettsidene til Helse Vest og Universitetssykehuset Nord-Norge. Her ble ledere i målgruppen for undersøkelsen bedt om å trykke seg inn på lenken og besvare undersøkelsen. Til sammen mottok vi svar fra 580 respondenter gjennom metoden med videresending av lenker

til tjenesteledere i norske kommuner og invitasjoner rettet mot ledere i to helseforetak. Siden vi verken kjenner faktisk antall personer i målgruppen eller antall svar per gruppe, er det ikke mulig å vurdere representativiteten av denne delen av spørreundersøkelsen.

## 2.3 KOSTRA

Gjennom KOSTRA (KOMMune-STat-RApportering) sender alle norske kommuner og fylkeskommuner inn data om sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå. De ulike tjenesteområdene er inndelt i funksjonsområder som er gitt funksjonskoder. Disse funksjonskodene kan benyttes til å presentere og analysere regnskapstall. Et av de største tjenesteområdene har fellesbetegnelsen «Helse- og omsorgstjenester i institusjon». I KOSTRA har disse tjenestene fått funksjonskoden 253. I tekstavsnitt som inneholder referanser til mange tjenesteområder og tilsvarende mange funksjonskoder skriver vi for enkelthetsskyld F253 der vi for eksempel omtaler Helse- og omsorgstjenester i institusjon som har funksjonskode 253. De aktuelle funksjonene vi ser på i analysen er:

Omsorgstjenester	Helsetjenester
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	241 Diagnose, behandling og re-/habilitering
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	233 Annet forebyggende helsearbeid

Vi har i analysen ikke inkludert KOSTRA-funksjonen 234 Aktiviserings- og service-tjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.<sup>11</sup> som inneholder dagsentertjenester, aktiviteter, transporttjenester, matombringning til hjemmeboende mm. i analysene. Dette gjør vi fordi kommunene har så ulik praksis i hvorvidt tjenestene kjøpes i markedet eller produseres i egen regi. Vi risikerer å finne skillelinjer som går på kjøp og ikke på hvordan kommunen har innrettet sammensetningen av personale i jobb.

## 2.4 Kommunenes regnskapsdata

For å belyse innleie av vikarer ved kjøp av tjenester, bruk av overtid, ekstrahjelp eller øvrige lokale ansatte i helse- og omsorgstjenestene benytter vi kommuneregnskap for alle landets kommuner i årene 2019–2021. Kilden er KOSTRA-data som er bestilt som uttrekk fra SSBs database på et detaljnivå som ikke publiseres i SSBs statistikkbank. Statistikken gir styringsinformasjon om kommunenes økonomiske aktivitet og finansielle situasjon, på nasjonalt nivå. Kommuneregnskapene gir innsikt i utgifter til ulike typer vikarbruk.

Kommuneregnskapet er delt inn i regnskapsarter som skiller utgiftene fra hverandre etter en arts- og kontoplan som er lik for alle landets kommuner. Artene er gruppert slik at lønnsutgifter finnes i samme nummergruppe. For en utfyllende beskrivelse av arter vises til KOSTRA hovedveileder for regnskapsåret 2023. Vi ser på følgende arter:

<sup>11</sup> KOSTRA-funksjonen 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv. er tatt med i enkelte omfangsbeskrivelser.

- 010 Fastlønn (lønn for ansatte i faste stillinger).
- 020 Lønn til vikarer (vikarutgifter som kommer i tillegg til fastlønnede).
- 030 Lønn til ekstrahjelp (lønn til midlertidige stillinger utover faste stillinger).
- 040 Overtidslønn (overtidsbetaling som kommer i tillegg til lønnen).
- 710 Sykelønnsrefusjon (sykelønn og refusjon for fødselspenger).
- 270 Andre tjenester (kjøp av andre tjenester som inngår i egenproduksjon og som ikke hører naturlig under andre arter. Her inngår blant annet vikarbyrå, men også andre typer tjenestekjøp).

Utgiftene på artene 010-040 utbetales over lønnslipp til de ansatte mens utgiftene på art 270 betales etter faktura til leverandører med organisasjonsnummer og selskapsorganisering. Sju regnskapsarter er holdt utenfor i analysen, se tabell V2.3.

Lønnsutbetalingene skjer via et fagsystem hvor den enkelte ansatte er registrert med ansattnummer, stillingskode, om stillingen er fast eller midlertidig, stillingsprosent mv. Lønnsutbetalingene speiler dermed den ansattes stillingsforhold og kommer stort sett på riktig art og riktig KOSTRA-funksjon i regnskapet. Vi vurderer regnskapskvaliteten for lønnsartene som god nok til å brukes uten forbehold. Men man må være klar over at lønn deles opp på den måten at lønn til utbetaling føres som andre arter (010-089) enn arbeidsgiveravgift, pensjon og trekkpliktige forsikringer (090 og 099). Sykepengerefusjon føres som inntekt (710).

I kapittel tre undersøker vi omfang av vikarbruk over tid og mellom kommuner ved å se på omfang av lønnsutgifter på de ulike lønnsartene. Vi er særlig interessert i fordelingen mellom fast lønn, overtid, vikarer og ekstrahjelp. For å kunne sammenligne mellom kommuner og undersøke endringer over tid har vitatt utgangspunkt i kroner til disse fire lønnsartene. Dette fordi det er regionale og årlige variasjoner i nivået på arbeidsgiveravgift og fordi det ikke er gitt at pensjonsutgiftene fordeles likt mellom de ulike lønnsartene.

Vi har også undersøkt kjøp av tjenester som kan være et alternativ til fast ansettelse (art 270 Andre tjenester). Vi hadde en forventning om at utgifter til innleie fra vikarbyrå ble registrert på denne arten. En grundig kvalitetssjekk viser at kvaliteten varierer mellom kommuners regnskapsføring når det gjelder denne arten. Ved å kontrollere mot Leverandørdatabasen (omtalt i neste avsnitt) ser vi at ca. 80 prosent av det som er ført på næringskode 78.200 Utleie av arbeidskraft er ført på art 270 Andre tjenester og 10 prosent er ført på 370 Kjøp fra andre. De resterende 10 prosent er ført på flere forskjellige arter. Det er spesielt KOSTRA-funksjon 241 hvor det er mye som er ført på andre arter. Dette kan tilsi at 270 Andre tjenester ikke gir et dekkende bilde på kjøp av tjenester fra vikarbyrå og at variasjoner mellom kommuner kan skyldes ulik regnskapsføring snarere enn variasjoner i bruk. Vi bruker derfor ikke dataene fra leverandørdatabasen til å undersøke variasjoner på tvers av kommuner. Vi har supplert regnskapsdata med data fra Norsk sykepleierforbund, Sykehusinnkjøp og Leverandørdatabasen for å undersøke utgifter til kjøp av vikartjenester. Våre funn er oppsummert i kapittel 4.

## 2.5 Data om innleie fra Norsk Sykepleierforbund / Burson, Cohn & Wolfe

Burson, Cohn & Wolfe (BCW) har på vegne av Norsk Sykepleierforbund samlet inn data om norske kommuners og sykehus' utgifter til kjøp av vikartjenester over flere år. Data er tilgjengelig for perioden 2012–2021 og dekker de fleste av landets kommuner. Datagrunnlaget omfatter utgifter til kjøp av vikartjenester i helse- og



omsorgstjenester i institusjon (funksjon 253) og helse- og omsorgstjenester i hjemmet (funksjon 254). Kjøp av sengeplasser og kostnader knyttet til Brukerstyrt Personlig Assistanse inkluderes ikke. Dataene er sammenstilt av BCW basert på rapportering fra kommunene. Dataene er stilt til rådighet for dette prosjektet. Vi er kjent med at det mangler data fra noen kommuner i noen år. For 2021 mangler BCW for eksempel data for ti små kommuner. Siden metoden er brukt over flere år vurderes dataene å være de best tilgjengelige for å følge utviklingen over tid for disse to funksjonskodene. Vi benytter data fra leverandørdatabasen for øvrige funksjonskoder, men begrenset til årene 2019–2021.

## 2.6 Leverandørdatabasen om kommuners kjøp av vikartjenester

For å belyse kommunenes kjøp av vikartjenester fra vikarbyrå er leverandørdatabasen til Kommunal Rapport en kilde. Mer enn halvparten av landets kommuner sender årlig inn sine leverandørreskontroopplysninger. Det vil si at de sender oversikt over leverandørens navn, organisasjonsnummer, næringskode, beløp, og hvilke funksjoner og arter som kjøpet er bokført på. Dataene for 2021 kommer fra kommuner som representerer 90 prosent av landets befolkning.

Dataene i leverandørdatabasen har flere næringskoder tilknyttet. For vårt formål om å beskrive kostnader og trekk ved ansatte i vikarbyråene, treffer næringskode 78.200 godt.<sup>12</sup>

Leverandørdatabasens datakvalitet er ikke optimal, men gir hovedtrekkene i kjøp. Til vårt bruk hvor vi er ute etter å isolere vikarutgifter må vi vurdere hvorvidt Leverandørdatabasens data viser et bilde på kommunenes kjøp av tjenester. Disse tre punktene viser noen usikkerhetsområder:

- Ikke alle kommuner har levert data til Leverandørdatabasen. De som ikke er inne i basen er overveiende mindre kommuner.
- Kommuner kan ha feilført på arter.
- Andre næringskoder enn 78.200 kan ha levert vikartjenester.

Leverandørreskontro skiller seg fra regnskapet ved at det kan være gjort regnskaps-transaksjoner i etterkant som fører beløpet til en annen art, funksjon eller tidsperiode. Leverandørreskontro vil for eksempel ikke fange opp korrigeringer som er gjort i regnskapet etter føringen av fakturaen. Leverandørreskontro og regnskap vil derfor ikke stemme helt over ens. Tallgrunnlaget stemmer heller ikke helt med dataene fra BCW, men det er bedre samsvar i årene 2019–2021 enn i tidligere år. Som en konsekvens bruker vi kun data fra Leverandørdatabasen som et supplement til BCW dataene. Vi har brukt data fra leverandørdatabasen for å gi et anslag på omfang for funksjonskodene 232, 233, 241 og 256 og i årene 2019, 2020 og 2021. Vi har brukt totalbeløpet for året. Oppgitte beløp vil være en underestimert dersom kommuner som ikke er dekket i databasen også har slike utgifter.

## 2.7 Data om innleie fra Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF har ansvaret for å inngå rammeavtalene for helseforetakenes innkjøp av vikartjenester. Sykehusinnkjøp kjøper vikartjenester gjennom tre ulike rammeavtaler. De tre rammeavtalene omfatter innleie av sykepleiertjenester (sykepleier,

<sup>12</sup> Enkelte leverandører kan ha annen næringskode som for eksempel fastleger som leier seg selv ut som vikar, men dette er de mindre aktørene.

spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor), legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi, øvrige legespesialiteter) og annet helsepersonell (helsesekretærer og psykologspesialister). Sykehusinnkjøp har tilgjengeliggjort data om timer og kroner brukt på innleie fra bemanningsbyrå for de regionale helseforetakene og dets underliggende enheter i perioden 2012 til 2022. Utgifter til kjøp av bemanningstjenester utenom rammeavtalene sammenstilles ikke og dekkes derfor ikke. Oppgitte beløp vil være en underestimert dersom sykehus kjøper inn vikartjenester utenom rammeavtalene.

## 2.8 Statistisk Sentralbyrå

I en del tabeller og figurer benytter vi statistikk som er tilgjengelig på SSBs nettsider. Vi har også benyttet rådata fra SSBs registre. Her har vi data som teller omkring 4 millioner enheter for hvert av årene fra 2015 til 2021. Dette er personer i alderen 15 til 74 år som bor i Norge, samt alle ikke-bosatte sysselsatte (korttidsinnvandrere). Hos SSB rubriseres disse dataene i kategoriene befolkningsopplysninger, arbeids- og lønnsopplysninger, sysselsettingsopplysninger, utdanningsopplysninger og sykefraværsopplysninger. Vi har brukt data for sysselsetting, lønnstakere og arbeidstid.

### Sysselsatte

Sysselsatte er definert som personer som utførte inntektsgivende arbeid av minst én times varighet i referanseuken tredje uke i november, samt personer som har et slikt arbeid, men som var midlertidig fraværende på grunn av sykdom, ferie, lønnet permisjon eller lignende. Sysselsatte omfatter både lønnstakere og selvstendig næringsdrivende.

### Lønnstakere

Lønnstakere omfatter alle som mottar kompensasjon for arbeid i form av lønn og lignende. Dette inkluderer for eksempel arbeidsforhold som frilanser, oppdragstaker og personer som mottar honorar med fastlønn eller timelønn. Lønnstakere vil ikke omfatte personer som ikke mottar lønn, men tilbyr sine tjenester for eksempel via enkeltpersonsforetak. I teksten viser vi til tabellene som er brukt.

### Hovedarbeidsforhold

En del sysselsatte har flere arbeidsforhold. I de aller fleste tabeller og figurer som er basert på individdata benytter vi opplysninger om personenes hovedarbeidsforhold. I omtale av stillingsstørrelse vil vi benytte summen av arbeidsforhold.

### Sentralitetsindeks

SSB har laget en indeks som sorterer kommunene i seks klasser etter hvor sentral beliggenhet de har. Indeksen er satt sammen av to delindekser der den ene måler antall arbeidsplasser de som bor i den enkelte grunnkrets kan nå med bil i løpet av 90 minutter. Den andre delindeksen er basert på hvor mange ulike typer servicefunksjoner (varer og tjenester) de som bor i den enkelte grunnkrets kan nå med bil i løpet av 90 minutter. Kommunene i landet sorteres i grupper med sammenliknbare kommuner med like forhold. Slik omtales sentralitetsklassene:

Sentralitetsklasse 1: 6 Mest sentrale kommuner inkludert Oslo.  
Sentralitetsklasse 2: 19 Nest-mest sentrale kommuner.  
Sentralitetsklasse 3: 51 Mellomsentrale kommuner 1.  
Sentralitetsklasse 4: 71 Mellomsentrale kommuner 2.  
Sentralitetsklasse 5: 96 Nest-minst sentrale kommuner.  
Sentralitetsklasse 6: 113 Minst sentrale kommuner.

### **Prisjustering**

Med mindre annet er omtalt er alle kronebeløp prisjustert til 2022-kroner. For kommunale helse- og omsorgstjenester er nominelle priser justert i henhold til prisvekst for kommunale tjenester som angitt i revidert nasjonalbudsjett det enkelte år Meld. St. 2 (2021–2022, tabell 1.15, s. 95), mens for helseforetakene er utgifter justert i henhold til konsumprisindeksen for helsetjenester, SSB tabell 03014 nedlastet mars 2023.

## 3 Omfang av vikarbruk

---

I dette kapitlet oppsummerer vi sentrale funn om bruk av vikarer i helse og omsorgstjenesten. Bruk av vikarbyråer trekkes ikke spesielt fram her. Vi starter med å presentere data fra spørreundersøkelsen til kommuner og helseforetak, før vi analyserer omfang og utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten nærmere med utgangspunkt i regnskapsdata. Regnskapsdataene gir muligheter for å undersøke sammensetning og utvikling over tid som man ikke får ved bruk av aggregerte offentlig tilgjengelige data på lønns- og driftsutgifter. Vi har ikke regnskapsdata for helseforetakene, men vi forventer at omfanget av interne vikarer er betydelig også der.

### 3.1 Ulike typer vikarbruk

Arbeidsmiljøloven § 14 handler om faste og midlertidige ansettelser. Å være ansatt som vikar vil si at man som arbeidstaker har en midlertidig ansettelse. Blir man ansatt midlertid i et vikariat skal man ifølge § 14-9, første ledd, bokstav B, vikariere for en person som er i permisjon eller av andre grunner har fravær. Slike vikariater er bare én av flere typer vikariater i helse- og omsorgssektoren.

Vår studie omhandler vikarbruk i klinisk virksomhet der ansatte som oftest går i turnus. I klinisk virksomhet skjer det ofte at en bestemt vakt på for eksempel 7–8 timer, ikke er besatt. Denne kan dekkes på flere måter, men det er ikke vanlig at det etableres et ansettelsesforhold for én enkeltstående vakt. Den aktuelle vakten behøver heller ikke være ledig som følge av en annens fravær. Den kan være ledig fordi en stilling ikke er besatt eller fordi et ekstraordinært bemanningsbehov har oppstått. Mange vikarer vil være såkalte tilkallingsvakter som vil kunne ha en arbeidskontrakt uten at arbeidsomfanget er definert. De står gjerne oppført med en stillingsstørrelse på null prosent. Derav ofte omtalt som nullprosentere.

Behovet for vikarer kan være en følge av at tjenestestedene forbigående eller over tid ikke kan yte pålagte tjenester med fast personale. Dette kan skyldes underbemanning, dårlige bemanningsplaner, rekrutteringsproblemer eller ansattes fravær. Drift med redusert bemanning kan være et alternativ. Men dette alternativet begrenses av hensyn til brukere og pasienter som ofte har behov for døgkontinuerlig og livsviktig bistand og de ansattes helse og arbeidsmiljø.

For å sikre tilstrekkelig bemanning må det i disse tilfellene settes inn ekstra, midlertidig bemanning. Dette kan gjøres ved å be egne ansatte påta seg ekstravakter eller leie inn ekstravakter som ikke har fast ansettelse. Dette er såkalte ringe-til-vakter og personer som står oppført med null prosent stilling i bemanningsoversiktene. De fleste tjenesteder har også en gruppe deltidsansatte i små stillinger som har avtale om å jobbe et visst antall helger. En del av disse tar også vakter i ukedagene.

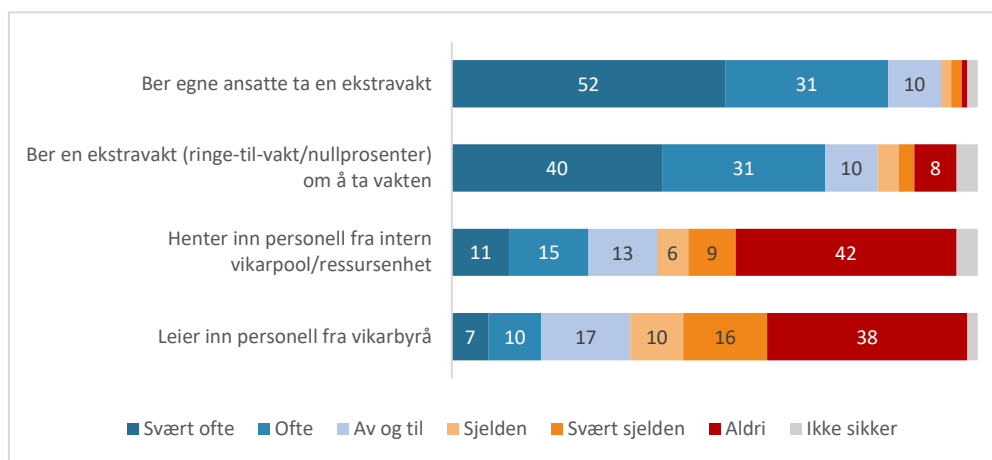
Stadig flere kommuner og helseforetak har etablert interne bemanningsenheter, ressursenheter og timebanker. Dette kan være organiserte som egne avdelinger med fast ansatte som jobber flere steder i kommunen eller helseforetaket. Det kan også være en mer abstrakt enhet hvor en person med fast deltidsstilling ved ett tjenestested i tillegg har en stillingsandel i denne enheten. Man jobber for eksempel 75 prosent ved en såkalt mor-enhet og 25 prosent i den abstrakte enheten. Stillingsandelen

på 25 prosent utøves enten på egen mor-enhet eller på naboenheter etter behov (Moland, 2021; Moland & Bråthen, 2021a). Den siste muligheten for å skaffe personell ved underbemanning er å leie fra vikarbyrå.

### 3.2 Ber først egne ansatte om å ta en ekstravakt

Vi har i forbindelse med dette prosjektet gjennomført en spørreundersøkelse. Undersøkelsen er besvart av ledere og tillitsvalgte på sykehus og i kommuner. I spørreundersøkelsen spurte vi ledere og tillitsvalgte om hvordan de løste slike situasjoner. Spørsmålet ble stilt slik: Hva gjør dere når dere på grunn av fravær, vakanser eller av andre grunner har behov for å sette inn vikarer? Svarene er gjengitt i figur 3.1.

Figur 3.1 Løsninger for å dekke kommunene og helseforetakenes vikarbehov. Prosent, n = 1351 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



Som det går fram av figur 3.1 er det mest vanlig å be en av de fast ansatte om å ta en ekstra vakt. 85 prosent oppgir at de gjør dette ofte eller svært ofte. Det er også vanlig å ringe til en av de faste ekstravaktene. 70 prosent oppgir at de gjør dette ofte eller svært ofte. 25 prosent henter fra en intern ressursenhet, mens litt over 15 prosent leier inn fra et vikarbyrå ofte eller svært ofte. Omkring 40 prosent oppgir at de aldri benytter de to siste alternativene, 20–25 prosent gjør det en sjelden gang. Svarfordelingen er omtrent den samme i kommuner og helseforetak bortsett fra at kommunene benytter tilkallingsvakter, de såkalte nullprosjenterne, litt mer. Denne fordelingen stemmer godt overens med våre analyser som viser at utgifter til innleie fra vikarbyrå utgjør i underkant av 2 prosent av lønnsutgiftene. Vi omtaler innleie fra vikarbyrå mer inngående i kapittel 4.

### 3.3 Omfang av overtid, interne vikarer og tilkallingsvikarer i kommunene

Kommunenes samlede lønnsutgifter til helse- og omsorgstjenester fratrukket sykelønnsrefusjon, var 129 mrd. kroner i 2022. Tabell 3.1 viser fordelingen på funksjonskoder. Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og i institusjon utgjør en betydelig del av aktiviteten, målt i andel av lønnsutgiftene som skjer innenfor funksjonsområde 253 og 254, 86 prosent totalt.

Tabell 3.1 Lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon, fordelt på ulike funksjonskoder. I mrd. kroner. 2022. Kilde: Tabell 12362, SSB.

	Helsetjenester	Omsorgstjenester
232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	5,0	
233 Annet forebyggende helsearbeid	2,7	
241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	10,3	
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon		44,1
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende		66,4
256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud		0,6

Lønnsdataene skiller ikke mellom lønn til faste ansatte og lønn til vikarer. For å undersøke omfang, sammensetning og utvikling i bruk av overtid, interne vikarer og tilkallingsvakter, analyserer vi kommunenes regnskapsdata mer inngående. Det er mulige feilkilder i lønnsdataene som følge av ulik praksis for regnskapsføring, men dataene gir likevel en god indikasjon på omfang og utvikling på et aggregert nivå. Unntaket er bruk av ansatte i bemanningsenheter. Regnskapsdata vil ikke gi indikasjon på omfang av bruk av bemanningsenheter da ansatte i bemanningsenhetene er faste ansatte.<sup>15</sup> Vi har avgrenset analysen til kommunale helsetjenester og kommunale omsorgstjenester<sup>14</sup>. Data er kun tilgjengelig for perioden 2017–2021.

### 80 prosent av utgifter til lønn og kjøp av andre tjenester er fast lønn

Spørreundersøkelsen indikerer betydelig bruk av vikarer i helse og omsorgstjenestene, noe regnskapsdataene langt på vei bekrefter. Lønnsutgifter til faste ansatte fratrukket sykelønn tilsvarer 82 prosent av utbetalt lønn til kommunale helse og omsorgstjenester i 2021. Figur 3.2 viser lønnsutgiftene fordelt på ulike kostnadsarter. De øvrige lønnskostnadene er lønn til vikarer (12 prosent), overtidslønn til fast ansatte som tar ekstravakter (3 prosent) og lønn til ekstrahjelp (4 prosent).<sup>15</sup> Andelene er beregnet med utgangspunkt i utbetalt lønn, det vil si lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon, arbeidsgiveravgift, pensjoner og trekkpliktige forsikringer. Merk at venstre akse starter på 50 prosent for å synliggjøre forskjeller mellom årene.

Fordi bruk av faste ansatte og interne vikarer kan erstattes med personer leid inn fra vikarbyrå eller konsulentselskaper, er det også relevant å undersøke utgifter til kjøp av andre tjenester (270). Dette er ikke en lønnsart. Kjøp av tjenester tilsvarte i underkant av 3 prosent av summen av lønnsutgifter fratrukket sykepenger, men inkludert arbeidsgiveravgift, pensjoner, trekkpliktige forsikringer og utgifter til kjøp av tjenester. I figurene i dette kapitlet har vi skravert utgifter til kjøp av andre tjenester for å tydeliggjøre at dette ikke er lønnsart, men en utgift som kommer i tillegg til

<sup>15</sup> I tilfeller hvor personale leies inn fra en intern vikarenhet i kommunene vil det foregå en internhandel mellom avdelingen som leier inn og vikarenheten. Det vil føres i regnskapet på art 388. Dette er ikke en lønnsart. Vi klarer i disse tilfellene ikke å isolere hva som er faste ansatte og fast ansatte vikarer. Uansett er personen å betrakte som fast ansatt i kommunen.

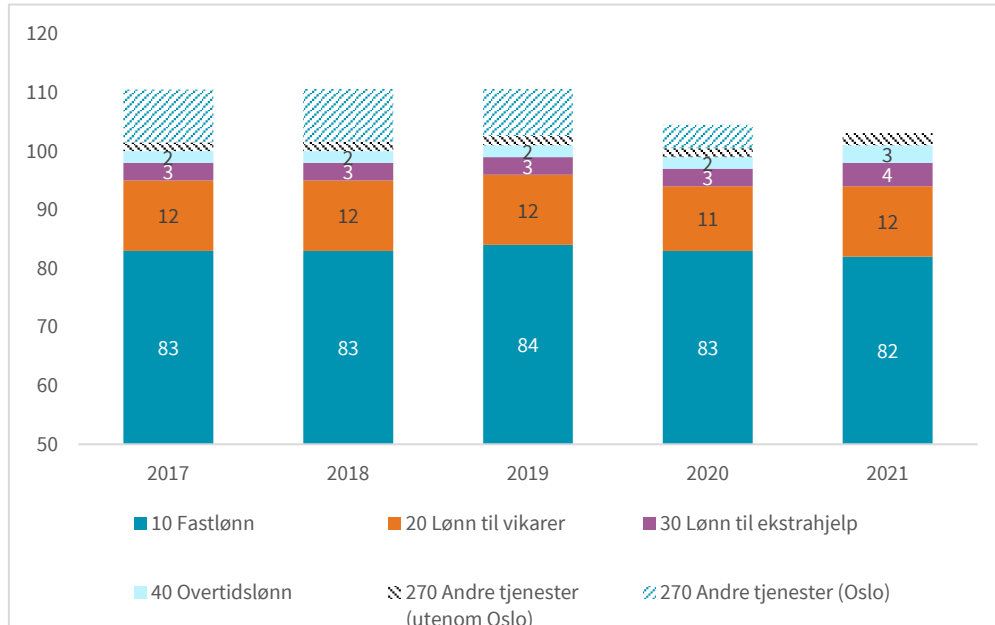
<sup>14</sup> Kommunale omsorgstjenester omfatter i denne rapporten: 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon, 256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Kommunale helsetjenester omfatter i denne rapporten: 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering, 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og 233 Annet forebyggende helsearbeid, jf. kapittel om metode.

<sup>15</sup> Dette inngår i KOSTRA kode 30 Lønn til ekstrahjelp som innbefatter 1: Utgifter til midlertidig stillinger/ansatte utover faste stillinger/stillingshjelm Sommerhjelp, sesonghjelp, 2: engasjementer og 3: Andre former for ekstrahjelp.

lønnsutgiftene, og at arten dekker mer enn kjøp av vikartjenester. Vi erfarer at utgifter til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå som regel føres som kjøp av tjenester, men at utgifter til innleie fra vikarbyrå også kan føres på andre arter. Kjøp av vekter-tjenester, juridiske tjenester eller IKT kan også være ført på 270. Vi er blant annet kjent med at Oslo kommune har ført kjøp av sykehjemstjenester på denne arten. Vi har i figuren derfor skilt mellom kjøp av tjenester fra andre i Oslo og kjøp av tjenester fra andre i landet forøvrig (skravert).

Vi viser til kapittel 4 for nærmere redegjørelse for omfang av innleie av helsepersonell fra vikarbyrå.

Figur 3.2 Fordeling av personalutgifter. 2017–2021. Prosent. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.



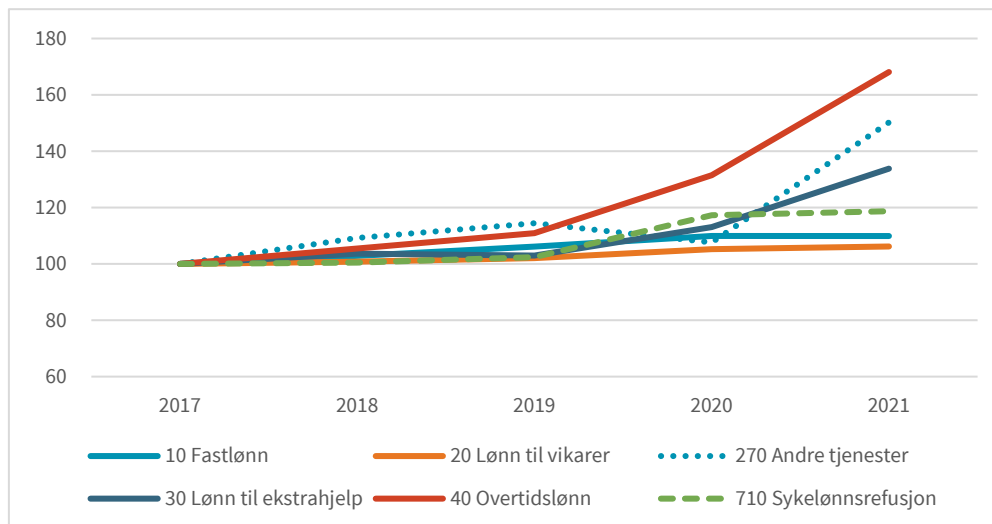
Note til figuren: Andeler er oppgitt i hele tall av hensyn til leservennlighet. Sykelønnsrefusjon, arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader, og trekkpliktige forsikringsordninger inngår ikke beregning av fordeling på lønnsartene (10, 20, 30, 40) jf. tabell V3.1 for grunnlagsdata. Merk at når kjøp av tjenester medregnes vil summen av andelenes overstige 100 prosent.

### Vekst i utgifter til overtid, ekstrahjelp og andre tjenester siste to år

De siste fem årene har andelen av lønn som utbetales som fastlønn falt fra 83 til 82 prosent av lønnsutgiftene (figur 3.2). Utbetalte overtidsgodtgjørelser har det meste av perioden ligget omkring 2 prosent av utbetalte lønnskostnader. I 2021 økte overtidsandelen fra 2 til 3 prosent. Små forskjeller i prosentpoeng gir store utslag i kroner. Utbetalt overtidslønn er nesten doblet i perioden, fra 1,7 milliarder i 2017 til 2,9 i 2021 (målt i 2022-kroner).

Det er overtidslønnen som har steget raskest i perioden 2017–2021. Figur 3.3 viser utvikling i de ulike kostnadsartene over tid. Vi har utelatt tall fra Oslo fordi kommunen er så stor at denne kommunens utvikling vil prege utviklingen i landet samlet. I figuren er kostnadene indeksert slik at 2017=100 for å vise kostnadsveksten i de ulike kostnadsartene uavhengig av hvor store de er. Veksten i overtid og annen vikarbruk kan trolig ses i sammenheng med pandemien. 2020 og 2021 var preget av høyt sykefravær, indikert ved økt sykelønnsrefusjon som også vises i figur 3.3. Vi kan likevel ikke utelukke andre drivkrefter.

Figur 3.3 Utvikling i kommunenes i personalutgifter fordelt på kostnadsart. Kun helse og omsorgstjenester. Indeks 2017 = 100. Landet utenom Oslo. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.



Sykelønnsrefusjon, arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader, og trekkpliktige forsikringsordninger inngår ikke beregning av fordeling på lønnsartene (10, 20, 30, 40).

### Forskjeller mellom tjenester

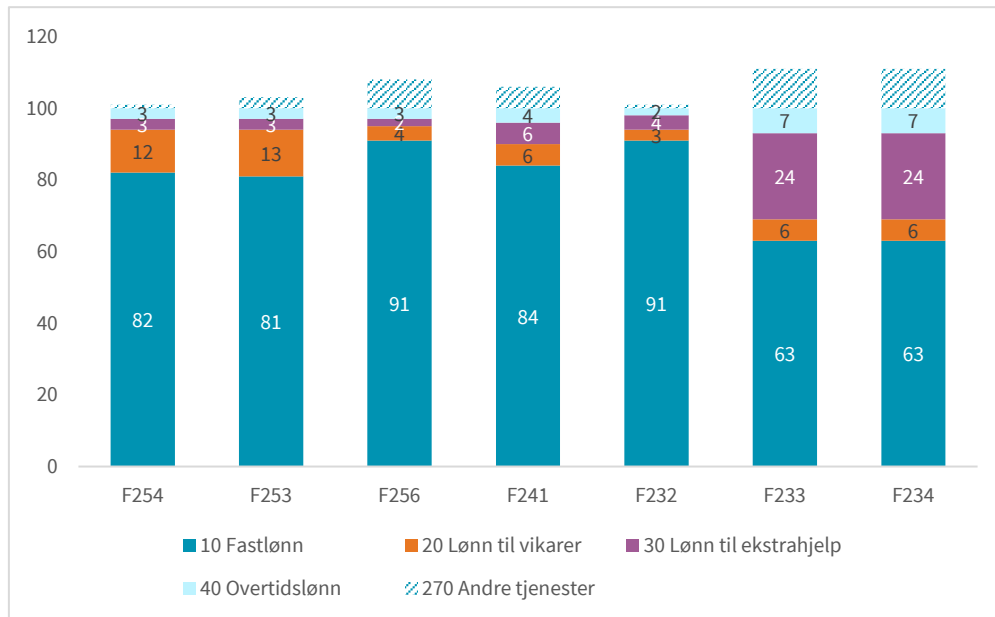
De to største funksjonsområdene i de kommunale omsorgstjenestene består av tjenester som ytes i innbyggernes hjem (F254) og tjenester som ytes på institusjon (F253). Her var det 187 972 ansatte i 2021. Fordi disse to funksjonsområdene er så store, vil omfanget av overtid, interne vikarer og ekstrahjelp ha stor betydning for kostnadsfordelingen i de kommunale helse og omsorgstjenestene, og skjule variasjoner mellom ulike typer tjenester.

Figur 3.4 viser kostnadsfordelingen for ulike funksjonsområder. Merk at venstreaksen starter på 50 prosent for å få fram forskjellene mellom funksjonsområdene. Også her ser på andeler fordi områdene er så forskjellige målt i kroner.

Regnskapsdataene indikerer at omfanget av overtid, interne vikarer og ekstrahjelp i 2021 var relativt lavere innen øyeblikkelig hjelp (F256), diagnose, behandling, rehabilitering (F241) og skolehelsetjenesten (F232) og langt høyere innen annet forebyggende helsearbeid (F233). Kommunenes håndtering av pandemioppgaver som smittesporing, testing og vaksinerings har vært administrert fra F233. Diagnose, behandling, rehabilitering (F241) er også interessant fordi den omfatter fastlegeordningen som i noe tid har hatt rekrutteringsvansker. Det har vært stor oppmerksomhet på kjøp av tjenester fra vikarbyråer og andre leverandører i denne tjenesten det siste året.



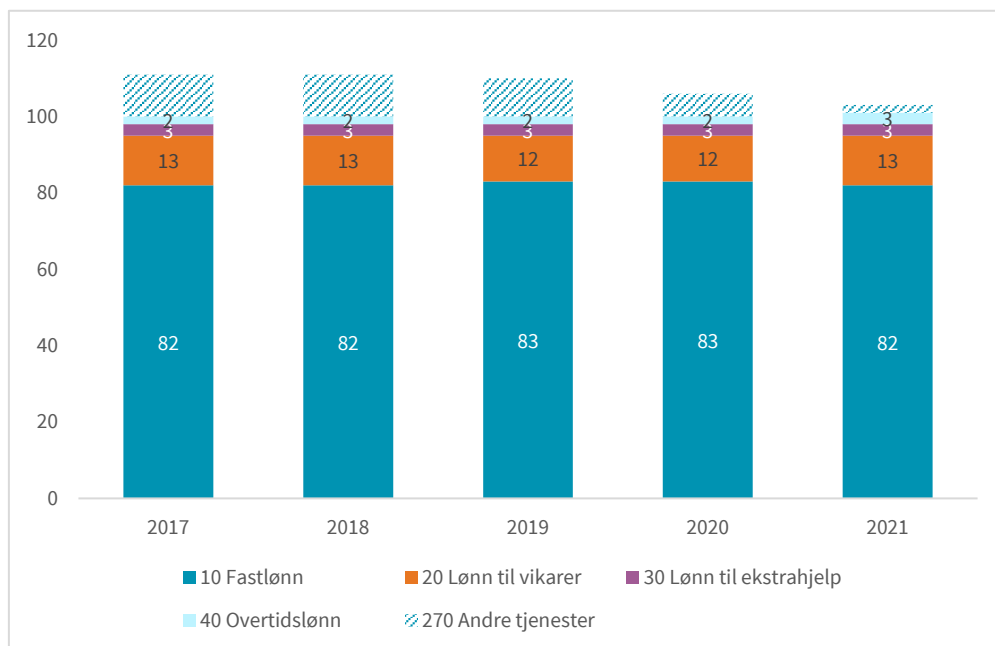
Figur 3.4 Personalutgifter fordelt på kostnadsarter og funksjonskoder. Prosent. 2021. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.



Note til figurene 3.4-3.8: Andeler er oppgitt i hele tall av hensyn til leservennlighet. Sykelønnsrefusjon, arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader, og trekkpliktige forsikringsordninger inngår ikke beregning av fordeling på lønnsartene (10, 20, 30, 40) jf. tabell V3.2 for grunnlagsdata.

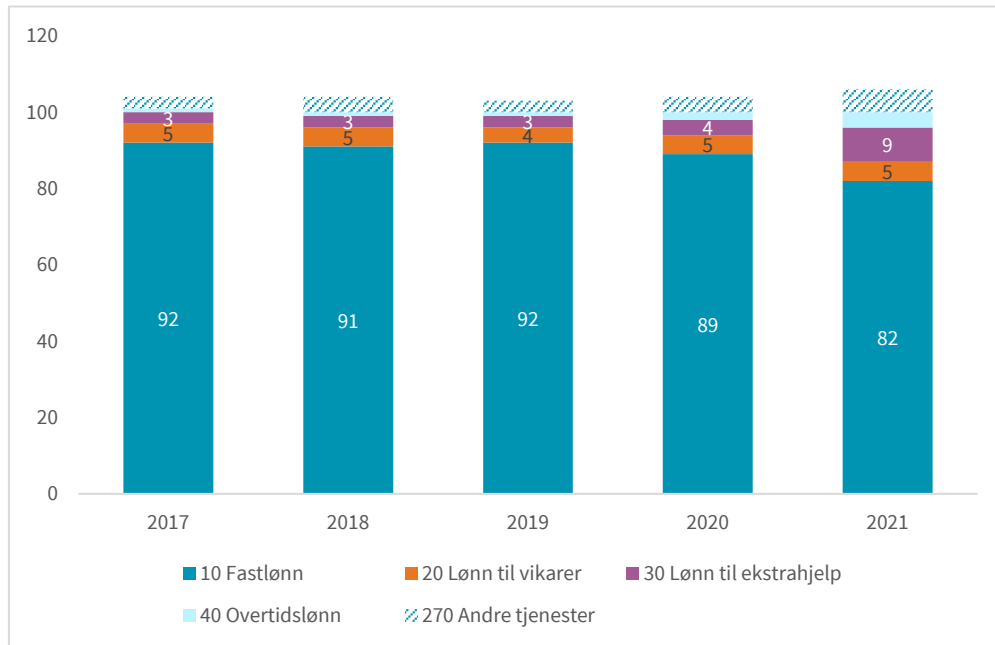
Innen alle funksjonsområdene økte utgiftene til vikarbruk i 2020 og 2021, men det er noen forskjeller i hva slags type vikarer som blir brukt. I hjemmebaserte tjenester har andelen overtidslønn og lønn til fastlønnede økt de siste to årene. Lønn til ekstrahjelp og kjøp av andre tjenester er samtidig redusert. I de institusjonsbaserte tjenestene, for det meste sykehjem, har bruken av ekstrahjelp økt.

Figur 3.5 Personalutgifter fordelt på kostnadssteder i kommunale pleie- og omsorgstjenester (F253, F254 og F256). Prosent. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.



Den økte bruken av overtid, ekstrahjelp og kjøp av tjenester var særlig sterk innen helsetjenestene, noe vi ser i sammenheng med kommunens pandemiarbeid som omtalt over. (F232, F233 og F241). Funksjonsområdet hadde 38 113 fast ansatte i 2021.

Figur 3.6 Personaltgifter fordelt på kostnadssteder i kommunale helsetjenester. Prosent. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.



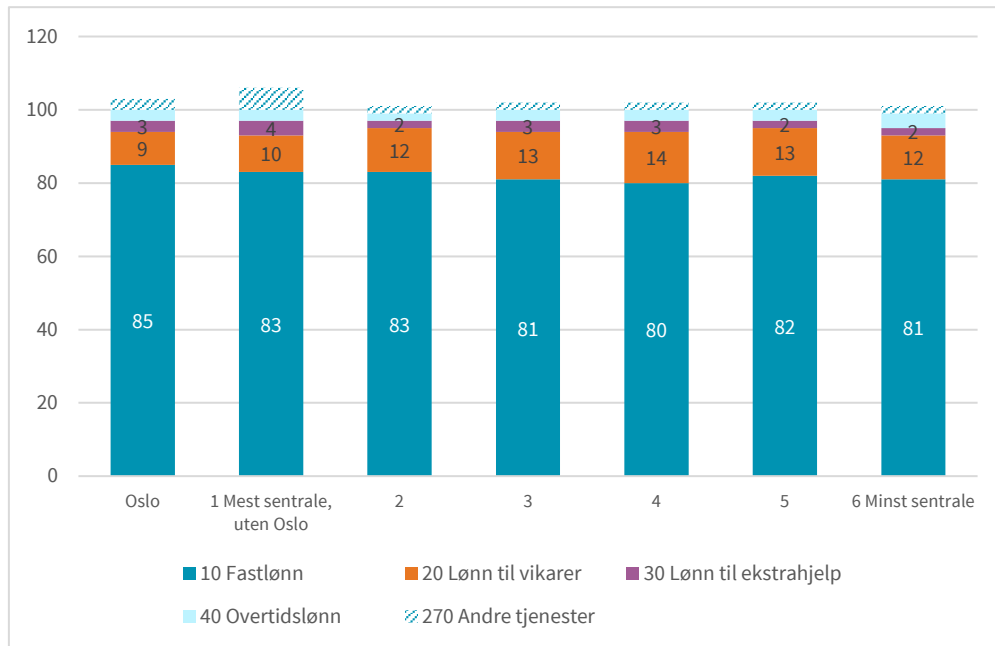
### Regionale variasjoner

For å undersøke regionale variasjoner omtaler vi utviklingen for Oslo og øvrige kommuner med utgangspunkt i SSBs sentralitetsindeks. Ved å bruke sentralitetsindeksen har vi en indikator for å se om vikarbruken varierer mellom kommunetyper.

For Oslos del befinner 1,3 mill. innbyggere seg innenfor den nevnte 90-minuttersradiusen. Derfor er alle kommunene rundt Oslo definert som mest sentrale. Oslo, Nordre Follo, Bærum, Rælingen, Lørenskog og Lillestrøm er de mest sentrale kommunene, mens Bergen og Trondheim ligger midt i gruppe to, se kapittel 2.

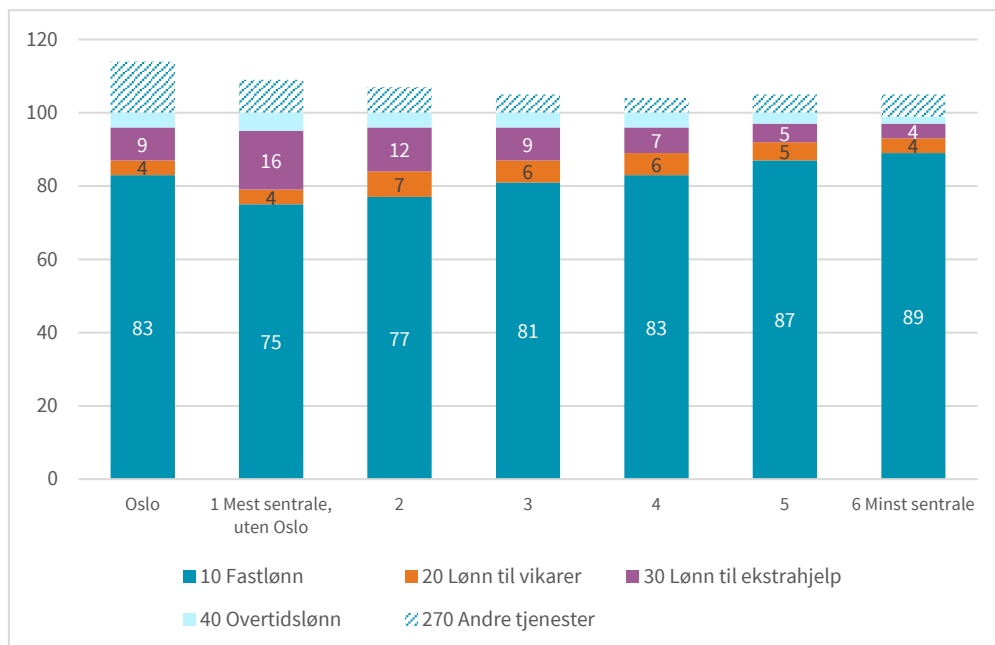
Når vi sammenlikner den gjennomsnittlige utgiftsfordelingen i omsorgstjenestene for alle kommuner i 2021 på tvers av sentralitetsgrupper, finner vi at de minst sentrale kommunene bruker størst andel av lønnsutgiftene på vikarer, ekstrahjelp og overtid. De mest sentrale kommunene bruker mest på fastlønn, men samtidig også mest på kjøp av tjenester. Figur 3.7 viser kostnadsfordelingen i de kommunale omsorgstjenestene.

Figur 3.7 Personaltgifter fordelt på kostnadssteder i kommunale omsorgstjenester (F253, F254 og F256). Oslo og øvrige kommuner. Etter sentralitetsklasse. Prosent Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.



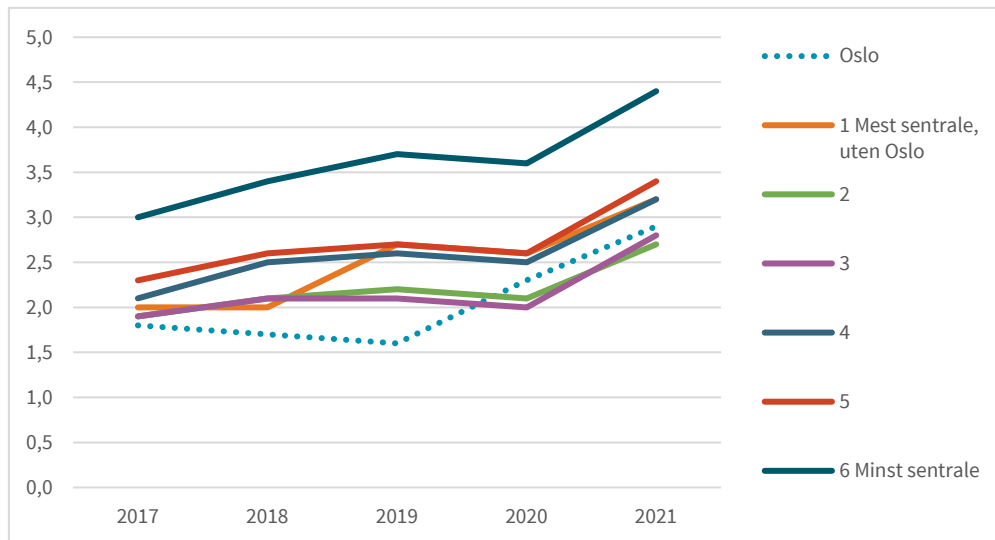
Det er også forskjeller mellom de mest sentrale og de mindre sentrale kommunene når vi sammenlikner kostnadsfordelingen i helsetjenestene i 2021, men bildet er motsatt ved at det er de mest sentrale kommunene som bruker høyest andel av utbetalt lønn på vikarer, i dette tilfelle ekstrahjelp. Utgifter til fastlønn som andel av utbetalt lønn er noe høyere i Oslo enn i andre sentrale kommuner, men til gjengjeld var det et betydelig kjøp av andre tjenester. Dette kan muligens knyttes til ulikhetene i smittetrykk under koronapandemien og et høyere smittetrykk i de mest sentrale kommunene.

Figur 3.8 Personaltgifter fordelt på kostnadssteder i kommunale helsetjenester i Oslo og øvrige kommuner. Etter sentralitetsklasse. Prosent. Kilde: SSB.



Vi avslutter dette kapitlet med en figur som viser utviklingen i overtidsandel fra 2017 til 2021. Den får fram at overtidsveksten begynte i 2020 og 2021 og at trenden var den samme for sentrale og mindre sentrale kommuner. De mest sentrale kommunene startet riktignok overtidsveksten noe tidligere. En mulig forklaring kan være tidligere og kraftigere smitte, og strengere tiltak for å begrense smitte.

Figur 3.9 Utvikling i overtidsandel etter sentralitet. Prosent. Kilde: SSB Kommuneregnskapene.



## 4 Omfang av innleie fra vikarbyråer

---

I det forrige kapitlet belyste vi omfanget av bruk av interne vikarer, tilkallingsvakter og lignende i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En del av kostnadene som ligger i art 270, Andre tjenester omfatter kjøpe av vikartjenester fra bemannings- og rekrutteringsbyråer, heretter omtalt som vikarbyråer. I dette kapitlet gjør vi nærmere rede for bruken av innleie av helsepersonell fra vikarbyråer til kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehusene. To sentrale indikatorer på omfang av innleie er utgifter til innleie målt i kroner og utgifter til innleie som andel av arbeidskostnader. Arbeidskostnader brukes i kapitlet om summen av utgifter til innleie og lønnskostnader.

### 4.1 3,4 milliarder på vikarinnleie i helse og omsorgstjenestene i 2021

Helsetjenestenes utgifter til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå kan ikke leses direkte ut av regnskapsdata, men tre ulike datakilder kan gi en indikasjon på omfanget. Data fra disse datakildene er inkludert i figur 4.1.

Kommunene brukte i 2021 2,4 milliarder på innleie av helse og omsorgspersonell fra vikarbyrå i 2021, blå søyle i figur 4.1. I dette tallet ligger 1,83 milliarder i utgifter til innleie av helse- og omsorgspersonell til omsorgstjenester i institusjon (F253) og i hjemmet (F254). Data er sammenstilt av BCW på vegne av Sykepleierforbundet. Datagrunnlaget dekker den kommunale omsorgstjenesten, og inkluderer opplysninger fra de aller fleste av landets kommuner (se kapittel 2).<sup>16</sup> Data på kommunens kjøp av tjenester fra vikarbyråer i 2022 er foreløpig ikke tilgjengelig.

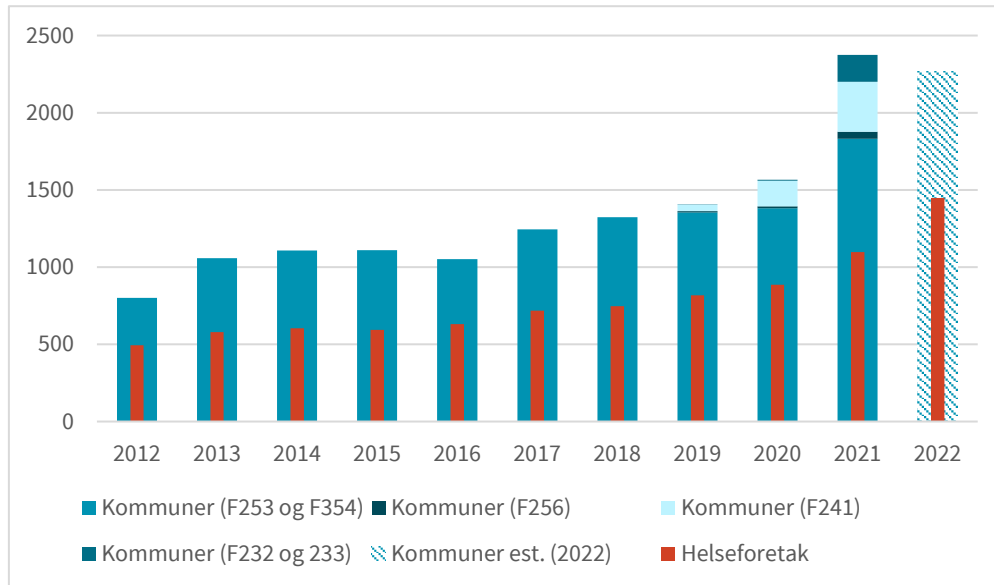
Tallet på 2,4 milliarder for 2021 inkluderer videre 0,5 milliarder til innleie av vikarer til kommunale helsetjenester (F241, F256, F232 og F233). Datagrunnlaget er basert på sammenstilling av fakturaer i Leverandørdatabasen hos Kommunal Rapport. Dataene omfatter blant annet innleie av sykepleier, lege-, fysio- og ergoterapitjenester fra vikarbyrå. Data er beheftet med usikkerheter, men vurdert til å være av tilstrekkelig god kvalitet i årene 2019–2021.

For 2022 har vi estimert kommunenes utgifter til innleie fra vikarbyråer til 2,3 milliarder ved å legge til grunn at utgiftene for F253 og F254 i 2022 vokser i samme takt som gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 2012–2021 på 9,6 prosent per år. Estimater vurderes som konservativt, gitt at intervjudata peker i retning av at utgiftene kan ha økt raskere enn tidligere i 2022. For øvrige deler av den kommunale helse og omsorgstjenesten som blant annet omfatter kommunenes koronahåndtering har vi lagt til grunn at utgiftene i 2022 ikke vokser i samme takt, men er som gjennomsnittet for årene 2019–2021.

---

<sup>16</sup> Hvilke kommuner det mangler data for kan variere fra år til år. For eksempel mangler BCW data om utgifter for 10 kommuner i 2021. Året før kjøpte disse ti kommunene inn vikartjenester tilsvarende 63 millioner kroner regnet i 2022-kroner.

Figur 4.1 Utgifter til kjøp av tjenester fra vikarbyrå i helse og omsorgssektoren 2012–2022\* i millioner 2022-kroner. Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse AS og Agenda Kaupang basert på BCW (2023), Sykehusinnkjøp (2023) og Kommunal rapport (2023).



Vi mangler data på kommunenes utgifter til kjøp av tjenester fra vikarbyrå i 2022. Vi har estimert utgiftene (skravert søyle) ved å legge til grunn en vekst i F253 og F254 tilsvarende gjennomsnittlig vekst per år i perioden 2012-2021 på 9,6 prosent. For øvrige deler av den kommunale helse og omsorgstjenesten har vi lagt til grunn at utgiftene i 2022 er som gjennomsnittet for årene 2019-2021. Tallene er gjengitt i tabell V4.1 i vedlegg.

Helseforetakene leide inn helse- og omsorgspersonell fra vikarbyråer til en verdi av 1 milliard i 2021 og 1,45 milliarder i 2022 ifølge tall fra Sykehusinnkjøp: røde søyler i figur 4.1. Dataene er basert på innleie gjennom de tre rammeavtalene som Sykehusinnkjøp administrerer på vegne av helseforetakene. De tre rammeavtalene omfatter innleie av sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor), legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi, øvrige legespesialiteter) og annet helsepersonell (helsesekretærer og psykologspesialister). utgifter til kjøp gjennom disse rammeavtalene vurderes som et nedre anslag. Spesialisthelse-tjenestens kjøp av tjenester fra vikarbyråer utenom disse rammeavtalene kommer i tillegg. Vi har ikke data om omfanget av innleie fra vikarbyråer utenom rammeavtalene. Men data fra spørreundersøkelsen presentert lengre ned gir en pekepinn.

Basert på det ovenstående anslår vi helsepersonenes utgifter til innleie av helse og omsorgspersonell fra vikarbyrå til 3,4 mrd. kroner i 2021, og muligens så mye som 3,7 milliarder kroner i 2022.

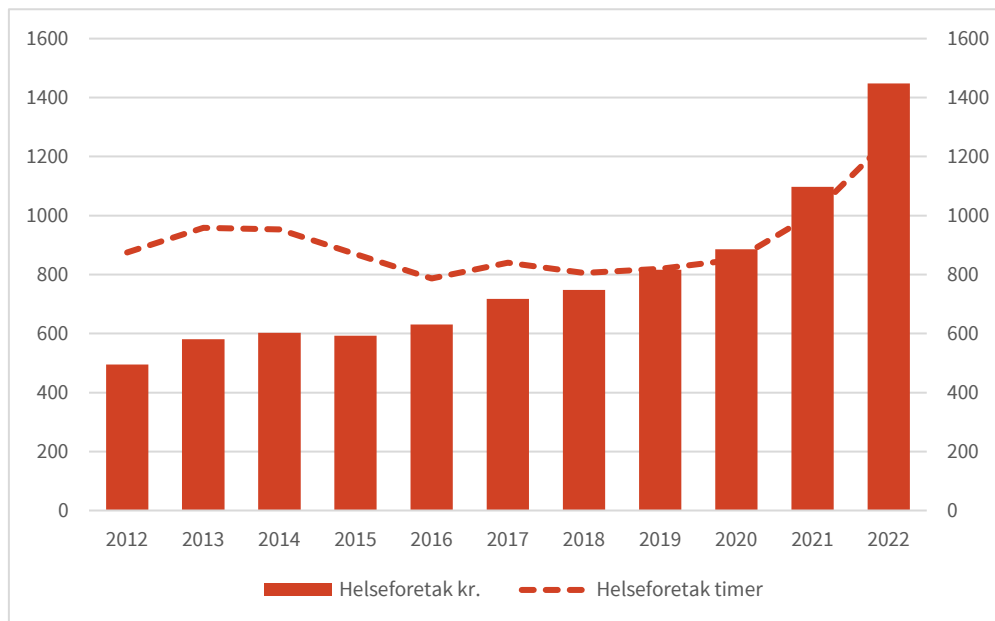
### Vikarbruken er doblet siden 2012

Som det framgår av figur 4.1 er utgiftene til innleie av helse- og omsorgspersonell fra vikarbyrå mer enn doblet i perioden 2012–2021 (figur 4.2). Utgiftene er høyest i kommunesektoren indikert ved at de blå søylene er høyere enn de røde. Mellom årene 2012 og 2021 har veksten vært marginalt lavere i spesialisthelsetjenesten (gjennomsnittlig 9,3 prosent per år) enn i den kommunale omsorgstjenesten (gjennomsnittlig 9,6 prosent per år). Utvikling i kommunenes utgifter til innleie fra vikarbyrå er beregnet med utgangspunkt i vekst i utgifter til innleie i omsorgstjenestene (F253 og F254) fordi det er for disse funksjonskodene vi har data så langt tilbake i tid.

Utgiftene til innleie fra vikarbyrå har økt jevnt i hele perioden, men en særlig kraftig økning i 2021. Utgiftene til innleie fra vikarbyråene i kommunehelsetjenesten var 33 prosent høyere i 2021 enn i 2020. I samme år økte utgiftene til innleie i spesialisthelsetjenesten med 24 prosent. I 2022 økte utgiftene i spesialisthelsetjenesten med ytterligere 33 prosent.<sup>17</sup>

Det har i perioden 2012–2022 også vært vekst i antall timer som utføres av innleide fra vikarbyråene (her har vi bare data for spesialisthelsetjenesten). I løpet av denne perioden har veksten i utgifter vært høyere enn veksten i antall timer i figur 4.2, noe som tilsier at gjennomsnittlig pris per fakturerte time har økt. Vi omtaler gjennomsnittlig pris per fakturerte time nærmere i kapittel 7.

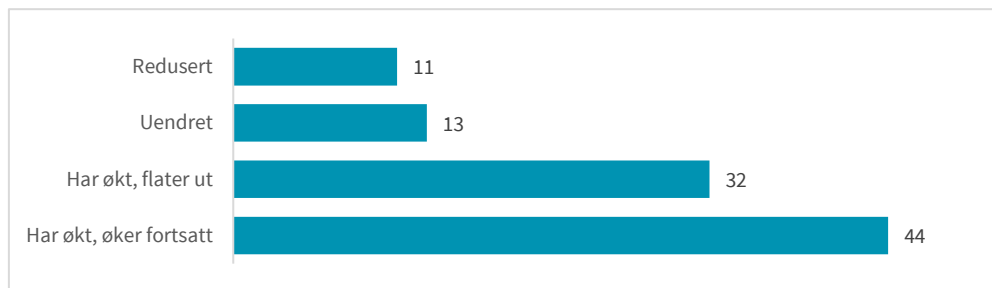
Figur 4.2 Utgifter til kjøp av tjenester fra vikarbyrå i helseforetakene 2012–2022. I millioner 2022-kroner (venstre akse) og i 1000 timer (høyre akse). Kilde: Sykehusinnkjøp.



At bruken av innleie fra vikarbyrå har økt de siste årene gjenspeiles også i svarene fra spørreundersøkelsen i figur 4.3. 44 prosent av respondentene svarer at bruken av vikarbyrå har økt og at bruken fortsatt øker, mens 32 prosent oppgir at bruken har flatet ut etter en periode med økning. Bare elleve prosent svarer at vikarbyråbruken er redusert. Ut fra svarene i spørreundersøkelsen er det små forskjeller mellom kommuner og helseforetak.

<sup>17</sup> Vi har ikke data for 2022 for kommunene. Utgiftsveksten i kommunene i figur 4.1 er lavere fordi vi her har lagt gjennomsnittlig vekst fra 2015-2021 på 9,6 prosent til grunn.

Figur 4.3 Hvordan har bruken av vikarbyrå utviklet seg de siste årene? Prosent. n = 450 Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



### Begrenset, men høyere bruk av vikarbyråer

Selv om omfanget av innleie målt i kroner er betydelig, er utgiften små sammenlignet med samlede lønnskostnader i sektoren. Utgifter til innleie fra vikarbyrå utgjør i underkant av 2 prosent av lønnsutgiftene i tjenestene i figur 4.4. Blå linjer viser andelen innleie i kommunale pleie- og omsorgstjenester og røde linjer viser andelen innleie i helseforetakene.

For alle funksjonskodene vi dekker i denne rapporten finner vi at utgifter til innleie fra vikarbyrå tilsvarte 1,8 prosent av summen av lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon og utgifter til innleie i norske kommuner i 2021. Utgifter til innleie er basert på data fra BCW og leverandørdatabasen, mens samlede lønnsutgifter er basert på data fra SSB (tabell 12362).

Andelen beregnet med utgangspunkt i kommunenes utgifter til innleie i omsorgstjenester i hjemmet og i institusjon (F253 og F254) var 1,7 prosent. I undersøkelser av forskjeller mellom kommuner og over tid bruker vi andelen for disse to funksjonskodene fordi datakvaliteten her vurderes som best. Disse to funksjonskodene utgjør, som nevnt, 86 prosent av lønnskostnadene i de kommunale helse og omsorgstjenestene vi dekker i denne rapporten.

Omfanget av innleie ved sykehusene er på nivå med innleie i kommunene. Utgifter til innleie gjennom rammeavtalene som Sykehusinnkjøp tilsvarte 1,7 prosent av lønnskostnader og utgifter til innleie i 2021. Vi har tatt utgangspunkt i lønnskostnader i somatiske helsetjenester i helseforetakene (SSB tabell 09447) som omfatter tjenester til pasienter med fysiske skader og sykdom. I 2021 var samlede lønnskostnader innenfor somatiske helsetjenester 63 milliarder. 2022-kroner. Vi bruker andelen slik beregnet som en indikator på omfang av viktjenester når vi undersøker endring over tid og forskjeller mellom helseforetak.

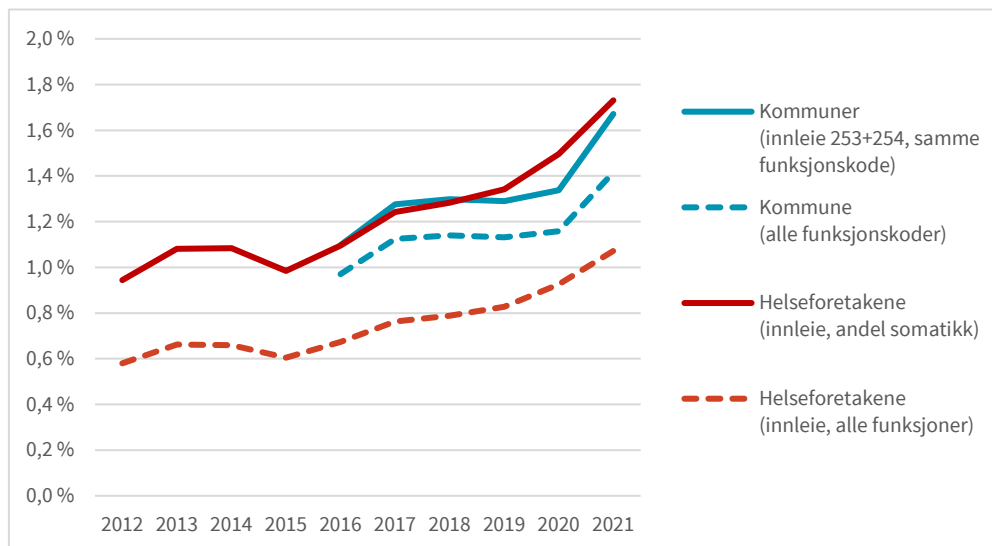
Andelen innleie er lavere hvis vi sammenlikner utgiftene til innleie i kommunene innen F253 og F254 med lønnskostnadene i hele den kommunale helse- og omsorgssektoren<sup>18</sup>: stiplet blå linje i figur 4.4. Tilsvarende er tilfelle dersom vi sammenlikner utgifter til innleie over de tre rammeavtalene Sykehusinnkjøp forvalter, med kjøp samlede lønnsutgifter i helseforetakene (stiplet rød linje). Da vil også samlede lønnsutgifter til administrasjon i de regionale helseforetakene, samt lønnskostnader til personale i barnehager, ambulanse, syketransport og psykisk helsevern, rusbehandling og røntgen være med. Også på slike områder kan det leies inn arbeidskraft som kommer i tillegg til de tre avtalene vi her konsentrerer oss om. Uansett tilnærming, tilsier sammenligningene at omfanget av innleie fra vikarbyrå er begrenset, men

<sup>18</sup> Definert som funksjonskodene 232, 233, 234, 241, 253 og 254 jf. kapittel 2. Fordi vi er interessert i å undersøke endringer i andeler over tid, har vi kun brukt utgifter til innleie på funksjonskodene 253 og 254 til grunn for beregningene i figuren. Datagrunnlaget er best for disse to funksjonskodene.



økende, se figur 4.4. Både utgifter til innleie fra vikarbyrå og lønnskostnader i helse- og omsorgstjenestene har økt i perioden, men veksten i utgifter til innleie fra vikarbyrå har vært sterkere enn veksten i lønnsutgifter.

Figur 4.4 Utgifter til innleie fra vikarbyrå i deler av helse- og omsorgssektoren. 2012–2021 som andel av utgifter til innleie og lønnskostnader (prosent). Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse AS basert på BCW (2023), Sykehusinnkjøp (2023) og SSB (2023, tabell 09447 og tabell 12362).



Lønnsutgifter inkluderer fastlønn, tillegg og arbeidsgiveravgift. Andelen er beregnet som utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader fratrukket sykelønnsrefusjon (SSB tabell 12362, 2023) og utgifter til innleie av vikarer basert på data fra BCW (2023). Gjelder kun innleie over funksjonskodene 253 og 254 for kommunene da datagrunnlaget vurderes som best for å undersøke endringer over tid og mellom kommuner.

## 4.2 Store innleieforskjeller mellom kommuner

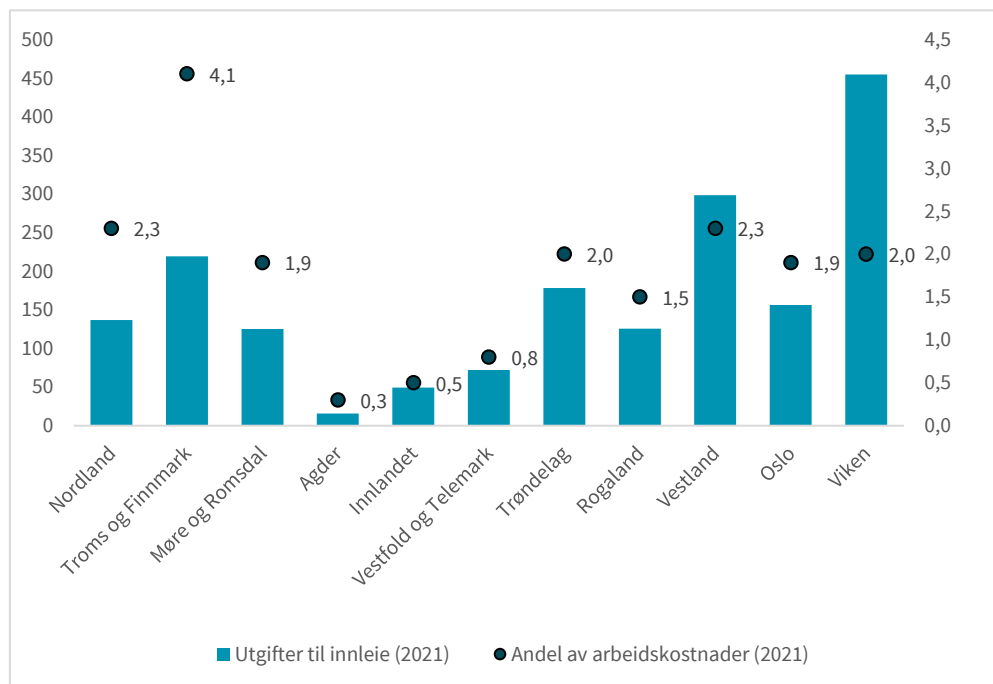
Som nevnt har utgiftene til innleie fra vikarbyrå økt når man ser kommunesektoren under ett. Men det er store variasjoner i utgifter til innleie mellom kommuner, og store forskjeller fra år til år. Disse forskjellene vil vi framstille på tre måter. Først viser vi kommunenes bruk av personell fra vikarbyråer i utvalgte fylker og kommuner. Deretter presenterer vi data etter sentralitetsindeksen på tilsvarende måte som i kapittel 3. I figurene viser vi både omfang målt i utgifter (2022-kroner) og utgifter som andel av summen av lønnsutgifter og utgifter til innleie i prosent, noe som gjør at vi kan sammenligne omfanget på tvers av fylker, kommuner og sentralitetsklasser. I alle figurene undersøker vi variasjoner mellom kommuner og over tid med utgangspunkt i utgifter til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå til omsorgstjenestene (F253 og F254).

### Innleie etter fylke

Målt i 2022-kroner er utgiftene til innleie fra vikarbyrå (F253 og F254) størst i Viken og Vestland, (søyler i figur 4.5). Dette er ikke overraskende gitt at dette er store fylker målt i antall innbyggere. Det er derfor nyttig også å se til utgifter til innleie fra vikarbyrå som andel av lønnskostnader. Andelen er beregnet som utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader fratrukket sykelønnsrefusjon (SSB tabell 12362, 2023) og utgifter til innleie av vikarer basert på data fra BCW (2023). Gjelder kun F253 og F254 der datagrunnlaget vurderes som best for å undersøke endringer over tid og mellom kommuner.

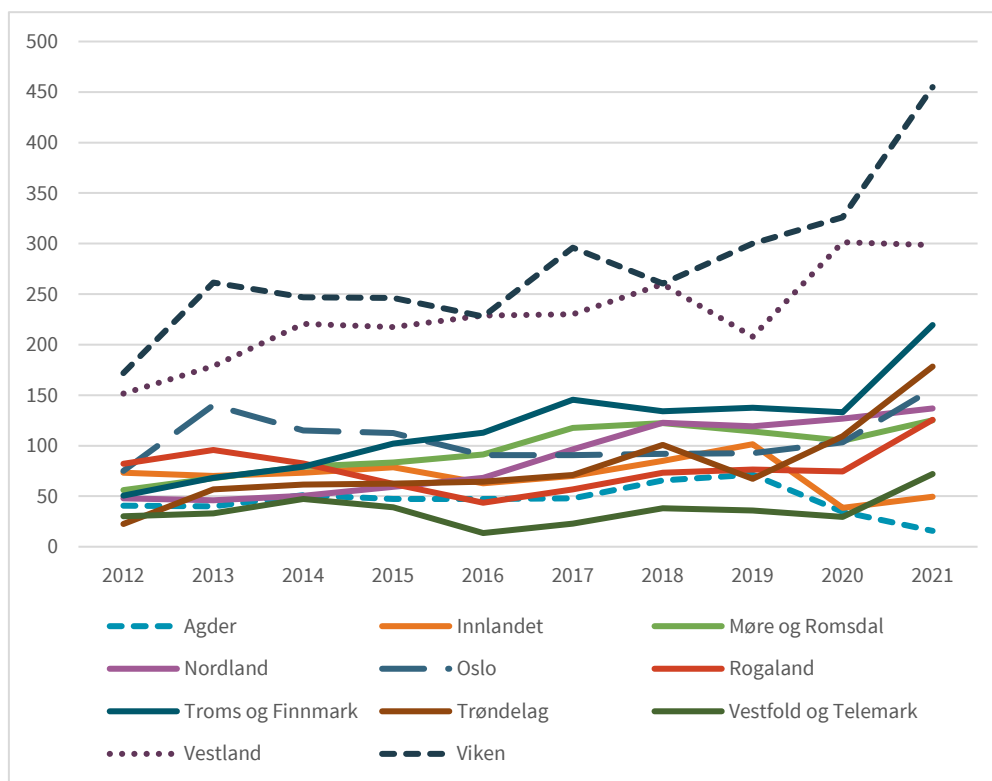
Målt som andel av arbeidskraftkostnadene er omfanget høyest i Troms og Finnmark (3,7 prosent) fulgt av fylkene Vestland (2,3 prosent) og Nordland (2,3 prosent). Andelen oppgitt i figuren er gjennomsnittet blant de kommunene i fylket som vi har data for. Omfanget er lavest blant kommuner i Agder (0,3 prosent), Innlandet (0,5 prosent) og Vestfold og Telemark (0,8 prosent).

Figur 4.5 Utgifter til innleie via bemanningsbyrå i fylkene. Kun F253 og F254. i 2021. I millioner 2022-kroner, venstre akse (søyler) og som andel av lønnskostnader og utgifter til innleie i prosent, høyre akse (punkt). Kilde: BCW og SSB (tabell 12362).



Utgifter til innleie fra bemanningsbyråer målt i kroner har økt jevnt i flere av landets fylker siste ti år. Utgiftene har økt mest i Vestland og Viken som fra før har de høyest utgiftene. Fra 2020 til 2021 økte utgiftene alle fylker bortsett fra Agder og Vestland, se figur 4.6.

Figur 4.6 Utgifter til innleie via bemanningsbyrå i kommunene etter fylke. Kun F253 og F254. 2012–2021. I millioner 2022-kroner. Kilde: BCW.



### Innleie utvalgte kommuner

For den enkelte kommune varierer utgiftene til innleie fra vikarbyrå fra år til år. Tabell 4.1 viser utgifter til innleie av helse- og omsorgspersonell fra vikarbyrå i 2015, 2019 og 2021, vikarbyråutgifter som andel av summen av lønnsutgifter og utgifter til innleie, samt utgifter til innleie per 1000 innbygger i landets ti største kommuner. Andelen er beregnet som utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader fratrukket sykelønnsrefusjon (SSB tabell 12362, 2023) og utgifter til innleie av vikarer basert på data fra BCW (2023).

I fem av landets største kommuner er utgiftene høyere i 2021 enn før pandemien i 2019, i de øvrige er utgiftene på samme nivå eller lavere. Kristiansand rapporterte om lave utgifter til innleie i 2021. Utgiftene målt som andel av arbeidskraftkostnad og per innbygger er høyest i Asker, Bærum og Trondheim. Tre av de seks casekommunene har ikke hatt utgifter til vikarbyråer i det hele tatt. Dette gjelder Alstahaug, Karmøy og Ringerike. Asker har utgifter omtrent på landsgjennomsnittet, Bodø ligger litt over, mens Malvik har betydelig høyere innleiekostnader enn de andre.

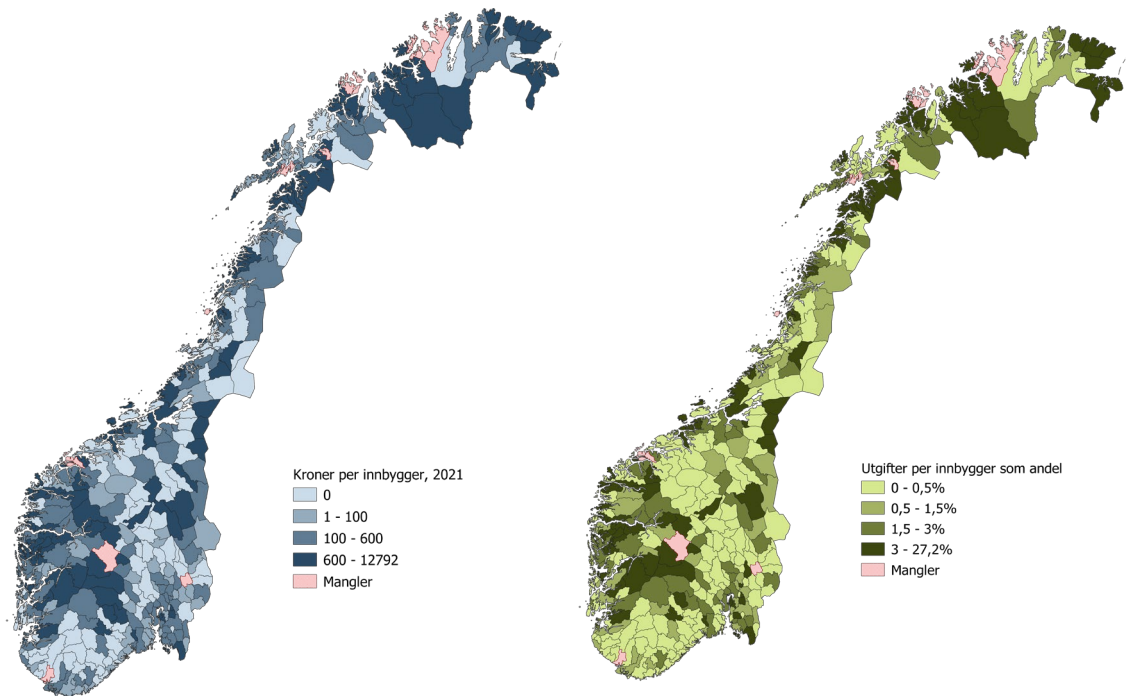
Om lag halvparten av landets kommuner (171) rapporterte om økte utgifter til innleie av vikarer i kommunale omsorgstjenester (F253 og F254) i 2021, sammenlignet med 2020 (målt i 2022-kroner). Det er også mange kommuner som ikke leier inn og/eller har redusert sine utgifter. 87 kommuner har oppgitt at de ikke har hatt utgifter til innleie fra vikarbyrå til omsorgstjenestene i 2021, 88 kommuner hadde lavere utgifter til innleie i 2021 enn i 2020.

Tabell 4.1 Utgifter til innleie fra vikarbyrå i millioner 2022-kroner, andel i prosent av totale arbeidskostnader og per 1000 innbygger i kroner. Kun F253 og F254. Landets 10 største kommuner og 6 casekommuner. Kilder: BCW og SSB.

	Utgifter til innleie			Andel 2021	Utgifter per 1000 innbyggere 2021
	2015	2019	2021		
<b>10 største kommuner</b>					
Drammen	1	11	47	2,7	463
Bærum	27	9	61	2,6	473
Trondheim	41	51	72	2,3	347
Asker	13	27	33	2,1	344
Oslo	112	92	156	1,9	224
Stavanger	40	46	41	1,9	287
Bergen	71	66	70	1,5	244
Lillestrøm	10	13	12	0,9	143
Fredrikstad	8	15	9	0,5	111
Kristiansand	16	9	0,3	0,02	3
<b>6 casekommuner</b>					
Malvik	4	2	9	4,2	621
Bodø	9	36	32	3,2	607
Asker	13	27	33	2,1	344
Alstahaug	0	0	0	0,0	0
Ringerike	0	0	0	0,0	0
Karmøy	0	0	0	0,0	0
<b>Norge</b>	1088	1308	1832	1,7	339

Kartene i figur 4.7 viser utgifter til innleie per 1000 innbyggere og som andel av summen av utgifter til innleie og lønnskostnader i 2021 for alle landets kommuner. Kartet anskueliggjør allerede omtalte funn som viser at utgifter til vikarbruk er høyere nord og vest i landet. Men kartet viser også at det i nord og vest er kommuner med lave, eller ingen, utgifter til innleie fra vikarbyrå. Vikarbruken varierer fra år til år, og det er også mange mindre sentrale kommuner som har relativt lave utgifter til vikarer. Det er altså høy vikarbruk i noen kommuner som bidrar til høye utgifter.

Figur 4.7 Utgifter til innleie fra vikarbyrå i per 1000 innbyggere (blått kart) og som andel (grønt kart). 2021. I 2022-kroner. Kun F253 og F254. Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse basert på BCW og SSB.



Andel er beregnet for 2021. Andelen er beregnet som utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader fratrukket sykelønnsrefusjon (SSB tabell 12362, 2023) og utgifter til innleie av vikarer basert på data fra BCW (2023).

Utgifter omfatter kun utgifter til innleie i omsorgstjenester (F253 og F254). Data mangler for 10 kommuner (rosa). Kommuner med verdier inndelt i tre grupper med like mange kommuner i hver gruppe, avrundet til hele tall.

### Innleie etter sentralitet

Foruten å undersøke variasjoner etter fylke, kan det også være interessant å undersøke om det er variasjoner utfra hvor sentrale kommunene er, fordi grad av sentralitet kan spille inn på kommunenes tilgang på arbeidskraft og grad av sårbarhet for sykdom og annet. En hypotese er at utgifter til innleie er høyere i mindre sentrale kommuner. Figur 4.8 viser summen av utgifter til innleie fra vikarbyrå (søyle) og som andel av summen av lønnskostnader fratrukket sykelønnsrefusjon på F252 og F253 vist ved punkt.<sup>19</sup> Andelen er beregnet som utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader fratrukket sykelønnsrefusjon (SSB, 2023) og utgifter til innleie av vikarer basert på data fra BCW (2023).

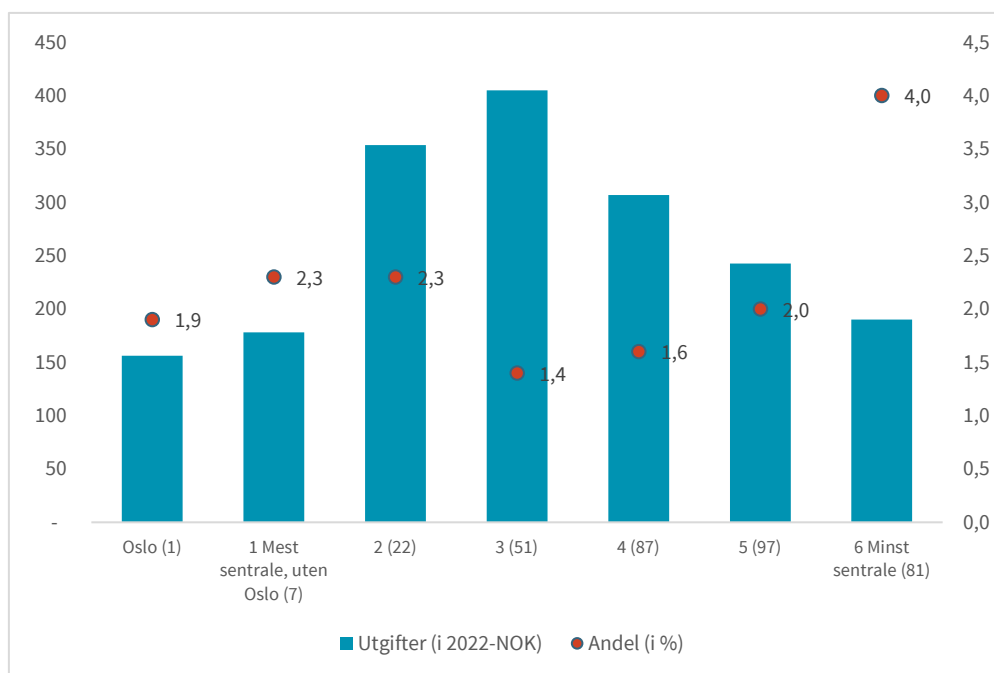
Omfanget målt i kroner gjenspeiler hvor store kommunene er. Vi har derfor også vist utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader og innleie. Figuren viser at utgifter til innleie fra vikarbyrå som andel av summen av lønnskostnader og vikarutgifter, er høyest blant de minst sentrale kommunene, i tråd med hypotesen. Av de 81 kommunene som inngår i sentralitetsklasse 6 går i gjennomsnitt 4 prosent av arbeidskostnadene til innleie fra vikarbyråer. Andelen er betraktelige høyere i

<sup>19</sup> Sentralitetsindeksen er en kode med en verdi for hver kommune, som gir et mål for kommunens sentralitet. Kommunene er delt inn i seks klasser, der 1 er de mest sentrale og 6 de minst sentrale. Oslo og kommunene rundt Oslo er ansett som de mest sentrale (1). Større byer som Trondheim, Bergen og Stavanger er i sentralitetsklasse 2. Jf. kapittel 2 for nærmere omtale.

noen av de aller minste kommunene. Men også i de mest sentrale kommunene er innleie fra vikarbyrå ganske høyt. Oslo kommune er skilt ut fra indekssklassene fordi kommunen er så stor.

Oslo bruker alene mer enn 150 millioner på innleie: 1,9 prosent av summen av lønnskostnader og utgifter til innleie. Det er også sentrale kommuner, som i utgangspunktet har et større marked å rekruttere fra, som har utgifter til innleie av vikarer. Vår tolkning er derfor at sentralitet kan spille inn, men at det også er mange andre årsaker som forklarer innleie. Vi drøfter ulike årsaker nærmere i neste kapittel.

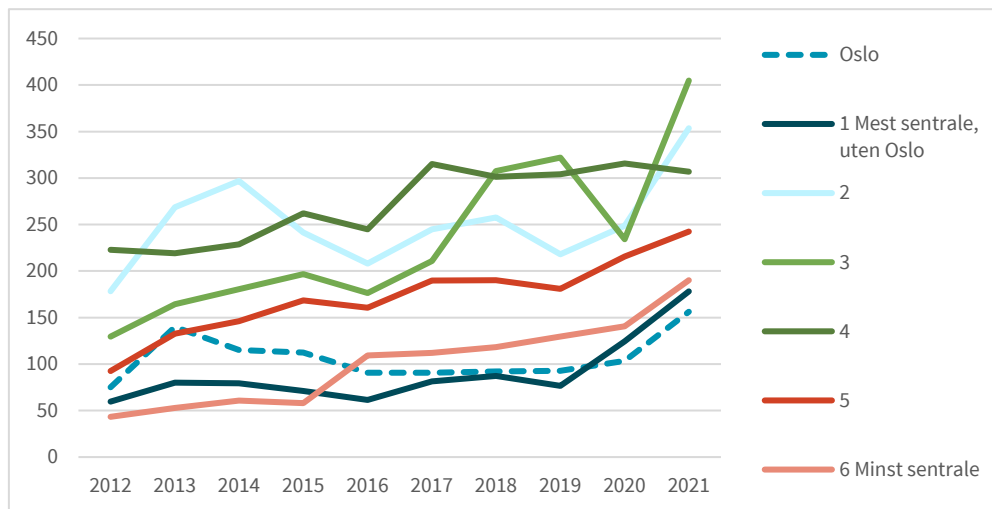
Figur 4.8 Utgifter til innleie i millioner kroner (søyle) og andel innleie i prosent (punkt). 2021. Kun F253 og F254. Etter sentralitet. Tall i parentes angir antall kommuner vi har data for innenfor sentralitetsklassene. Kilder: BCW og SSB (tabell 12362).



Omfatter utgifter til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå til omsorgstjenestene, F253 og F254. Andelen er beregnet som gjennomsnittet blant de kommuner vi har data for i 2021.

Figur 4.9 viser utgifter til vikarbyrå målt i kroner i perioden 2012-2021 fordelt på ulike sentralitetsklasser. I figuren har vi skilt ut Oslo fordi denne kommunen er så stor. Utgifter til innleie har økt for alle sentralitetsgrupper siden 2012 med en særlig sterk økning i 2021. For Oslo var utgiftene til innleie fra vikarbyrå på nivå med toppåret 2013. Utgiftene har ligget på et lavere nivå i perioden 2014-2019.

Figur 4.9 Utgifter til innleie fra vikarbyrå. Kommunal omsorgstjeneste (F253 og F254). Etter sentralitet. 2012–2021, i millioner 2022-kroner. Kilde: BCW.



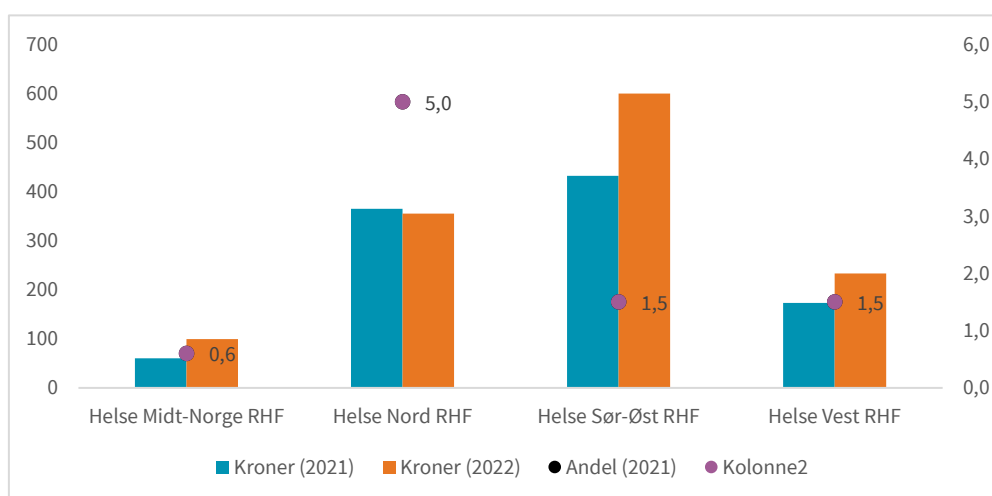
### 4.3 Store innleieforskjeller også mellom helseforetak

Også mellom helseregionene og helseforetak er det variasjoner i utgifter til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå fra år til år, og mellom ulike regioner.

#### Omfang i regionale helseforetak

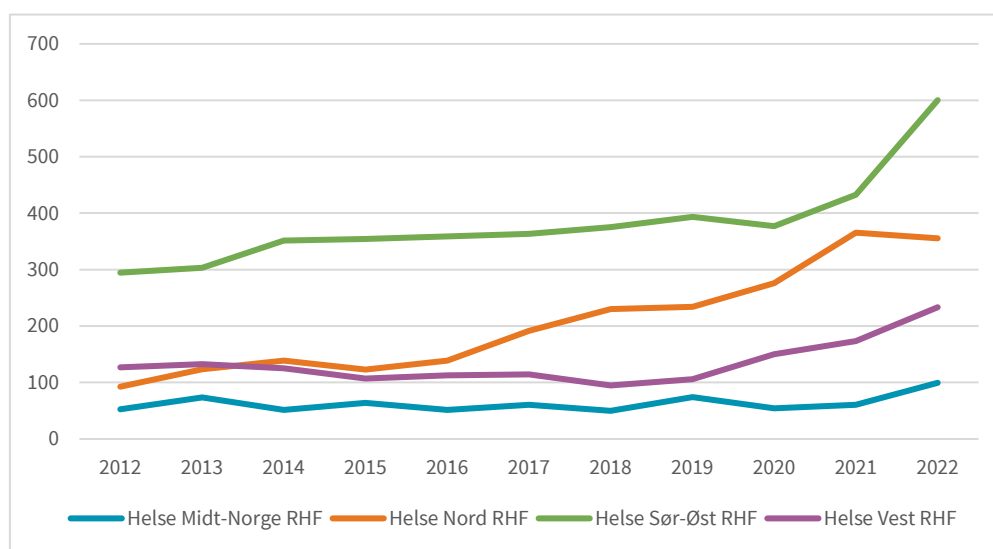
Utgiftene til innleie er høyest i Helse Sør-Øst og det er også i Helse Sør-Øst at veksten fra 2021 til 2022 har vært størst, se søylene i figur 4.10 Søylene i rødt viser utgifter i 2021 og 2022 målt i faste priser. Dette er også helseregionen med flest ansatte og størst pasientgrunnlag. Andelen innleie er høyest i Helse-Nord (5 prosent) se punktene i figur 4.10. Andelen er beregnet som utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader og andre personalkostnader innen somatikk (SSB tabell 09447, 2023) og utgifter til innleie av vikarer på de tre rammeavtalene Sykehusinnkjøp forvalter (Sykehusinnkjøp, 2023). Helse Midt-Norge skiller seg ut med vesentlig lavere bruk av vikarbyråer enn de andre regionale helseforetakene.

Figur 4.10 Utgifter til innleie via bemanningsbyrå i helseforetakene. I 2021 og 2022. I millioner 2022-kroner (søyle), og som andel av lønnskostnader innen somatikk i 2021, prosent (punkt). Kilder: Sykehusinnkjøp og SSB (tabell 09447).



I alle de regionale helseforetakene lå utgifter til innleie fra vikarbyrå stabilt i perioden 2012–2019, med unntak av Helse Nord, hvor utgiftene har økt så godt som hvert år siden 2012. I alle helseforetakene økte utgiftene til innleie i 2021, se figur 4.11. Utgifter til innleie økte også fra 2021 til 2022, med unntak av i Helse Nord som har en liten nedgang. Veksten var størst i Helse Sør-Øst, målt i kroner, og i Helse Midt, målt i prosentvis endring fra 2021 til 2022.

Figur 4.11 Utgifter til innleie via bemanningsbyrå i helseforetakene. I 2012-2022. I millioner 2022-kroner. Fordelt på regionalt helseforetak. Kilde: Sykehusinnkjøp.



### Omfang i helseforetak

Variasjonene i andel av utgifter til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå er større mellom de enkelte helseforetakene. Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Helse Fonna hadde høyest utgifter til innleie som andel av summen av innleie og lønnskostnader. Ved fem helseforetak var utgiftene til innleie under 1 prosent. Ingen helseforetak står uten utgifter til innleie av helsepersonell i 2022. Som tidligere, er andelen beregnet for 2021 som utgifter til innleie som andel av summen av lønnskostnader og andre personalkostnader innen somatikk (SSB, 2023) og utgifter til innleie av vikarer på de tre rammeavtalene Sykehusinnkjøp forvalter (Sykehusinnkjøp, 2023).



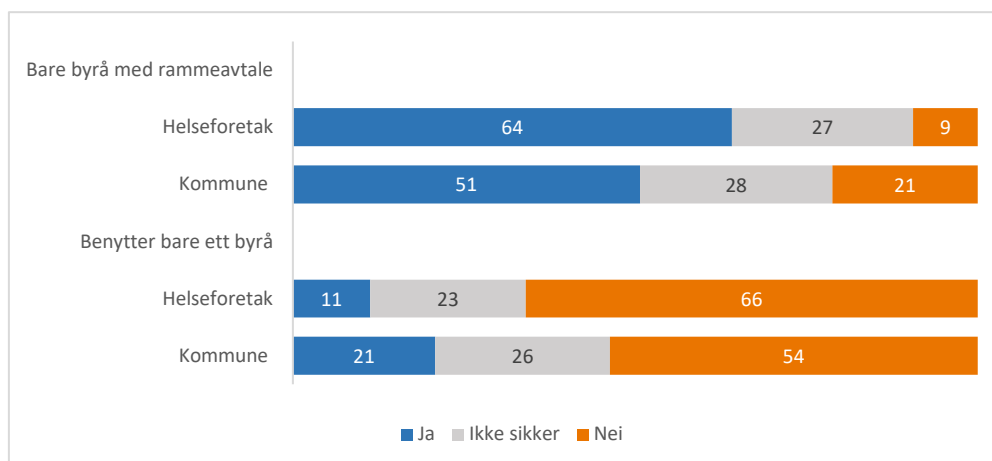
Tabell 4.2 Utgifter til innleie i millioner 2022-kroner, endring per år i prosent og utgifter til innleie som andel av summen av utgifter til innleie og lønnskostnader innen somatikk i prosent. Kilder: Sykehusinnkjøp og SSB (tabell 09447).

Helseforetak	Utgifter til innleie			Endring per år		Andel 2021
	2015	2021	2022	2015–2022	2021–2022	
Helse Midt-Norge RHF	64	61	100	6	65	0,6
Helse Møre og Romsdal HF	28	27	28	0	3	0,9
Helse Nord-Trøndelag HF	15	14	17	2	21	0,9
St. Olavs Hospital HF	21	19	55	15	183	0,4
Helse Nord RHF	123	365	356	16	-3	5,0
Finnmarkssykehuset HF	32	94	84	15	-11	10,5
Helgelandssykehuset HF	19	46	42	12	-8	5,2
Nordlandssykehuset HF	47	133	116	14	-13	7,2
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25	93	114	24	23	2,6
Helse Sør-Øst RHF	395	523	755	10	44	1,5
Akershus universitetssykehus HF	39	90	154	22	71	1,9
Oslo universitetssykehus HF	197	171	220	2	29	1,4
Sykehuset i Vestfold HF	10	19	66	30	248	0,9
Sykehuset Innlandet HF	35	66	99	16	49	2,0
Sykehuset Telemark HF	13	21	36	16	70	1,3
Sykehuset Østfold HF	41	44	45	1	3	1,5
Sørlandet sykehus HF	15	57	68	24	20	1,9
Vestre Viken HF	38	52	65	8	25	1,2
Helse Vest RHF	109	176	238	12	35	1,5
Helse Bergen HF	17	31	48	16	57	0,5
Helse Fonna HF	20	75	96	25	28	4,7
Helse Førde HF	24	28	34	5	21	2,3
Helse Stavanger HF	47	40	56	3	41	1,2

#### 4.4 Bruk av rammeavtaler og flere byråer

Blant de som benytter vikarbyråer, oppgir to tredjedeler at de benytter flere. Om lag 15 prosent oppgir at de bare benytter tjenester fra ett byrå, mens nesten 20 prosent benytter tilsynelatende også vikarer fra vikarbyråer uten å ha rammeavtale (figur 4.12).

Figur 4.12 Bruk av flere byråer med eller uten rammeavtale. Prosent, n = 409 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



Informanter fra helseforetakene oppgir noe oftere at deres tjenesteder benytter flere vikarbyråer og at de har rammeavtaler med de byråene som benyttes (tabell V4.1). Ut fra de strenge retningslinjene og tilrettelagte standardavtaler fra Sykehusinnkjøp hadde vi forventet at flere informanter fra helseforetakene oppga at de brukte rammeavtaler. Andel som har svart ikke sikker er ganske stor. Dette er antakelig ledere og tillitsvalgte som ikke administrerer innleie selv, men som vet at sykehuset eller kommunen gjør det. Bruken av innleie uten å ha rammeavtale beskrives lengre ned i rapporten.

#### 4.5 Mange vikarbyråer og innleie av flere yrkesgrupper

Det er mange virksomheter som leier ut arbeidskraft i Norge. Om lag 2000 foretak var registrert under næringsgruppe 78 Arbeidskrafttjenester i 2021 (SSB, tabell 07196). Disse leier ut arbeidskraft til mange deler av norsk arbeidsliv. Basert på regnskapsdata har vi identifisert et titalls virksomheter som leverer til helsetjenesten og er virksomheter med mer enn 100 ansatte i 2021. Både disse og et større antall mindre virksomheter tilbyr utleie av helsepersonell. Noen av de store virksomhetene er konsentrert om å levere tjenester til helse- og omsorgstjenestene slik som for eksempel Dedicare, Legeformidling og Vacant Helse. Andre leverer tjenester til flere næringer, for eksempel Randstad, Manpower og Adecco. Noen bemanningsbyråer driver i hovedsak med utleie av personell som er ansatt i bemanningsforetakene, mens andre driver i tillegg også med rekruttering og formidling av personell. I tillegg er det flere utenlandske virksomheter som leverer vikarer til det norske helsevesenet. Av 14 byråer som har avtale om utleie av sykepleiere ser over halvparten ut til å være utenlandske.<sup>20</sup>

Helsepersonell ansatt i et bemanningsbyrå hever lønn i henhold til avtalt stillingsprosent og arbeidsperiode. Byråene videreformidler ledige oppdrag til sine ansatte, som så tar vikaroppdrag i henhold til det omfang de har avtalt med vikarbyrået. Informanter fra vikarbyråene oppgir at etterspørselen er såpass stor at mange av deres

<sup>20</sup> Antall aktører som har avtale med sykehusinnkjøp gir også en indikasjon om omfanget av store aktører: 14 aktører har avtale om utleie av legespesialister, hvorav 9 har ikke-norsk e-postadresser, 14 har avtale om utleie av sykepleiere, hvorav 9 har ikke-norsk e-postadresser, og 7 aktører, som alle har norsk e-postadresser, har utleie av annet helsepersonell. Enkelte virksomheter leverer på flere av avtalene.

ansatte har fleksibilitet til å ta de oppdragene de selv ønsker og jobbe så mye de vil. Konsekvensen er at vikarene kan velge oppdragene de anser som mest attraktive, og at byråene kan få utfordringer med å skaffe personell til andre oppdrag. De ulike tjenestestedene må derfor ofte bruke flere byråer for å dekke sitt behov for vikarer. Dette korresponderer med bildet kjøperne av vikatjenester har gitt.

### **I overkant 3000 vikarer i helsefaglige yrker**

I 2021 var i alt 55 818 lønnstakere i alderen 16–69 år ansatt i virksomheter som tilhører næringsgruppe 78.200 Utleie av arbeidskraft (omtalt som vikarbyrå). Vi ser her kun på personer som mottar lønn fra et vikarbyrå og som har vikarbyrå som sitt hovedarbeidsforhold. Disse dataene gir ikke informasjon om hvor de vikaransatte leies ut. Vi vet derfor ikke om disse tar oppdrag hos kommunene, helseforetakene eller hos private leverandører av helse- og omsorgstjenester. Men vi har data som viser hvilket yrke vikarbyrået registrerer for sine lønnstakere. Hvis vi ser bort fra de som jobber som arbeidsformidlere i bemanningsbyråene, utgjorde tømrere og snekkere den største yrkesgruppen innen utleie av arbeidskraft i perioden 2015–2021, mens veksten har vært sterkest blant barnehage- og skolefritidsassistenter.

3050 lønnstakere i bemanningsbyråene hadde helsefaglig yrke i fjerde kvartal 2021 (figur 4.13)<sup>21</sup>. Antall sysselsatte i vikarbyråene har økt jevnt år for år, og nesten doblet seg fra i overkant av 1500 lønnstakere i 2015. Dette samsvarer med hvordan utviklingen for innkjøp har vært, se avsnitt 4.1. 3050 personer med helsefaglige yrker tilsvarer om lag 5 prosent av alle lønnstakere i bemanningsbyråene, og 0,7 prosent av alle lønnstakere 16–69 år som har sitt hovedarbeidsforhold i helse- og omsorgstjenestene i 2021.

### **Særlig innleie av sykepleiere**

Sykepleierne utgjør en av de største yrkesgruppene i helse- og omsorgssektoren med ca. 94 000 sysselsatte i 2021. Ifølge SSB (Holmøy mfl., 2023) var det en underdekning på 5000 sykepleiere (Jia mfl., 2023). I 2021 ble det lyst ut omtrent 37 000 sykepleierstillinger, 20 000 stillinger for helsefagarbeidere, 8 000 vernepleierstillinger og nesten like mange legestillinger (NAV-tall gjengitt i NOU 2023:4). Sykepleierne utgjør med andre ord en stor og ettertraktet yrkesgruppe. Det er derfor ikke overraskende at sykepleiere er den yrkesgruppen i sektoren som oftest leies inn fra vikarbyråer. Det betyr at de også er den yrkesgruppen som i størst grad lar seg leie ut. Dette gjelder både i kommunene og i helseforetakene.

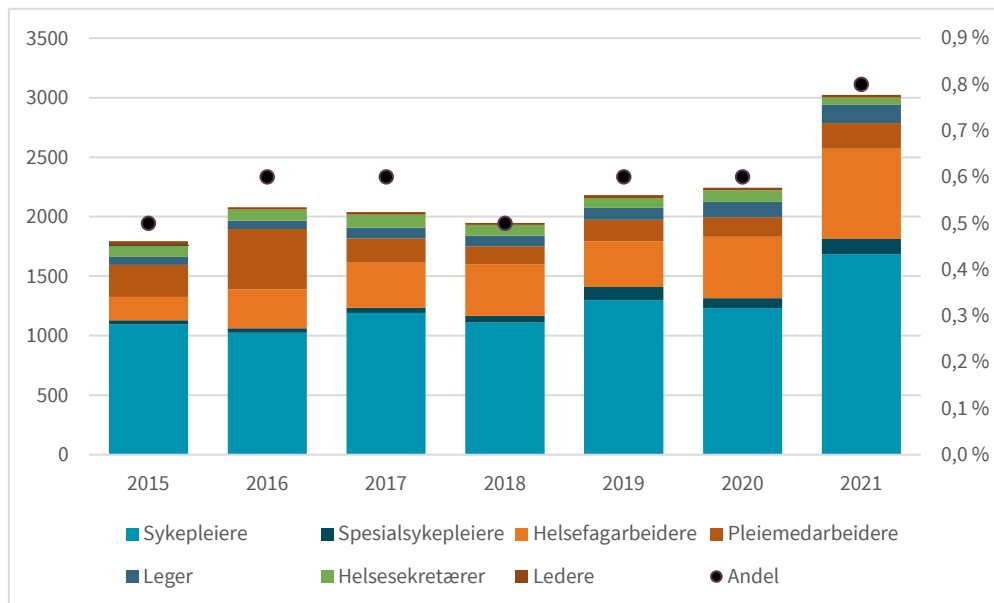
Registerdataene viser at blant helsepersonell i vikarbyråene i 2021, utgjorde sykepleiere den klart største yrkesgruppen (60 prosent). Deretter følger helsefagarbeidere (25 prosent), pleiemedhjelpere (7 prosent) og leger (5 prosent). Figur 4.13 viser at vikarbyråansattes andel alle sysselsatte i helse- og omsorgssektoren holdt seg jevnt på 0,5–0,6 prosent fra 2015 til 2020. Andelen er beregnet som antall ansatte med helsefaglig yrke i vikarbyrå som andel summen av lønnstakere den offentlige helse og omsorgstjenesten og lønnstakere i vikarbyrå med samme yrkesfaglige bakgrunn. I 2021 øker andelen til 0,8 prosent. Veksten er størst blant sykepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere. Antall leger er som vi ser ganske begrenset.

---

<sup>21</sup> Utvalget er basert på en gjennomgang av yrker som utføres av helsepersonell i forbindelse med utarbeidelse av underlagsmaterieell til Helsedirektoratet i forbindelse med Kompetanseløft 2025. Tallene er hentet fra NAVs bedriftsundersøkelse. Vi har inkludert de yrkene vi anser som relevante å inkludere under helse og omsorg. Utvalget omfatter også ledere av helse- og omsorgstjenester. Antallet ansatte i vikarbyrå med disse yrkene er svært lavt.

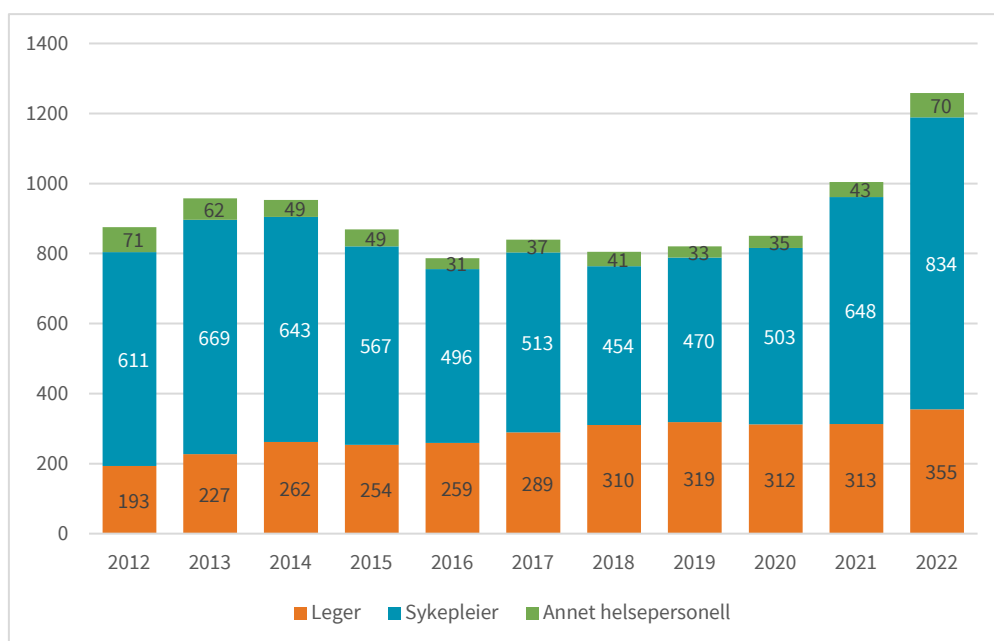
Datagrunnlaget gjenspeiler at vikarbruken er begrenset, men økende. Dette er også utviklingen som informanter fra kommunene har formidlet.

Figur 4.13 Lønnstakere 16–69 år i helse- og omsorgsykker i næringsgruppe 78.200 utleie av arbeidskraft, per 4. kvartal hvert år 2015–2021. Antall fordelt på yrke (søyle) og andel lønnstakere i den offentlige helse og omsorgstjenesten i prosent (punkt). Kilde: SSB (registerdata).



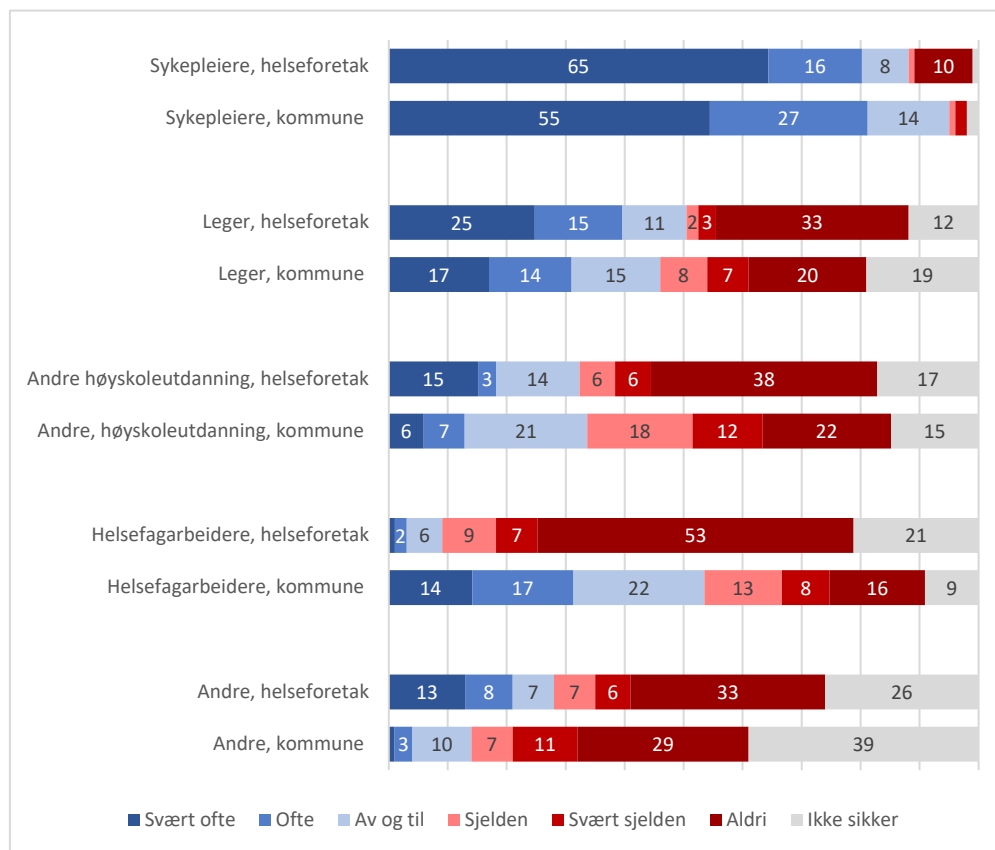
Også innkjøpsdata vitner om betydelig innleie av sykepleiere. I 2021 leide helseforetakene inn 834 000 sykepleiertimer og 355 000 legetimer. Figur 4.14 viser hvordan veksten har vært de siste 10 årene. Mens innleie av leger har hatt en jevn vekst, har innleie av sykepleiere, etter en nedgang fra 2013 til 2018, hatt en betydelig større vekst. Omfanget av innleide sykepleiere har økt med 320 000 timer de siste tre årene.

Figur 4.14 Helseforetakenes kjøp av vikartjenester fra leger, sykepleiere og annet helsepersonell, målt i 1000 timer per år. 2012–2022. Kilde: Sykehusinnkjøp.



I spørreundersøkelsen har vi en rekke spørsmål om personale som leies inn fra vikarbyråer. I et av dem ble informanter som på et tidligere spørsmål hadde bekreftet å ha erfaringer med å leie inn personell fra vikarbyråer, spurt om hvilke yrkesgrupper som oftest ble benyttet. 80 prosent fra både helseforetak og kommuner svarte at de svært ofte eller ofte benytter sykepleiere (figur 4.15). Omtrent 40 prosent fra sykehusene og 30 prosent fra kommunene benytter ofte leger. Helsefagarbeidere leies ifølge informantene sjelden inn til sykehusene (5 prosent). I kommunene er det derimot mer vanlig (30 prosent). Informantene fra kommunene oppgir med andre ord at de leier inn helsefagarbeidere like ofte som de leier inn leger.

Figur 4.15 Hvilke yrkesgrupper har dere leid inn? Prosent. n = 325 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



Sammenlikner vi disse svarene med registerdataene, er det god overenstemmelse mellom tallene som angir bruk av sykepleiere og leger. Bruken av øvrig helsepersonell er imidlertid lavere i registerdata enn det som kommer fram i spørreundersøkelsen. Dette kan langt på vei forklares med at registerdataene som er gjengitt i figur 4.15 bare dekker helseforetakenes innkjøp. Data om ansatte i vikarbyråene i neste avsnitt bekrefter imidlertid også denne delen av surveyfunnene.

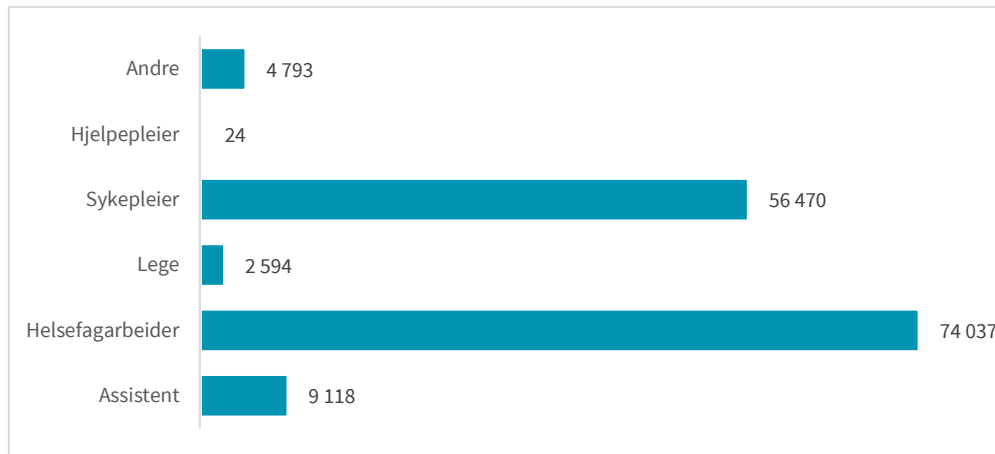
Intervjuene bekrefter funnene omtalt over. En informant fra et sykehus uttaler:

Vi leier stort sett utelukkende inn spesialister, det vil si jordmødre, intensivsykepleiere og andre spesialsykepleiere, samt radiologer.

### Flest helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere blant utleide til kommunen?

Vi har ikke tilsvarende tall for kommunesektoren. Men når vi sammenlikner de to siste figurene ser en at så godt som alle helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere er leid ut til kommunene, samtidig som en stor andel av leger og sykepleiere går til sykehusene. At kommunene også leier inn helsefagarbeidere indikeres for eksempel i data om bruk av vikarer i Sykehjemsetaten i Oslo, se figur 4.16.

Figur 4.116 Timer innleid fra vikarbyrå i Sykehjemsetaten i Oslo i 2022. Fordelt på yrke. Kilde: Sykehjemsetaten (data er delt på e-post).



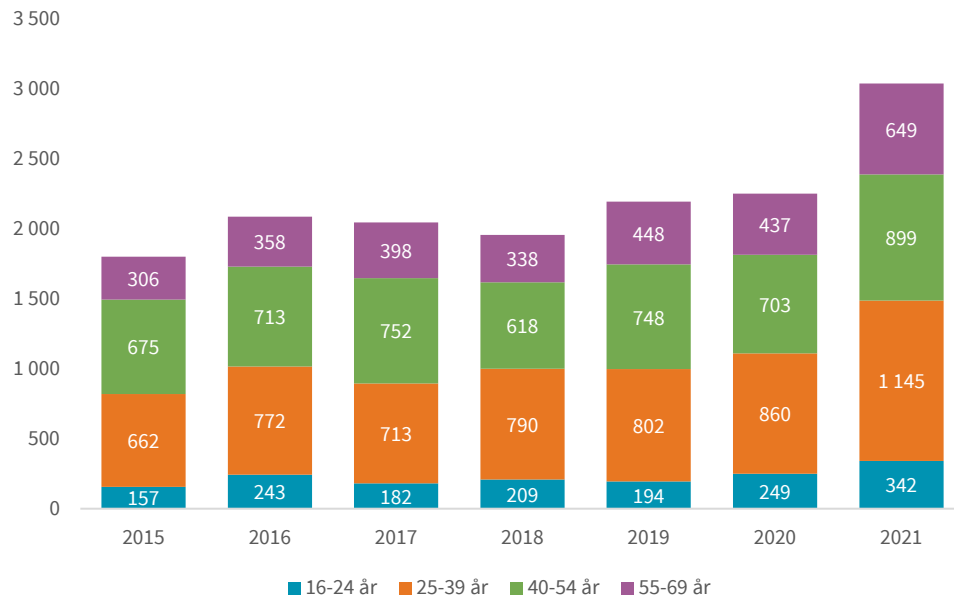
### Mange vikarer som ikke bor i Norge

Vi mangler data om bosted for om lag halvparten av lønnstakerne omtalt over, noe som indikerer at disse ikke er bosatt i Norge. Intervjudata peker i retning av at mange av de som jobber som vikarer i Norge, men ikke er bosatte her, bor i Sverige og Danmark.

### Erfarne vikarer

Mange vikarer har lang erfaring, indikert ved at om lag halvparten av lønnstakerne i vikarbyråene er over 40 år. Sykehusinnkjøp stiller i sine rammeavtaler krav om at vikarene må ha minimum to års arbeidserfaring. Det var en vekst i alle alderskategoriene fra 2020 til 2021. Veksten var sterkest blant de over 55 år. Med utgangspunkt i antall sysselsatte med vikarbyrå som hovedvirke i fjerde kvartal, økte antall sysselsatte over 55 år med vel 200 personer, fra 437 i 2020 til 649 i 2021.

Figur 4.17 Lønnstakere 16–69 år i helse- og omsorgsykker etter alder. Næringskode 78.200, utleie av arbeidskraft. Per 4. kvartal hvert år. 2015–2021. Kilde: SSB (registerdata).



### Supplerende arbeidskraft

Representanter fra vikarbyråene peker på at det var en betydelig mobilisering blant pensjonerte sykepleiere under pandemien. I sitatet under framheves det at mange av vikarene bidrar med supplerende arbeidskraft. Informanten trekker fram at mange av dem ikke bor i Norge og at de har betydelig erfaring. Poenget med pensjonister som tar ekstravakter gjennom dem kommer også godt fram. Det følger vi opp senere i rapporten.

Vi mener vi bidrar til å skaffe arbeidskraft til norske helse- og omsorgstjenester som ikke ellers ville vært der. For eksempel helsepersonell som kommer for å jobbe i Norge i kortere perioder, deltidsansatte som jobber mer i perioder, og pensjonister som tar vakter de ellers ikke ville tatt. Bransjen gjør en formidabel jobb med å rekruttere utenlandsk arbeidskraft, noe som vil bli betydelig redusert ved et forbud

Bruken av vikarer gjennom bemanningsbyråene kan i realiteten være noe høyere enn det dette datagrunnlaget antyder. Årsaken er at dataene er basert på antall lønnstakere i 4. kvartal. Intervjuene tyder på at innleie er høyest om sommeren (se også omtale av innleie i Sykehjemsetaten i Oslo i kapittel 6). Dette trenger ikke bety at antallet personer som har bemanningsbyrå som sin hovedarbeidsgiver er høyere om sommeren, men vi kan heller ikke utelukke det. Dataene dekker dessuten sysselsatte som har vikarbyrå som sitt hovedarbeidsforhold. Intervjuene med representanter fra vikarbyråene tyder på at noen personer jobber dobbelt ved for eksempel å være ansatt i en kommune og ta ekstraoppdrag via et vikarbyrå.

Den registerbaserte lønnsstatistikken indikerer at omfanget av personer som har flere arbeidsgivere er lite, men dette kan være fordi registerdataene kun dekker ett enkelt kvartal. Videre vil helsepersonell som leier ut egen arbeidskraft gjennom enkeltpersonsforetak, heller ikke fanges opp av denne statistikken. Vi er kjent med at særlig leger og psykologer velger denne driftsformen.

## Lønn, fleksibilitet og mulighet

Å jobbe i vikarbransjen kan være attraktivt i kortere eller lengre perioder. Representanter fra vikarbyråene legger vekt på at mange arbeidstakere ønsker fleksibilitet til selv å velge når, hvor og hvor mye de vil jobbe. Dette får de mulighet til når de jobber for et bemanningsbyrå:

Sykepleieryrket er et fleksibelt yrke. Er man som person åpen for endring, så er dette et yrke man kan ta med seg så og si hvor som helst, dette gir mange muligheter som andre yrker ikke gir. Det er dessverre mye negativ omtale om sykepleieryrket, jeg skulle ønske det var mer fokus på at det er et givende og spennende yrke, med ulike muligheter, både innen det private og det offentlige. Det å ha valgmuligheter er viktig for de unge i dag, jeg tror ikke det fremmer rekrutteringen å innskrenke deres mulighet til et givende og fleksibelt yrkesliv. I tillegg til at sykepleiere ettertraktet – det er alltid mulig å få jobb. Informant fra bemanningsbransjen.

IPSOSs gjennomfører hvert år en medarbeiderundersøkelse blant ansatte i bemanningsbransjen på vegne av NHO. I en sammenfatning fra Menon Economics (2021), gjengis svarene på spørsmålet om hvorfor man har valgt å arbeide som utleid. Her svarer 42 prosent at de gjør det fordi det gir frihet til selv å velge når og hvor de vil arbeide. 36 prosent oppgir at de er motivert av mulighetene til å få fri i lengre perioder. Menon oppsummerer at dette indikerer at helse- og omsorgsarbeidere i bemanningsbransjen verdsetter friheten og fleksibiliteten som kommer med å være utleid. Vi kjenner igjen de samme argumentene som benyttes av mange i den største gruppen ansatte i den kommunale helse- og omsorgssektoren; de som jobber såkalt frivillig deltid.

Man vil både jobbe og ha mye fri og man vil shoppe vakter når det passer en selv (Nicolaisen & Bråthen, 2012; Moland & Bråthen, 2019). De siste årene har både helseforetak og kommuner iverksatt tiltak som gjør det vanskeligere å være deltidsansatte som shopper vakter. Nå skal heltidsansettelser være normen. Dette kan kanskje ha drevet noen over til vikarbransjen. Samtidig er turnuser med lange vakter og lange friperioder blitt vanligere. Uansett hvilke faktorer som trekker i ulike retninger er det interessant at frilansfaktoren ser ut til å spille inn i begge grupper.

Som det kommer fram i kapittel 7 er lønnsnivået noe høyere i vikarbransjen enn hos kommunene og helseforetakene. Ifølge intervjuer med vikarbyråer kan dette også være en motivasjonsfaktor for å jobbe i vikarbyrå.



## 5 Hvorfor så stort behov for vikarer

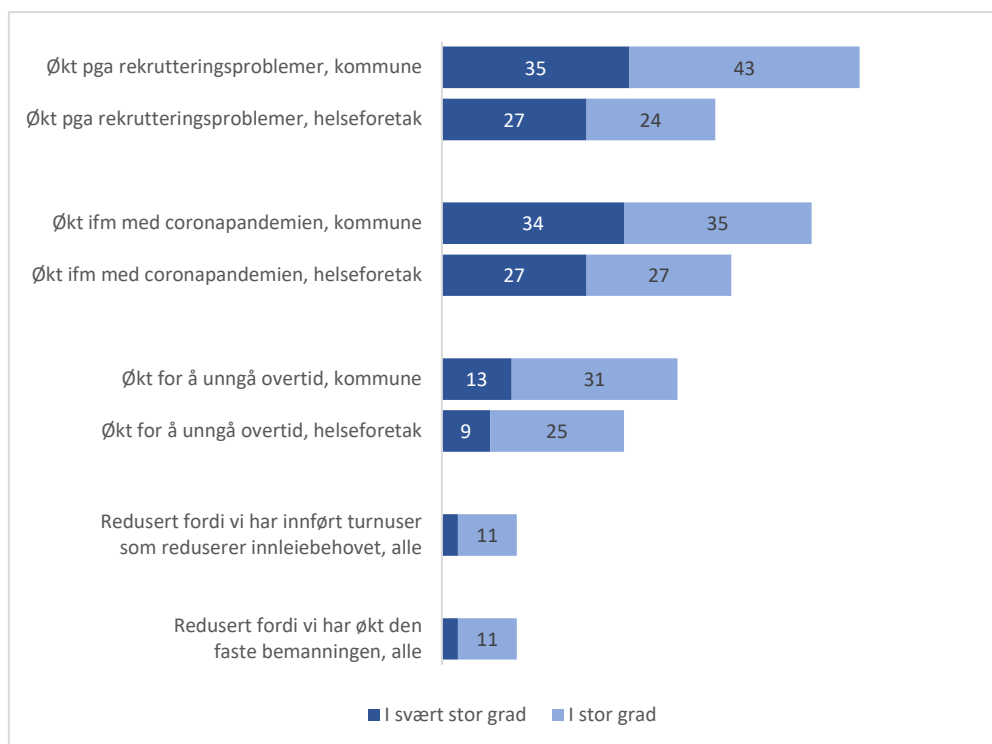
I kapitlene over har vi beskrevet en vekst i både tilbud og etterspørsel etter vikarer. Helseforetakene og kommunenes bruk av tilkallingsvikarer, interne vikarressurser og innleie fra vikarbyråer har økt. Dette viser at omfanget av midlertidig, flyktig arbeidskraft er omfattende. I dette kapitlet går vi nærmere inn på årsakene til det store behovet for vikarer.

### 5.1 Ubesatte stillinger, bemanningsplaner og fravær

Behovet for vikarer er en følge av at fast ansatte ikke kan dekke alle vakter. Dette kan skyldes mange ledige stillinger og rekrutteringsproblemer, lav grunnbemanning og trekk ved bemanningsplanene, et høyt sykefravær og mange permisjoner blant de ansatte. Hensynet til sårbare pasienter og brukere gjør at det er få oppgaver i helse- og omsorgssektoren som kan utsettes.

Forklaringene på det store vikarbehovet kan deles i tre hovedgrupper: Det er mange ubesatte stillinger og vakter som følge av rekrutteringsproblemer. Mange tjenestesteder har lav grunnbemanning som genererer vikarbruk. Og sist, men ikke minst er det et ganske høyt fravær.

Figur 5.1 Endret vikarbehov. n = 1341 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Prosent. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



## 5.2 Rekrutteringsproblemer

De fleste oppgir altså rekrutteringsproblemer som forklaring på stort vikarbehov, at de har fått flere ubesatte stillinger. Ifølge en studie om stillingsutlysninger og rekruttering oppga 25 prosent av informantene at en sykepleierstilling kunne stå ledig i seks måneder eller mer før den ble besatt. 45 prosent oppga at det ofte gikk mellom tre og seks måneder fra utlysning til ansettelse. I påvente av at en ny sykepleier skulle komme på plass, er det svært få som ikke leier inn ekstrahjelp. Som oftest erstattes sykepleieren med en helsefagarbeider. Halvparten av de spurte leide inn en annen sykepleier, men en tredjedel benyttet også ufaglærte (Moland & Bråthen, 2021b).

### Rekruttering, stillingsstørrelse og overtidsminimering

Det ser ut til å være en sammenheng mellom rekrutteringsproblemer, stillingsstørrelser, vikarbehov og frykten for å at overtidsbelastninger på det faste personalet skal ødelegge både årsregnskapet og arbeidsmiljøet.

I kommunene oppgir 45 prosent at vikarer benyttes for å redusere utgifter til overtid (figur 5.1). Tallet er noe lavere i helseforetakene. Ansatte i små stillinger vil lett kunne påta seg en ekstravakt uten at det utløser krav om overtid. For dem blir en ekstravakt oftest bare mertid. Når ansatte jobber heltid eller i store deltidsstillinger vil en ekstravakt derimot lett kunne utløse overtidsbetaling. I en situasjon der en ledig vakt skal fylles, vil avdelingslederen måtte vurdere om det er tid til å foreta interne omrokninger slik at en heltidsansatt kan ta den ledige vakten uten at det utløser overtid. Om dette ikke går, kan avdelingslederen velge en løsning som gir overtid. Her vil tidsfaktoren, kompetansekravene til personale som skal fylle vakten og hvilke personalmessige alternativer som er tilgjengelig spille inn. Dersom tjenestestedet har en tradisjonell, rullerende turnusplan med minimumsbemanning, vil arbeidet for heltidskultur kunne føre til økt bruk av tilkallingsvikarer slik det også sies i dette sitatet:

Det er flere fordeler med mange i store stillinger, men du bikker lett på overtid. Om en sterk heltidskultur vil generere noe mer vikarer. (Karmøy)

En heltidsansatt som må ta en ekstravakt blir altså lett dyrere enn en deltidsansatt eller en tilkallingsvikar. Når det er sagt, er det også mange eksempler på at deltidsansatte, tilkallingsvikarer og vikarbyråansatte tar vakter som utløser overtid. Dette skjer gjerne i helgene og i forbindelse med ferieavvikling.

Stillingsstørrelser påvirke både rekrutteringshyppigheten og rekrutteringsevnen, slik vi kommer nærmere inn på i kapittel 9. Arbeidet med heltidskultur kan være gunstig for rekrutteringen og dermed bidra til å redusere vikarbehovet. Et vanlig utsagn fra ledere som har lyktes med rekrutteringen ved kommunale helse- og omsorgstjenester kan sammenfattes slik: Vi hadde ikke hatt full sykepleierdekning om vi ikke hadde tilbudt hele stillinger sammen med lange vakter som reduserer helgefrequensen.

Attraktive stillinger besettes rimeligvis raskere enn mindre attraktive. Dermed kan tiden det tar før en stilling blir besatt bli kortere. Da blir også perioden med vikarbehov for den ledige stillingen redusert. Likeledes vil et arbeidssted med et gitt antall årsverk besatt av heltidsansatte og ansatte i store deltidsstillinger bestå av færre personer enn tilsvarende ved en avdeling med mange ansatte i store og små deltidsstillinger. Dette innebærer at den siste avdelingen vil ha flere rekrutteringssituasjoner gitt at ansatte blir like lenge i stillingen. Nå viser det seg at ansatte i små stillinger

har høyere turnover enn ansatte i hele stillinger (tabell 5.1, se også tabell 1.4). Dermed får avdelingen både flere og oftere ledige stillinger som må fylles.

Tabell 5.1 Andel av heltid- og deltidsansatte som byttet arbeidsgiver i 2021. Inkludert de som begynner og slutter i arbeidslivet. Prosent. N = 2 693 959. Kilde: SSB (registerdata).

	Kommunale tjenester			Sykehustjenester	Annet	Total
	Helse-tjenester	Pleie og omsorg institusjon	Pleie og omsorg hjemme			
Heltid	23,0	16,0	17,4	14,4	18,6	18,3
Deltid	29,8	23,1	25,0	20,6	33,8	31,3
Alle	26,0	21,1	22,5	16,3	22,3	22,0

Det er med andre ord flere forhold som viser at heltidskultur ikke nødvendigvis øker vikarbehovet. Flere ledere trekker fram at små stillinger fører til flere ledige stillinger og økt arbeid med rekruttering. De to sitatene under er hentet fra fritekstsvaret i spørreundersøkelsen.

Det er i økende grad utfordrende å få dekket opp sykepleier deltidsstillinger [..]. Vi sliter også med å få dekket opp hver 3 helg stillingene, da det virker som om ingen ønsker å jobbe disse lenger. Dette er bekymringsfullt, svært tidkrevende og utfordrende, og opptar for mye tid som går utover andre viktige oppgaver en gjerne skulle ha utført som leder. (Helseforetak, fritekstsvaret)

Mange ansatte, høy turnover, bruker mye tid på opplæring. Ansatte slutter fordi stillingsbrøken er for lav. (Kommune, fritekstsvaret)

### 5.3 Lav grunnbemanning gir høyt vikarbudsjet

Lav grunnbemanning kan føre til høy slitasje på de ansatte. Slitasjen kan føre til både sykefravær og at ansatte slutter. Dette leder i sin tur til økt behov for vikarer og rekruttering av nye ansatte. Ganske mange ledere tar dette opp som et problem gjennom fritekstsvaret i spørreundersøkelsen. Når lederne sier at grunnbemanningen er for lav, mener de at lønnsmidlene som er satt av til faste ansatte er for lave til å drive tjenestene. De må derfor bruke tilleggsmidler, såkalte frie lønnsmidler, for å leie inn vikarer.

Vi har i utgangspunktet ikke nok ansatte til å skrive turnuser som tar høyde for alt fravær og er avhengig av å kunne leie inn ekstravakter. Det er en selvfølge at man som leder må forholde seg til dette. (Helseforetak, fritekstsvaret)

Vi har for lav grunnbemanning. Da må det benyttes ekstravakter - det er frustrerende å ikke kunne tilby høyere stilling til de som ønsker det, når det allikevel må bemannes opp med ekstravakter flere ganger i uken. Det er ingenting å gå på ved sykefravær for å kunne opprettholde forsvarligheten. (Helseforetak, fritekstsvaret)

Vikarbruk kan med andre ord være et resultat av en styrt personalpolitikk fra arbeidsgivers side. Ifølge en del av lederne er de forhindret i å bruke personalressursene slik at vikarbruken kunne vært redusert. Eksempler der ledere har kunnet endre på dette vises lengre ned i rapporten.

## 5.4 Høyt fravær, mer enn koronapandemi

Fravær er mer enn sykefravær. Med fravær sikter vi til at ledere og ansatte av ulike grunner er borte fra jobb. Dette kan være i forbindelse med:

- Ferie med og uten lønn.
- Foreldrepermisjoner, ammefri.
- Sykefravær ved egen eller barns sykdom.
- Velferdspermisjon med og uten lønn.
- Avspaseringer og turnusspesifikke fri- og helligdager.
- Kompetanseutvikling som studier, eksamen, kurs, konferanser, overlege/spesialistpermisjon.<sup>22</sup>
- Tjenesteutvikling som møtedeltakelse og prosjektarbeid.
- Verv som tillitsvalgt, verneombud, eller i politikken.
- Senior dager.

Som det går fram av denne listen vil mye av fraværet skje med full lønn. Her vil vikarbruk føre til ekstra utgifter. Noe fravær er timebasert, annet går over uker og måneder. Noe fravær er livsfasebetinget, mens annet fravær er knyttet til roller ved å være ansatt. Noe av fraværet kan nok komme overraskende på den enkelte ansatte, men for tjenestestedet er både sykefravær og annet fravær ganske forutsigbart.

I et av intervjuene med representanter fra Karmøy og Malvik kom det opp at fraværet varierte mye fra avdeling til avdeling, men også innad i en avdeling over tid, og mellom de ansatte. Informantene har også antakelse om hvorfor det er slik. De kommer vi tilbake til i et senere kapittel. Malvik-sitatet forteller både om bredden i fraværet og at fraværet på avdelingen oppleves som mye mer enn det som fanges opp i sykefraværstatistikken:

Noen avdelinger har veldig stort fravær. Det varierer fra 4–5 prosent til 25 prosent og det gjelder også store avdelinger. Så kommer ferier, barnefravær og permisjoner i tillegg. Så opplevelsen av fravær er mye større enn bare det som er sykefravær. Dette vises ikke i tallene. (Malvik)

Bruken av vikarer varierer, og det er ikke tilfeldig. Noen boliger går igjen. Før var det mye fravær på det ene sykehjemmet, og så hadde vi en periode der en gruppe i hjemmetjenesten slet med høyt fravær. Ser at fraværet øker når det er personalkonflikter. (Karmøy)

### Fravær og stillingsstørrelse

Under intervjuene med ledere og tillitsvalgte i casekommunene ønsket vi å få belyst om stillingsstørrelse kan forklare vikarinneleie. Informantene kom da fort inn på forholdet mellom stillingsstørrelse og sykefravær, noe de fleste hadde både sterke og ulike meninger om. Noen mente at store stillinger bidrar til et arbeidsmiljø som reduserer sykefraværet, andre mener at stillingsstørrelse ikke har betydning for fraværet. Informanter fra Asker har erfart at ansatte i små stillinger og ansatte som har flere stillinger har høyest fravær, mens informantene fra Karmøy sier de ikke ser noen slik sammenheng hos sine ansatte

---

<sup>22</sup> Overlege/legespesialist-permisjon 4 måneder hvert femte år utgjør et fravær på 7–8 prosent. Retten til utdanningspermisjon, vanligvis kalt overlegepermisjon, er for helseforetakene og Lovisenberg diakonale sykehus (Spekter-området), regulert i Overenskomsten del A2 § 4.2. For Virke-sykehusene er dette regulert i den sentrale særavtalen § 4.2.

Vi har sett at der heltid er normalen har det vært mindre fravær enn der det er mest deltidsansatte. Heltidsansatte har sterkere tilknytning til arbeidsplassen. Mange velger 80 prosent når det er hardt arbeidspress. Ofte i sykehjemsavdelinger. Henger sammen med arbeidsmiljø og belastning. Mye kvinner med fravær. (Asker)

Deltidsansatte med flere stillinger melder seg syk på helg. (Asker)

Karmøy er en av de kommunene som har lengst erfaring med heltidsproblematikken. Kommunen begynte planleggingen av arbeidet for større stillinger med et kommunestyrevedtak fra 5.mai 1998 (Moland & Andersen, 2007). Kommunen har også flere evalueringer av arbeidsmiljø og sykefravær ved de ulike tjenestestedene. Der scorer de høyt på medarbeidertilfredshet uten at dette ser ut til å ha påvirket sykefraværet:

Sykefraværet har ikke endret seg med stillingsstørrelse. (Karmøy)

I det neste sitatet møter vi en representant fra Alstahaug kommune som er den kommunen som har oppnådd best resultater i bestrebelsene på å utvikle en heltidskultur de siste årene.

Det har vært grusomt med fravær pga. infeksjoner og virus. Folk er borte, men ikke fordi de har fulle stillinger. (Alstahaug)

Foreløpig oppsummering er at større stillinger kan være både positivt og uten betydning for fravær og vikarbruk. I kapitlet om tiltak for å redusere vikarbruk blir dette utdypet.

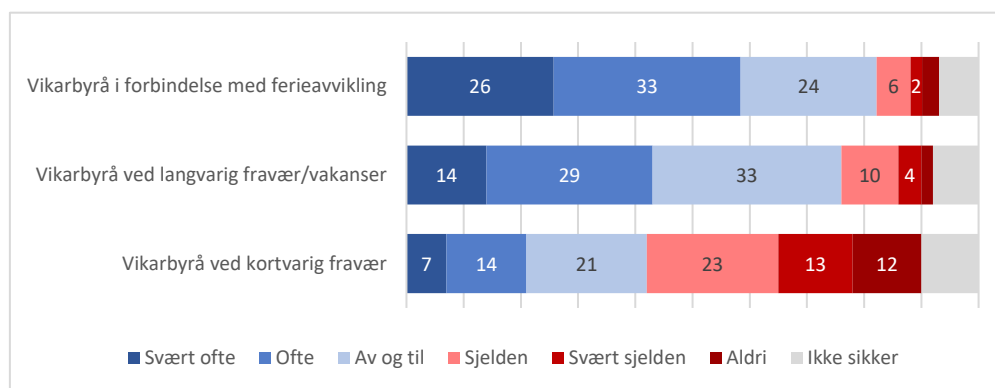
## 6 Forklaringer på innleie fra vikarbyrå

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvorfor sykehus og kommuner leier inn vikarer fra bemanningsbyråene. Når tjenestestedet er nødt til å fylle ubesatte vakter, og ikke kan gjøre dette ved å sette inn egne ansatte ved overtid eller merarbeid, og heller ikke kan sette inn personale fra interne vikarenheter eller benytte faste tilkallingsvikarer (såkalte nullprosentere), vil innleie av personale fra et vikarbyrå kunne være en god løsning. Begrunnelsene for å leie inn fra vikarbyrå er nesten de samme som når en setter inn egne ansatte eller kjente vikarer i ledige vakter: Sårbare brukere og pasienter er avhengige av at tjenestene ikke stopper opp. Informanter både fra kommuner, sykehus og vikarbyråene er enige om at vikarer fra bemanningsbyrå er en supplerende arbeidsressurs som kan være helt nødvendig for å levere forsvarlige helsetilbud.

### 6.1 Ferie og langtidsfravær, ikke sykdom i seg selv

En vanlig forklaring på innleie fra vikarbyrå er at det kan sikre kontinuitet og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i forbindelse med fravær av fast personale over en viss tid, der andre tiltak ikke har vært tilstrekkelig. Vi har undersøkt om nivået på kommuners sykefravær i 2021 korrelerer med nivået på kommuners utgifter til innleie som andel av utgifter til arbeidskostnad i samme år, uten å finne indikasjon på at det er en slik sammenheng. Dataene viser med andre ord at det ikke er slik at kommuner med høyt sykefravær leier inn mer enn andre kommuner. Dette kan være i tråd med hva vi finner i spørreundersøkelsen. Her oppgir ledere og tillitsvalgte at innleie fra vikarbyråer er vanligst i forbindelse med ferieavvikling (figur 6.1). Blant de som benytter vikarbyrå, oppgir 59 prosent at de gjøre det svært ofte (26 prosent) eller ofte (33 prosent) i forbindelser med ferieavvikling. Noe færre bruker vikarbyrå når tjenestestedet har ubesatte stillinger eller ansatte med langtidsfravær (14 prosent svært ofte og 29 prosent ofte). Det synes å være mindre vanlig å leie inn vikarer fra vikarbyrå ved korttidsfravær.

Figur 6.1 Når brukes personale fra vikarbyråer? n = 449 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Prosent. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



Basert på resultater fra spørreundersøkelsen og informantintervjuer er ferieavviklingen den anledningen som oftest skaper behov for å benytte helsepersonell fra vikarbyråer. Asker bruker omtrent like mye vikarbyrå som gjennomsnittskommunen. Her utgjør byråkjøp ca. to prosent av de totale arbeidskostnadene (tabell 4.1). Bruken forklares blant annet med at de trenger hjelp til ferieavviklingen, og mer forbigående behov, her eksemplifisert med oppstart av en ny tjenesteenhet.

Vi bruker vikarbyrå [...] for å klare ferieavviklingen. Vi har for eksempel faste ferievikarer fra byråene som kommer år etter år. (Asker)

Vi hadde også mange fra vikarbyrå ved nyetableringen av en annen enhet der vi ikke hadde tid til å vente på å få fylt opp med egne, fast ansatte. Etter hvert fikk vi til faste ansatte og sluttet med vikarbyrået. (Asker)

Malvik er den av våre kommuner som i størst grad bruker vikarbyrå. Her utgjør byråkjøp litt over 4 prosent av de totale arbeidskostnadene (tabell 4.1). Også her trekkes sommerferien fram som den viktigste forklaringen.

Vi har mange på deltid som kan jobbe ekstra, men de dekker ikke hele vikarbehovet. Vi bruker vikarbyrå. Det er særlig på sommerstid vi har behov, og da er det sykepleiere vi trenger. Da må vi av og til krype til korset. (Malvik)

Samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenestene og andre etater er vanlig i mange kommuner. I en del situasjoner med utagerende brukere kan private vaktelskap også være til stor nytte. Når Malvik forteller om hjelp fra Securitas, er det eksempel på innleie av en tjeneste der personale uten helsefaglig utdanning bistår kommunen med hjelp til å utføre en helsefaglig oppgave<sup>25</sup>.

Vaktelskap som Securitas brukes av og til. Det er i forbindelse med utagerende brukere med rus/psykiatriproblemer eller demens. Den vakta kommer i uniform og det skaper en trygghet, selv om de ikke kan faget. (Malvik)

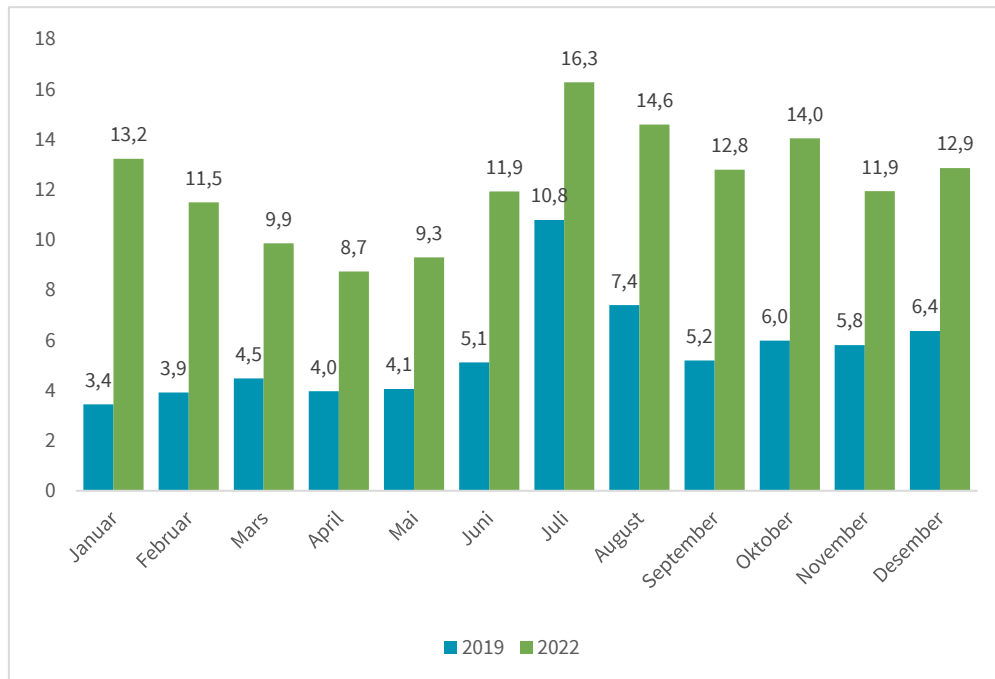
Det er ikke vanlig å leie inn personell fra vikarbyrå i forbindelse med kortvarig fravær. Blant de som bruker vikarbyråer svarte 21 prosent at de gjorde det ofte (14 prosent) eller svært ofte (7 prosent) (figur 6.1). Sykefravær er et eksempel på en situasjon som kan føre til korttidsinnleie:

Vi bruker vikarbyrå noen ganger på korttidsinnleie ved sykdom. Det skjer når ringe-til-vaktene er opptatt og det er vanskelig å få tak i folk. Ringe-til-vaktene har fått jobb her og andre steder i kommunen. (Malvik)

I Oslo ser bruken av vikarbyråer til å ha endret seg de siste årene. Mens innleien tidligere i stor grad har fulgt ferieperioder, har innleien i 2022 fortsatt å være høy etter sommerferien. Ett eksempel er Sykehjemsetaten i Oslo som har om lag 10 000 medarbeidere på Oslos 37 langtidshjem (inkludert private) og fire helsehus. Informanter fra etaten oppgir at uforutsett fravær og endringer i produksjonstopper kommer i tillegg til behovet som følger av ferieavvikling. Konsekvensen er en vekst i innleie og at behovet er jevnere fordelt utover året, se figur 6.2. Vi har i figuren utelatt innleie i 2020 for å tydeliggjøre forskjellen mellom de to årgangene. Figuren viser en tydelig topp i innleie i juli i 2019, men i 2022 var innleie gjennomgående høyere og også høy i vintermånedene.

<sup>25</sup> Securitas inngår i næringskode 80.200 private vaktelskaper. Kjøp av vekttertjenester vil inngå i kommunenes kjøp av tjenester (art 270) jf. kapittel 3. Utgifter til vekttertjenester vil ikke dekkes i omtale av innleie fra vikarbyrå jf. kapittel 4.

Figur 6.2 Innleie via bemanningsbyrå Sykehjemsetaten i Oslo. I 1000 timer. Fordelt på måned. Kilde: Tall fra Sykehjemsetaten.



## 6.2 Rekrutteringsutfordringer

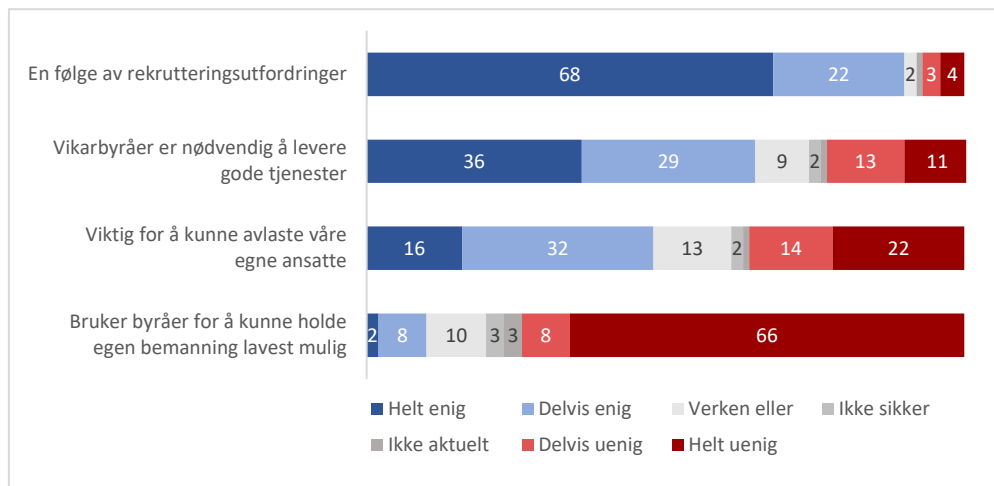
Vi skrev i forrige kapittel at ubesatte stillinger og rekrutteringsutfordringer var de viktigste forklaringene på helseforetakene og kommunene store vikarbehov. Dette gjelder trolig i enda større grad som forklaring på økt bruk av personell fra vikarbyråer. Ubessatte stillinger og rekrutteringsutfordringer gjør også institusjonene mer sårbare for endringer i produksjonstopper og ved fravær som omtalt over.

I spørreundersøkelsen ble informantene bedt om å ta stilling til fire påstander basert på nåværende eller tidligere erfaringer med å benytte personale fra vikarbyråer. Som det vises i figur 6.2 er 90 prosent av de spurte enige i at innleie fra vikarbyråer er en følge av rekrutteringsutfordringer. For 65 prosent er innleie nødvendig for å levere gode tjenester.

Vi har tidligere sett at grunnbemanningen er lav – lavere enn det mange ledere er bekvemme med – og at dette øker vikarbehovet ved mange tjenestesteder. Kravene om å holde grunnbemanningen så lav som mulig, leder til den siste påstanden i spørreundersøkelsen om at tjenestedene bruker byråer for å kunne holde egen bemanningen lavest mulig. Men så langt er det svært få som er villig til å gå. Nesten 75 prosent er uenig og 15 prosent er usikre, mens 10 prosent er helt eller delvis enig.



Figur 6.3 Fire påstander om bruk av vikarbyrå. n = 448 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Prosent. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.

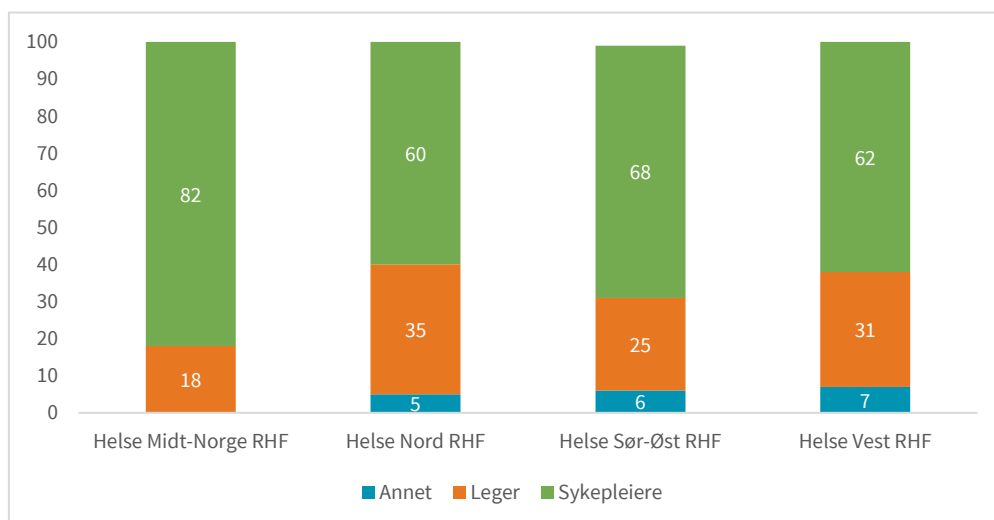


Rekrutteringsutfordringene kan være en viktig medvirkende årsak til relativt høy vikarbruk i de kommunale omsorgstjenestene i Nord-Norge, og i mindre sentrale kommuner, som omtalt tidligere. Også helseforetakene i Helse-Nord har over flere år opplevd store rekrutteringsutfordringer og mye innleie fra vikarbyrå. Helse Nord RHF oppgir i årsmelding for 2022 at dagens organisering og drift av Helse Nord ikke er bærekraftig, hvorpå det vises til at hovedutfordringen for foretaksgruppen er mangel på fagfolk. Fra UNN sier en av våre informanter følgende:

Innleie fra vikarbyrå skyldes i hovedsak rekrutteringsutfordringer. Vi har særlig behov for radiologer og spesialsykepleiere, det vil si jordmødre, intensivsykepleiere og andre spesialsykepleiere. Vi leier også inn vikarer om sommeren, men det er rekrutteringsutfordringene som gjør oss sårbare også i forbindelse med langtidsfravær og ferieavvikling.

Vurderingene gjenfinnes til en viss grad i data for innleie ved at helseforetaket i nord er det regionale helseforetaket som leier en stor andel leger og psykologer (annet), indikert ved andelen timer innleie fordelt på de ulike avtalene i figur 6.4.

Figur 6.4 Innleie fordelt på ulike avtaler. Fordeling timer (i prosent). 2022. Helseforetakene. Kilde: Sykehusinnkjøp.



### 6.3 Produksjonstopper

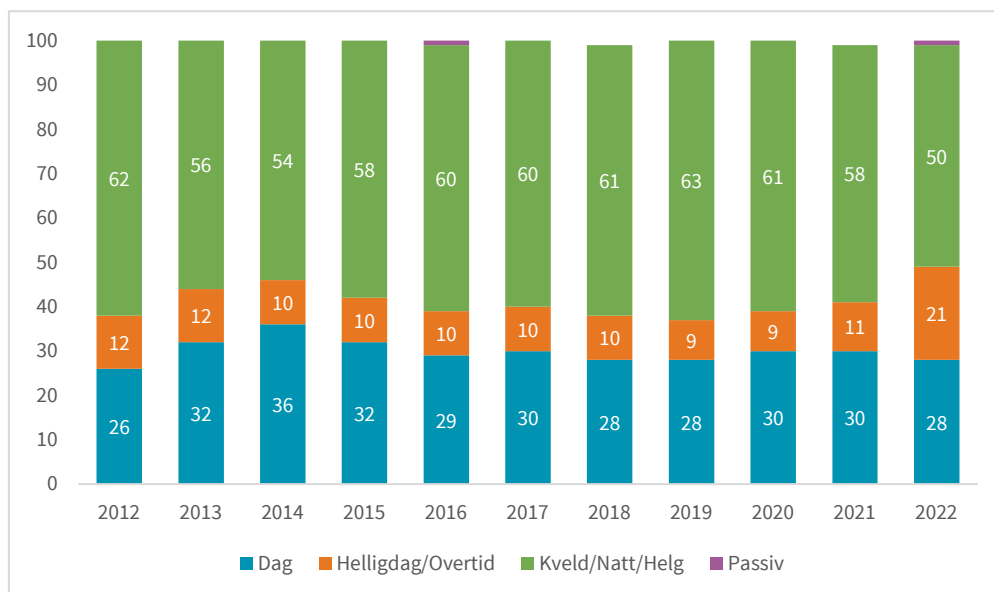
Helse og omsorgstjenestene leier også inn fra vikarbyrå for å sikre forsvarlige helse-tjenester i perioder med produksjonstopper. Disse toppene kan være mer eller mindre forutsigbare, og av kortere eller lengre varighet. De fleste produksjonstopper er forutsigbare, det være seg utskrivninger fra sykehus på fredager, nyinnflyttede personer med ekstraordinære tjenestebehov, brukne bein og utforkjøringer på holkeføre, eller det årlige noroviruset. Det skjer hele tiden. Til og med håndteringen av 22. juli-terroren, med i alt 125 ikke-planlagte, akutte og kompliserte operasjoner på fire uker ble håndtert av fast ansatt helsepersonell på Oslo universitetssykehus og samarbeidende sykehus.

Pandemien kan være et eksempel på en uforutsigbar hendelse der fast personell over lengre tid ikke har vært i stand til å utføre nødvendige tjenester. Noen steder har det ekstraordinære tjenestebehovet blitt dekket ved at deltidsansatte og faste tilkallingsvikarer har jobbet mer (noe overtidsarbeid fra heltidsansatte også), andre steder har ikke dette vært tilstrekkelig. Her har innleid personell fra vikarbyråene vært et viktig bidrag til opprettholdelsen av en forsvarlig tjeneste. Dette framkommer i intervjuer med ledere i offentlig helse- og omsorgstjenester. Ikke uventet understøtter også representanter fra vikarbyråene en slik beskrivelse:

Vi konkurrerer ikke med offentlig sektor om arbeidskraften, men vi er et supplement. Vi bidrar til å avlaste faste ansatte og utnytte den samlede arbeidskraften best mulig. De som er ansatt hos oss er jo tilgjengelige for helse og omsorgssektoren, selv om de formidles via et bemanningsbyrå.

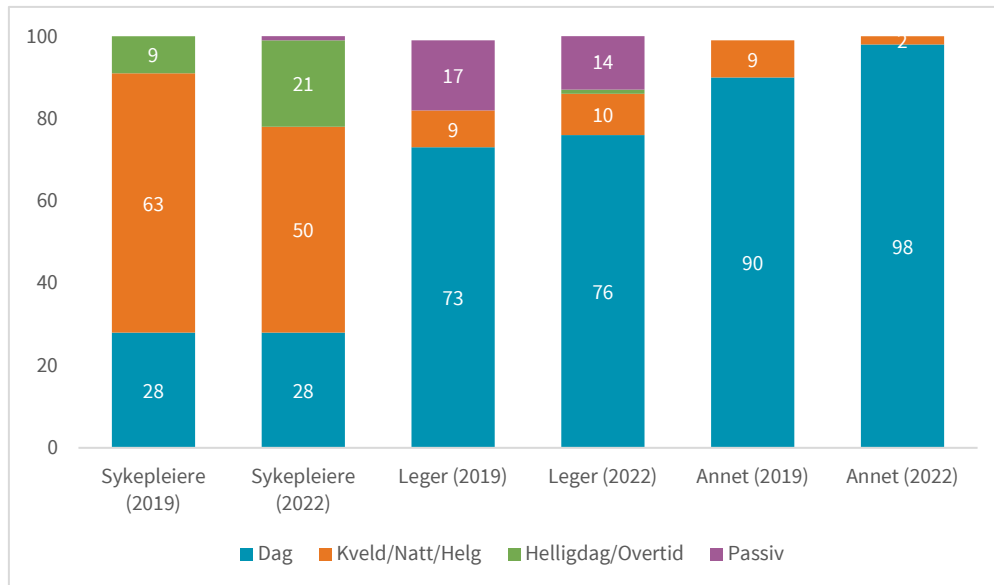
I figur 6.5 vises det hvordan helseforetakenes innleie av sykepleiertimer er sammensatt etter ulike tidspunkter. Tallene dekker årene 2012–2022. Kveld, natt og helg utgjør omkring 60 prosent av alle innleide timer i perioden 2012-2021. I 2022 utgjorde innleie for kveld, natt og helg om lag 50 prosent av alle innleide timer. Det at andelen er lavere i 2022 kan skyldes behovet for flere folk generelt, også på dagtid. Vi har ikke tilsvarende data for kommunene.

Figur 6.5 Innleie fordelt på ulike vakter. Fordeling timer i prosent. 2012–2022. Sykepleiere. Helseforetakene. Kilde: Sykehusinnkjøp.



Det er ingen vesentlige forskjeller mellom de fire regionale helseforetakene, men bildet varierer for ulike yrkesgrupper. Mens sykepleiere for det meste leies inn til kveld, natt- og helgevakter, leies leger først og fremst inn til dagvakter og passive vakter. Annet helsepersonell leies så og si bare inn til dagvakter. Figur 6.6 viser også timer fordelt på vakter i 2019 og i 2022. Den viser innleide sykepleierne i 2022 tar langt flere vakter på tidspunkter med helligdags- og overtidstillegg enn før. En mulig forklaring på dette er at arbeidsgiver har ønsket å redusere belastningene på egne ansatte ved å dem få mer fri når de skal ha det.

Figur 6.6 Innleie i timer fordelt på ulike vakter. Fordeling timer i (i prosent). 2019 og 2022. Helseforetakene. Kilde: Sykehusinnkjøp.



## 6.4 Vikarbyrå lite brukt som rekrutteringskilde

Som vist, dekker vikarbyråene et personalbehov som blant annet skyldes at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester ikke klarer å rekruttere tilstrekkelig personale (Jarlsbo, 2022; Bakke, 2019). En del medieoppslag har beskrevet eksempler på offensiv markedsføring fra enkelte utleiebyråer, uten at vi kjenner til effektene av disse framstøtene.

Det hevdes ofte, særlig fra vikarbyråene selv, at arbeid hos dem kan være et springbrett til fast jobb på en arbeidsplass. De får langt på vei støtte i dette fra SSB, men ikke av IPSOS/NHO<sup>24</sup>

I vår spørreundersøkelse ble ledere og tillitsvalgte spurt om eventuelle bevegelser av personer mellom vikarbyråer og egen virksomhet. De ble spurt om tjenestedene har ansatte som er rekruttert fra vikarbyråer, om egne ansatte også jobber for vikarbyråer og om man har miste ansatte til vikarbyråene. For de fleste er dette situasjoner som sjelden oppstår. Det er derfor mange som har svart «ikke sikker».

Vi har ikke spurt om nyansatte har erfaring fra å jobbe i vikarbyrå. Vi har derimot spurt om kommuner og helseforetak har rekruttert personer fra vikarbyrå til egen avdeling. 2 prosent sier de gjør dette ofte, 30 prosent gjør det sjelden eller av og til, mens litt over halvparten oppgir at det skjer svært sjelden eller aldri (figur 6.7).

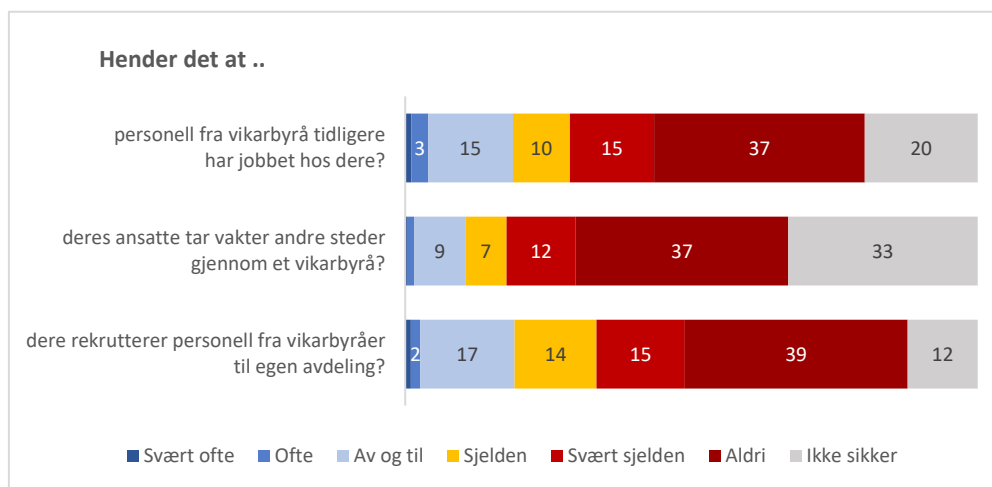
<sup>24</sup> <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/vikarjobb-veien-til-fast-jobb>.

Fra kommunene oppgir 45 prosent at de sjelden eller aldri rekrutterer fast ansatte fra vikarbyråene, mens fra helseforetakene sier nesten 60 prosent at de sjelden eller aldri rekrutterer fast ansatte fra vikarbyråene.

Ansatte i vikarbyrå jobber mange steder, noe som fører til stor utskiftning av personale hos virksomheter som benytter vikarbyråer. En del av de som jobber i vikarbyrå har samtidig en fast stilling et annet sted. Man kan for eksempel ha en deltidsstilling i en kommune og samtidig ta ekstravakter på et helsehus via et vikarbyrå. Dette er gjerne ansatte som ønsker å ha en fast deltidsstilling, og som velger å ta ekstravakter gjennom et vikarbyrå framfor merarbeid på egen arbeidsplass. En grunn til å gjøre dette er at det gir mer kontroll på egen fritid. Ifølge IPSOS/NHO-undersøkelsen er imidlertid denne kombinasjonen av fast deltidsjobb og vikarbyråjobbing lite utbredt, noe som også understøttes i vår undersøkelse basert på registerdata<sup>25</sup>. Halvannen prosent oppgir at dette skjer ofte. 31 prosent fra kommunene og 45 prosent fra helseforetakene oppgir at dette aldri forekommer (figur 6.7).

En del av de som rekrutteres til vikarbyråene har utenlandsk bakgrunn. Mange har lang fartstid, blant annet fra kommuner og helseforetak. I den grad våre informanter benytter personale med lokal bakgrunn, kan det hende at de leier inn vikarer som de tidligere har hatt et ansettelsesforhold til. Ansatte som slutter og deretter leies inn som konsulenter er kjent fra andre bransjer. Dette er imidlertid svært uvanlig blant helsepersonell. Fire prosent oppgir at dette skjer ofte, 35 prosent opplever dette av og til eller sjelden, mens litt over halvparten mener det skjer svært sjelden eller aldri.

Figur 6.7 Egne ansattes tilknytning til vikarbyrå og vice versa. n = 1344 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Prosent. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



Alt i alt ser vi at det er liten utveksling av personell mellom tjenestestedene og vikarbyråene. Men når vi tar i betraktning at bruken av vikarbyråer er liten og at svært mange ikke er norske, ville noe annet vært overraskende. Det er heller ikke uventet at få ledere rekrutterer egne ansatte fra vikarbyråer når det er relativt få kandidater til ledige stillinger som har erfaring derfra.

Vi har tidligere vist en oversikt over alle arbeidstakere som har skiftet arbeidsplass de siste fem årene (tabell 6.1). Der så vi at de fleste virksomheter i norsk arbeidsliv har en turnover på omkring 22 prosent. Sykehusene skiller seg ut med betydelig lavere turnover (16 prosent). De samme dataene gir også informasjon om hvor mye av

<sup>25</sup> Tallene i SSBs lønnsregister viser at omfanget av bistillinger i vikarbyråer er svært lite. Dermed er også omfanget av slike doble ansettelsesforhold er svært lite.

denne personalgjennomtrekken som impliserer ansatte i vikarbyråer. I helse- og omsorgstjenestene kommer 1 prosent av de nyansatte fra vikarbyråer, mens 2 prosent av de som forlater sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester går til vikarbyråer. Tallene for andre næringer ligger tre til fire ganger så høyt (tabell 6.1 og 6.2). Mobilitetstallene for vikarbyråansatte er lave, og slik de presenteres i tabellene under gjenspeiler det at antallet som jobber i vikarbyråer er lavt. Vi har sett at antall helsepersonell i bransjen har økt betydelig. Dette gjelder også for mobiliteten de siste fem årene fram til 2021.

Tabell 6.1 Andel av de som har byttet jobb som kommer fra vikarbyrå. Prosent. Kilde: SSB (registerdata).

	Kommunale tjenester			Sykehustjenester	Annet	Total
	Helse-tjenester	Pleie og omsorg, institusjon	Pleie og omsorg, hjemme			
2016	0,7	0,9	0,9	0,9	3,1	2,8
2017	0,7	1,1	1,2	1,1	3,6	3,3
2018	0,8	1,2	1,0	1,0	4,0	3,7
2019	0,9	1,2	1,1	1,0	4,3	3,9
2020	0,8	1,2	1,0	1,0	3,8	3,4
2021	1,0	1,3	1,0	1,1	3,8	3,4

Tabell 6.2 Andel av de som forlot kommunal helse og omsorg som gikk til vikarbyrå. Prosent .Kilde: SSB (registerdata).

	Helsetjenester	Pleie og omsorg, institusjon	Pleie og omsorg, hjemme
2016	0,8	1,5	1,7
2017	1,1	1,5	1,6
2018	1,0	1,6	1,7
2019	1,0	1,9	1,5
2020	0,6	1,5	1,2
2021	1,2	2,1	2,1

## 6.5 De som ikke bruker vikarbyrå

Vi har sett at innleieomfanget er lavt, men viktig der behovet er stort. To tredjedeler av informantene i spørreundersøkelsen har oppgitt at de sjelden eller aldri benytter vikarbyrå. 38 prosent svarer at tjenestestedet deres (for tiden) ikke bruker vikarbyrå, mens 21 prosent oppgir at de aldri benytter seg av tjenester fra vikarbyrå (figur 6.8). Dette kan man anta at har politiske, faglige eller driftsmessige begrunnelser, eller det kan skyldes at innleiepersonale med rett kompetanse ikke har vært tilgjengelige. Selv om mange ledere og tillitsvalgte fra helseforetakene oppgir at de selv ikke benytter vikarbyrå, viser tabell 4.2 at dette ikke gjelder for hele helseforetaket. Det enkelte helseforetak vil ha noen avdelinger som leier inn fra vikarbyråer og noen som ikke gjør det.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Det er ikke alltid helt overensstemmelse mellom hva ulike informanter fra samme kommune forteller. Det kan skyldes at førstelinjelederne har ulike erfaringer og at de snakker på vegne av sin egen arbeidsplass mens andre ledere og tillitsvalgte snakker på vegne av hele kommunen.

## Prinsipper og intensjoner

Ifølge informantene har mellom 30 og 40 prosent av tjenestestedene et prinsippvedtak om å ikke leie inn helsepersonell fra vikarbyråer. Noen steder er slike vedtak absolute, andre steder er det formulert som intensjonsvedtak. Dette kan skje gjennom politiske eller partsbaserte vedtak. Noen steder gjelder vedtakene alt helsepersonell i en hel sektor, andre steder er de begrenset til bestemte tjenesteområder eller yrkesgrupper.

Tre av casekommunene, Alstahaug, Karmøy og Ringerike har ifølge tabell 4.1 ikke hatt utgifter til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå. Alle vi intervjuet derfra hadde en oppfatning av at bruk av vikarbyråer ikke var ønsket i pleie- og omsorgstjenestene. Kommunene hadde derfor heller ikke rammeavtale med noe vikarbyrå. Men det er ingen som viser til at kommunen har et politisk vedtak. I Ringerike vises det til en avtale mellom partene, men denne er primært rettet mot tiltak for å fremme heltidskultur og ikke mot vikarbyråer som sådan.

Vi bruker ikke vikarbyrå her hos oss. Men jeg har ikke sett noen instruks på dette. (Ringerike)

Det er bestemt mellom partene å ikke bruke vikarbyrå. Det er en del av heltids-satsningen. Vi skal heller bruke deltidstillinger. (Ringerike)

I Karmøy «bruker man» heller ikke vikarbyrå. De har mange argumenter for og imot, men ikke noe vedtak. I sitatet ser vi at de benytter vikarbyrå for å ha tilstrekkelig legedekning, men ellers ikke.<sup>27</sup>

Vi har ikke rammeavtaler og bruker heller ikke vikarbyrå. Vi ser at vikarbyråer kan bidra til høyere kompetanse i tjenesten, spesielt på sommeren. Vi forsøkte oss på vikarbyrå i sommer, men klarte ikke å skaffe noen som var norsktalende. Nå bruker vi vikarbyrå bare på leger. De får vi ikke tak i på vanlig måte. (Karmøy)

24 kommuner har tidligere benyttet vikarbyrå, men gjorde det ikke i 2022 (BCW, 2023). Alstahaug er en av dem. Heller ikke her vises det til noe bestemt vedtak. Som vist andre steder i rapporten er Alstahaugs begrunnelse at vikarbyrå ikke passer inn i en pågående satsning<sup>28</sup> på å bruke eget personell på en bedre måte.

## Tilgjengelighet

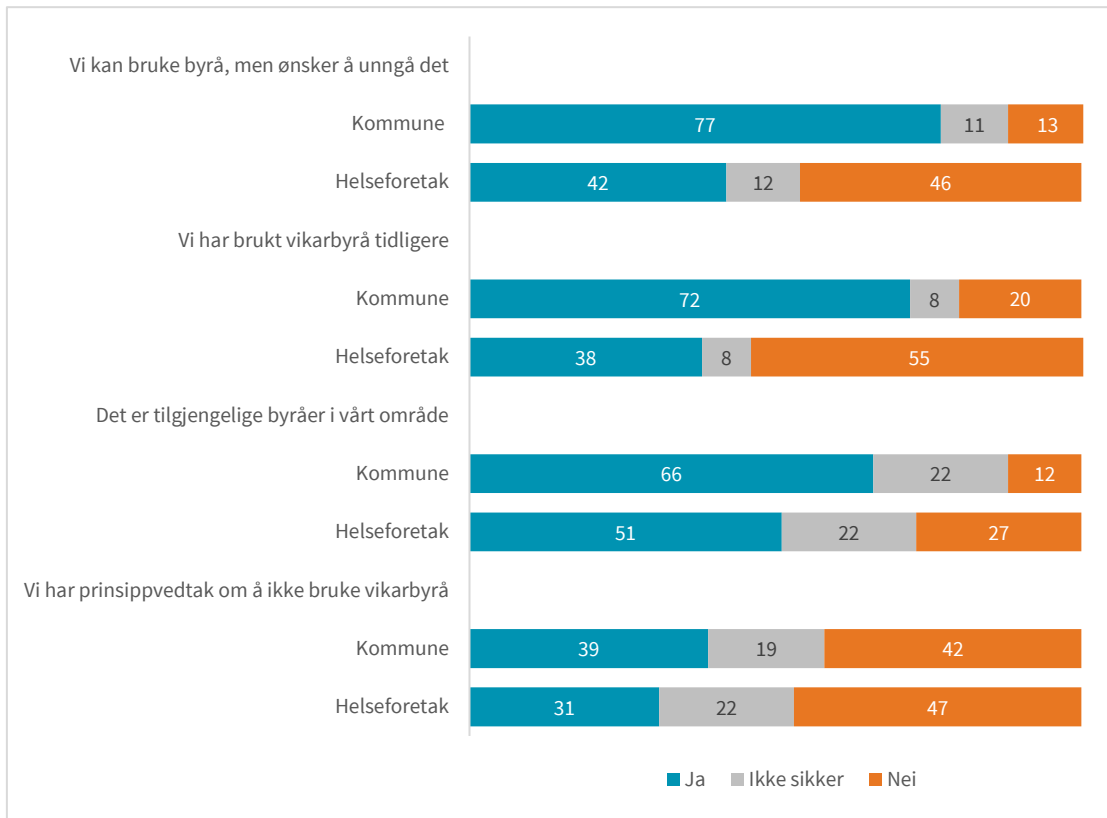
27 prosent av informantene fra helseforetakene oppgir at det ikke er vikarbyråer som kan levere relevant kompetanse til deres nærområde. Bare 12 prosent fra kommunene sier det samme. Siden alle helseforetak benytter vikarbyråer tilsier det at vikarbyråene dekker hele landet, men at de ikke alltid klarer å levere personell med den kompetansen kunden etterspør som i Karmøysitatet over.

---

<sup>27</sup> Tabell 4.1 viser vikarbruk i pleie og omsorg, til F253 og F254. Legeaktivitetene ligger i først og fremst under funksjonskode 241.

<sup>28</sup> Alstahaugs personalpolitikk for bedre kompetanse- og ressursutnyttelse, ny oppgavedeling, rekruttering og heltidskultur er beskrevet i Bråthen & Moland, 2023 og i Moland & Bråthen, 2021b.

Figur 6.8 Bruk av vikarbyråer? n = 835 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak som har oppgitt at de sjelden eller aldri bruker vikarbyrå. Prosent. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



# 7 Kostnader ved innleie fra vikarbyrå

---

I dette kapitlet vil vi se nærmere på kostnadene arbeidsgiver har ved å bruke vikarbyråer. Vi sammenlikner kostnader per innleide vikar med kostnader for fast ansatte. Vi sammenlikner også sykepleierlønn i et vikarbyrå med sykepleierlønn i et helseforetak eller en kommune. Data som benyttes er hentet fra registerdata, spørreundersøkelsen og intervjuer.

## 7.1 Det koster å leie inn vikarer

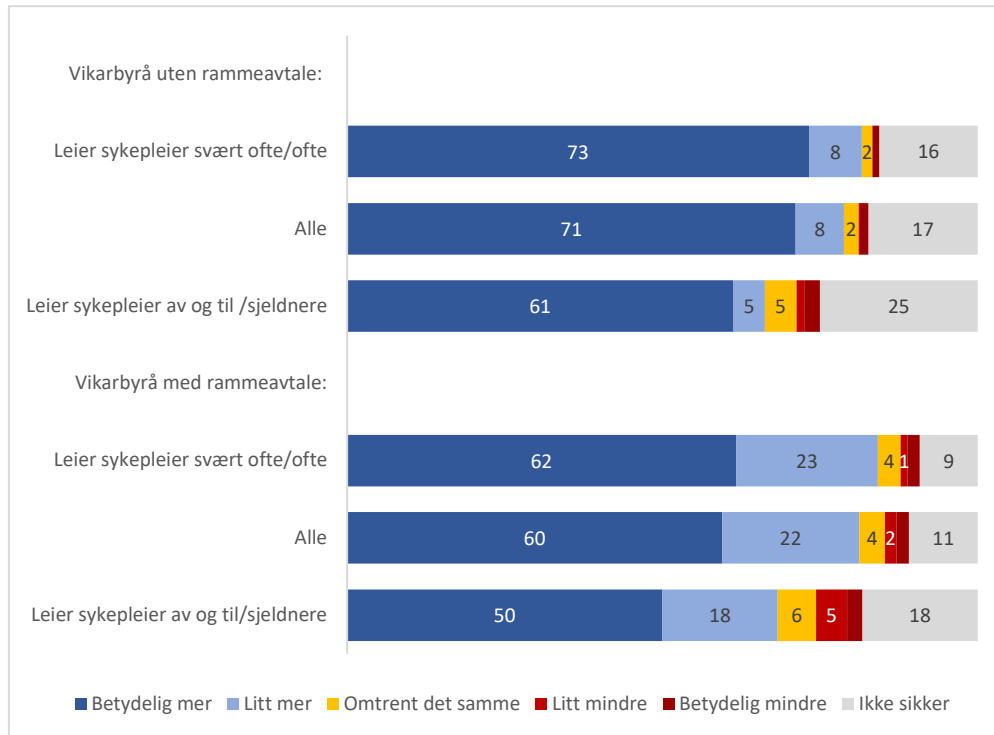
Både spørreundersøkelsen og en rekke medieoppslag peker i retning av at det er kostbart å leie inn vikarer fra vikarbyråene. En undersøkelse om årsaker til kostnadsveksten i pleie- og omsorgstjenestene fant at halvparten av kommunene trekker fram bruk av vikarer og vikarbruk som betydelige kostnadsdrivere (Andrews mfl., 2023). Rambøll & Menon (2022) slår fast at både kommunene og helseforetakene bruker store summer på å leie inn vikarer, og at tiltak mot dette vil kunne gi produktivitetsgevinster.

I vår spørreundersøkelse ble informantene bedt om å sammenlikne kostnadene ved at en fast heltidsansatt tar en ekstravakt med å benytte en sykepleier fra et vikarbyrå. Spørsmålet ble formulert slik: Forsøk å foreta et anslag der du sammenlikner kostnader til lønn (overtid, arbeidsgiveravgift, pensjon, forsikringer, administrasjon m.m.) for en heltidsansatt sykepleier som tar en ekstravakt, med kostnad ved å leie inn en sykepleier fra et vikarbyrå uten rammeavtale. Deretter fikk deltakerne i undersøkelsen det samme spørsmålet, men med vikarbyrå *med* rammeavtale.

Svarene i figur 7.1 forteller for det første at de fleste mener at en innleid vikar koster mer. 60–70 prosent oppgir at det koster betydelig mer. For det andre ser vi at merutgiftene er størst dersom innleie skjer uten å ha en rammeavtale. For det tredje er det færre som oppgir at innleie er betydelig dyrere dersom man har en rammeavtale og sjelden leier inn.



Figur 7.1 Kostnader ved å leie inn en sykepleier fra vikarbyråer med og uten rammeavtale sammenliknet med å bruke en fast ansatt sykepleier, inklusive overtid og overheadutgifter. n = 442 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Prosent. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



## 7.2 Offentlig anskaffelse og balanserende markedsmekanismer

Helsetjenestens kjøp av vikartjenester er å anse som en offentlig anskaffelse på linje med andre varer eller tjenester. Vikarbyråene konkurrerer om oppdrag på bakgrunn av pris og leveringskvalitet, og avtaleperioden kan være kort eller gå over flere år. Tildelingskriteriene kan variere. Faktorer som påvirker tilbud og etterspørsel etter vikartjenester vil spille inn på prisen. Konsekvensen er at prisene kan variere mellom kommuner og helseforetak og mellom ulike kommuner. Avtalene med Sykehusinnkjøp og de store kommunene er særlig attraktive for vikarbyråene fordi de innebærer mange og store oppdrag. På den annen side er det ikke sikkert at betalingen er høyest i de store avtalene.

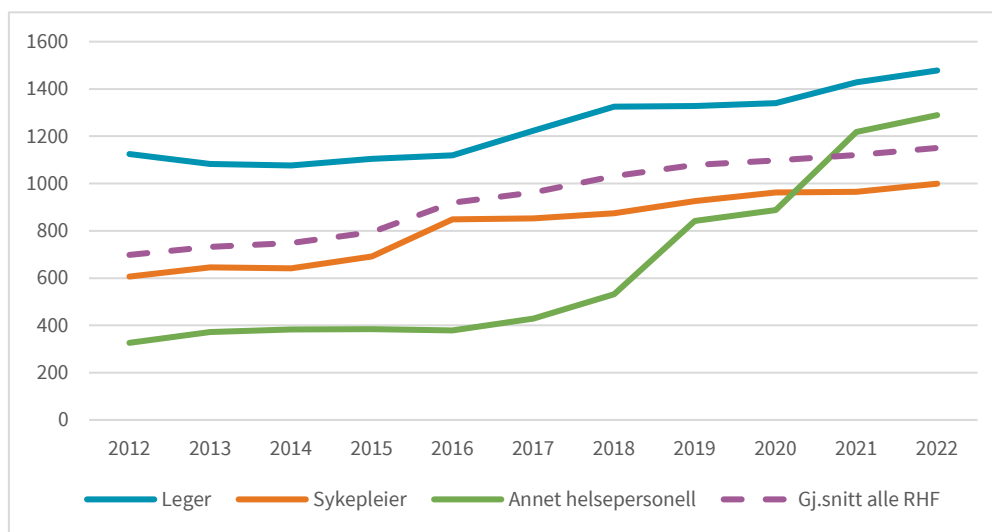
Bemanningselskapene og de som tilbyr sin arbeidskraft via bemanningselskapene, vil kunne forhandle fram bedre betingelser dersom de innehar kompetanse det er stor etterspørsel etter. Stor etterspørsel styrker deres forhandlingsposisjon. Helseforetak eller kommuner som har særlig store behov vil kunne være villige til å betale noe mer dersom de ikke har så mange alternativer. Dette gjelder også mindre kommuner. Samtidig ønsker ikke sykehus og kommuner å betale for mye, fordi dette kan drive innleieprisene opp. Bemanningsselskapene på sin side har heller ikke insentiver til å legge seg for høyt, fordi de kan tape konkurransen om rammeavtalene. Bemanningsselskapene trenger imidlertid å dekke inn sine kostnader. Er den fakturerte timesprisen for lav vil de enten gå med tap, og til sist konkurs, eller ha problemer med å finne vikarer som er villige til å ta det enkelte oppdrag.

### 7.3 1000 kroner per fakturerte sykepleiertime

Gjennomsnittlig pris per fakturert time til helseforetakene<sup>29</sup> er beregnet på bakgrunn av samlede utgifter til innleie fordelt på antall timer kjøpt. I rammeavtalene som Sykehusinnkjøp forvalter, var gjennomsnittlig pris per fakturerte time ved innleie fra vikarbyrå 1151 kroner i 2022.

I figur 7.2 vises gjennomsnittlig pris per time, gjennomsnitt for alle helseforetakene og gjennomsnittlig pris i hver av de tre avtalene (leger, sykepleiere og annet helsepersonell). Gjennomsnittlig pris per fakturerte time er høyere for leger (1478 kroner) enn for psykologer og helsesekretærer (1289 kroner) og sykepleiere (999 kroner). Prisene er angitt i faste 2022-kroner. Prisene er inflasjonsjustert med utgangspunkt i konsumprisindeks for helsetjenester (SSB, tabell 03014).

Figur 7.2 Gjennomsnittlig pris per fakturerte time. Innleie av helsepersonell. I 2022-kroner Kilde: Sykehusinnkjøp.



### 7.4 Gjennomsnittlig timepris har økt

Gjennomsnittlig pris per fakturerte time har økt med 5,1 prosent per år målt i faste priser i perioden 2012–2022<sup>30</sup>. Gjennomsnittlig pris per time for innleid sykepleiere økt med 5,1 prosent per år i gjennomsnitt i samme periode, og 3,6 prosent i løpet av 2022. Gjennomsnittlig pris per time for innleid lege steg med 2,8 prosent per år i perioden og 3,5 prosent i løpet av 2022.

Figur 7.2 gir inntrykk av at timeprisen har økt særlig mye for innleie av «annet helsepersonell» (15 prosent per år). Dette skyldes neppe at timeprisen for de enkelte yrkesgruppene har økt så mye, men snarere at sammensetningen av gruppen er endret ved at det leies det inn flere psykologer. De har høyere lønn enn helsesekretærer som også dekkes i rammeavtalen for annet helsepersonell.

Vi ser veksten særlig i sammenheng med lønnsvekst for helsepersonell ansatt i vikarbyrå (omtales nærmere i neste avsnitt). At innleie blir dyrere kan også skyldes økt etterspørsel etter mer erfarent, kvalifisert eller spesialisert helsepersonell med høyere lønn, for eksempel flere intensivsykepleiere enn vanlig sykepleiere. En annen

<sup>29</sup> Vi har ikke informasjon om priser brukt i kommunenes kjøp. Sannsynligvis er gjennomsnittlig timepris noe lavere enn i helseforetakene fordi kommunene leier inn flere helsefagarbeidere med lavere lønn. Samtidig kan idet være store variasjoner.

<sup>30</sup> Vi har inflasjonsjustert med konsumprisindeks for helsepleie (SSB tabell 03014).

medvirkende faktor kan være at andre kostnader som reise og overnatting har steget raskere enn prisveksten i helsetjenester. Representanter fra vikarbyråene peker for eksempel på at kostnadene til reise og overnatting var særlig høye i pandemien da grenseferdsel ble sterkt begrenset. Svekket kronekurs kan også ha spilt inn dersom vikarbyråene fakturerer i utenlandsk valuta.

## 7.5 Timeprisen dekker mer enn utbetalt lønn

Den gjennomsnittlige prisen per fakturerte time referert til i figurer og i teksten over, er høyere enn gjennomsnittlig timeprisen for sammenliknbart helsepersonell ansatt i helseforetak og kommuner. Dette skyldes at timeprisen vikarbyråene legger til grunn skal dekke mer enn lønnen som utbetales til lønnsinntakeren. Utover lønn til vikarene, skal den fakturerte prisen dekke arbeidsgiveravgift, sykepenger, pensjon, forsikring, sosiale kostnader, samt kostnader til rekruttering, opplæring og administrasjon i bemanningsselskapene. Dersom en innleid vikar blir syk er det ikke tjenestestedet som leier inn, men vikarbyrået som må dekke sykepenger i arbeidsgiverperioden. Vikarbyråene bruker også tid på å rekruttere og undersøke referanser for vikarene de ansetter. Når det gjelder opplæring, er vi også kjent med at det i enkelte kontrakter er avtalt at vikarbyråene skal dekke vikarenes lønn de to første dagene for vikarer som ikke har vært på det aktuelle tjenestestedet før.

Helseforetak og kommuner vil også måtte dekke denne typen kostnader for sine ansatte, men dette er «gjemt» i tjenestestedenes samlede kostnader. Videre må vikarbyråene som nevnt dekke kostnader til reise og overnatting for vikarer som ikke er bosatt på tjenestestedet.

I tabell 7.1 viser vi noen eksempler på fakturaer som er hentet fra Sykepleien (Dolonen & Reppen, 2022). Oppgitt timepris for en sykepleier varierer mellom 640 og 1000 kr. Fakturaprisene fordelt på oppgitte arbeidstimer tilsvarer imidlertid en timepris på mellom 1050 og 1650 kr. Da er også reisekostnader tatt med.<sup>31</sup> I eksemplene under utgjør reisekostnadene mellom 0 og 19 prosent av fakturabeløpet.

Tabell 7.1 Eksempler faktura innleie Finnmark Kilde: Sykepleien Publisert 21.07.2022.

Tjenestested Pris	Operasjons- avdelingen		Hammerfest		Hammerfest intensiv og dagkirurgi
	Kirkenes	Hammerfest	Kirkenes	Hammerfest	
Innleid	En sykepleier	Barnesykepleier	To intensiv- sykepleiere	Intensiv- sykepleier	To sykepleiere
Ordinær timepris kroner	1100	1100	810	640	720
Reisekostnader	-	-	11 500 9 % av fakturabeløp	6500 6 % av fakturabeløp	4600 19 % av fakturabeløp
Samlet fakturabeløp	90 000	110 040	132 000	109 200	24 080
Gjennomsnitt Timepris faktura	1125 40 timer	1310 84 timer	1650 hvis 80 timer	1050 hvis 104 timer	1120 hvis 21,5 timer

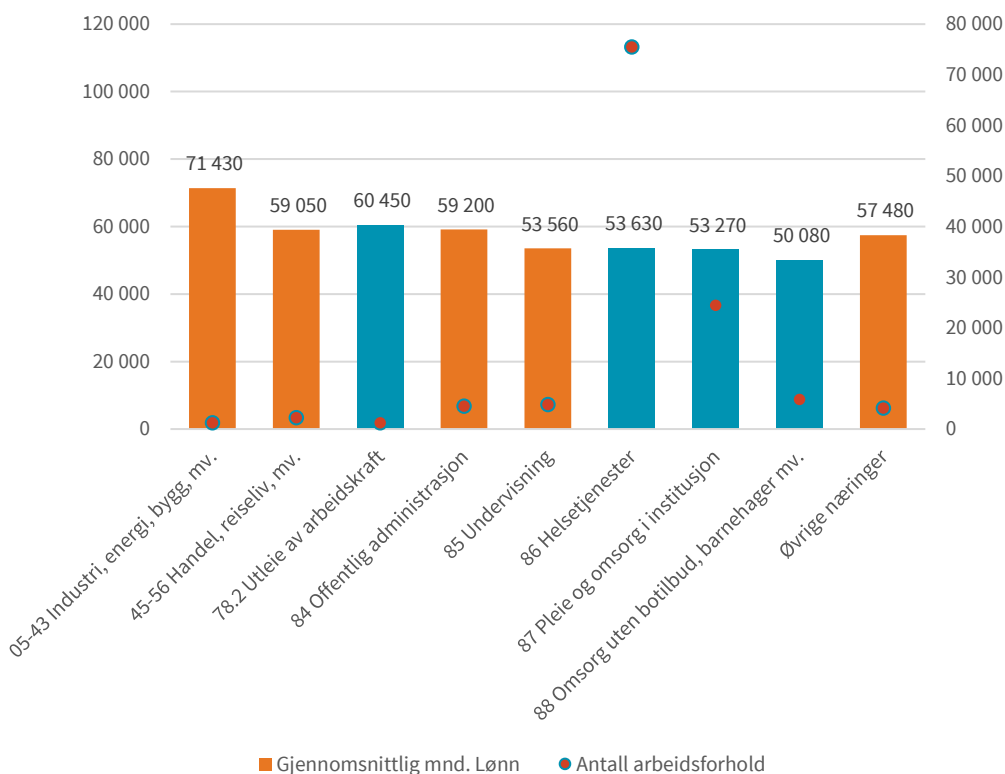
<sup>31</sup> Disse utgjør mellom 60 og 190 kr per time

## 7.6 Sykepleiere i vikarbyrå tjener mer enn de fleste med samme utdanning

Som følge av likelønnsprinsippet (aml § 14-12a) skal lønn til innleid personale minst ligge på samme nivå som lønnen ansatte med samme kompetanse på stedet personen leies inn til har. I intervjuer med vikarbyråene framkommer det at helsepersonell i vikarbyrå tjener omtrent likt eller marginalt bedre enn sammenliknbare ansatte i kommuner og helseforetak. Deres vurderinger understøttes i gjennomsnittsberegninger for utbetalt månedslønn til sykepleiere utarbeidet av SSB (tabell 13833). Her framkommer det at sykepleiere har høyere gjennomsnittlig månedslønn når de jobber i andre næringer enn innen helse og omsorg.

Søylene i figur 7.4 angir gjennomsnittlig månedslønn og punktene angir antall arbeidsforhold med lønn. Aller høyest er månedslønnen for sykepleiere som jobber i industrien 71 430 kroner i måneden, søylen til venstre i figuren). Samtidig ser vi at antall arbeidsforhold er lavt, 1232, punkt nederst til venstre i figuren. Lavest månedslønn, 53 500 kr, har sykepleierne der flest jobber: 75 460 i 86 Helsetjenester og 24473 i 87 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon, dette omfatter blant annet de kommunale sykehjemmene. Hjemmetjenester inngår i 88 Omsorg uten botilbud. Til sammenlikning hadde sykepleiere som jobber for vikarbyråer en månedslønn på 60 450 kr. Punktet i figuren viser at de bare utgjorde 1235 arbeidsforhold.

Figur 7.4 Månedslønn (søyle, venstre akse) og antall arbeidsforhold (punkt, høyre akse). Sykepleiere. 4. kvartal. 2022. Per heltidsekivalent. Kilde: SSB (tabell 13833). Inndelingene i næringsgrupper følger av hva som er tilgjengelig.



Dette innebærer at gjennomsnittlig månedslønn for en sykepleier i 4. kvartal 2022 lå 13 prosent høyere i bemanningsbransjen enn i helse- og omsorgssektoren, men 16 prosent lavere enn sykepleiere i industrien. Utbetalt månedslønn omfatter både

fastlønn og tillegg. De samme dataene indikerer også at gjennomsnittlig månedslønn for sykepleiere ansatt i vikarbyrå har steget raskere, med 4,1 prosent per år i perioden 2016-2022, enn gjennomsnittlig månedslønn for sykepleiere ansatt i helsetjenesten; 0,7 prosent per år i perioden 2016-2022.<sup>32</sup>

Vi hadde en antakelse om at vikarbyråansatte tjente mer fordi de oftere gikk vakter som gir tillegg eller at de tar flere vakter i løpet av et år. Dette ser ikke ut til å stemme. Dels har de vikarbyråansatte lavere stillingsstørrelse enn ansatte i kommuner og helseforetak, henholdsvis 75 mot 80 og 84 prosent, dels er lønnsforskjellen mellom dem snarere lavere når tillegg medregnes enn når vi sammenlikner grunnlønn.

En del av lønnsforskjellene mellom sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene og bemanningsbransjen skyldes at ansatte i bemanningsbransjen har noe høyere grunnlønn. I 2022 hadde de i gjennomsnitt en timelønn på 335 kroner uten tillegg, mens sykepleierne i helseforetakene og kommunene hadde en timelønn som var 37 kr lavere (SSB, 2023, tabell 13833). Dette tilsvarer 12,4 prosent og utgjør en årslønnsforskjell på 72 000 kr.

Vi har ikke informasjon om forskjeller i formalkompetanse eller ansiennitet som kunne ha forklart en slik forskjell. Aldersforskjeller gir heller ingen indikasjon som tilsier en slik forskjell, snarere tvert imot. Sykepleiere i bemanningsbyråer har en gjennomsnittsalder på 41 år mens de som jobber i kommuner og helseforetak i gjennomsnitt er 43 og 42 år gamle.

Vikarbyråansatte tjener litt mer enn de andre sykepleiere enten de jobber heltid eller deltid. Ifølge Edelman (2023) tjener deltidsansatte litt mer per time enn heltidsansatte. Dette blir forklart med at deltidsansatte har større muligheter til å ta vakter som er lønnsmessige gunstig, og at særlig unge deltidsansatte er interessert i dette. I den grad dette er riktig, ser vi imidlertid ikke at dette forklarer lønnsforskjellene mellom byråansatte og andre. Vi finner ikke det samme i vår analyse. Forklaringen synes å ligge i grunnlønnsforskjellen på 12,4 prosent.

## 7.7 Alternativer til vikarbyrå har også kostnader

Kostnadsvirkningen av innleie fra vikarbyrå avhenger av hva alternativet er. Vi har ikke informasjon om hva som ville vært alternativet til innleie i hvert enkelt tilfelle, men har i tabell 7.2 inkludert et regneeksempel for å sammenligne prisen på en time innleid sykepleier og en time ansatt sykepleier. Regneeksemplet må leses som nettopp et eksempel for å synliggjøre at merkostnaden avhenger av hva som er alternativet til innleie. Tjenestestedenes merkostnad for faste ansatte og innleide vikarer kan variere for ulike yrkesgrupper, tjenestesteder og lengden på vikarkontrakter.

I eksemplet har vi lagt til grunn en timelønn på 298 kroner for en fast ansatt sykepleier. Timelønnen er beregnet på bakgrunn av gjennomsnittlig månedslønn for en sykepleier (SSB tabell 13833). Vi har lagt til grunn at timelønnen for en sykepleier ansatt i et vikarbyrå er 12,4 prosent høyere enn for en som er ansatt i helsetjenesten jf. forrige avsnitt om lønnsforskjeller.

Vi har så lagt til indirekte lønnskostnader som kostnader til opplæring, arbeidsgiveravgift, pensjon, naturallytelser, i tråd med SSBs undersøkelser av arbeidskraftkostnader (SSB tabell 07685). I datagrunnlaget fra SSB er slike indirekte kostnader for helse- og sosialtjenester beregnet til 29,7 prosent. SSB har ikke beregnet slike kostnader for ansatte i vikarbyrå. Vi har i regneeksemplet lagt til grunn at indirekte kostnader for ansatte i vikarbyrå er det samme som for ansatte i helse og sosialtjenestene.

<sup>32</sup> Vi skriver her «indikerer» fordi datagrunnlaget for ansatte i vikarbyrå er lite. Veksten kan for eksempel være preget av endring i utdanningsbakgrunn og alder.

Som tidligere omtalt skal vikarbyråene dekke sykepenger i arbeidsgiverperioden, kostnader til rekruttering, administrasjon og reisekostnader. Vi har ikke informasjon om omfang og fordelingen mellom disse kostnadskomponentene. Kommersielle virksomheter legger gjerne også inn en buffer for å dekke uforutsette utgifter og avkastning på investert egenkapital. Hvor stort påslag de ulike bemanningsbyråene bruker kan variere i ulike avtaler/kontrakter utfra forretningsmessige vurderinger. I tabell 7.2 har vi beregnet virksomhetskostnader og reisekostnader for en ansatt i vikarbyråene som differansen mellom gjennomsnittlig fakturerte timepris for en innleid sykepleier i 2022 (Sykehusinnkjøp, 2023) og de samlede lønnskostnadene (564 kroner).

Også helsetjenestene har tidsbruk og dermed utgifter til virksomhetsdrift. Helse-tjenestene har utgifter til administrasjon og rekruttering både fra vikarbyråene og av egne ansatte. I tillegg kan de ha ytelser til faste ansatte som vikarer ikke har. Vi har ikke informasjon om hva den marginale virksomhetskostnaden for helsetjenestene er, og det vil trolig variere for ulike tjenestesteder og med lengden på kontrakten. Vi har i regneeksempel satt denne til null.

Tabell 7.2 Illustrasjon av den marginale timekostnaden for innleid sykepleier fra et vikarbyrå og en fast ansatt sykepleier Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse og Fafo basert på SSB (SSB tabell 13833, 07685) og Sykehusinnkjøp. Kroner.

	Fast ansatt	Vikar	Merkostnad
Utbetalt lønn	298	335	37
Indirekte lønnskostnader, 29 prosent tillegg	89	100	11
Virksomhetskostnader til drift av vikarbyrå og reisekostnader		564	564
Marginal kostnad per time	387	999	612

Regneeksemplet illustrerer at merkostnaden time for time for vikarer fra vikarbyråer er 612 kroner høyere enn for faste ansatte, men at denne forskjellen ikke gjenspeiler forskjellen i lønn til ansatte i vikarene. Forskjellen skyldes at den fakturerte timeprisen skal dekke mer enn lønn.

I eksemplet over er det forutsatt at alternativet til innleie er at en fast ansatt kan ta vekten og at denne kun mottar grunnlønn. Dette synes ikke å være tråd med våre funn for når tjenestestedene leier inn fra vikarbyrå. Vi er kjent med at det er mye innleie på kveld, natt og helligdager, og i forbindelse med ferieavvikling og som følge av ubesatte stillinger og produksjonstopper. Dette gjør at det er nærliggende å forvente at alternativet til å leie inn vikarer er at bruk av faste ansatte vil utløse overtid. Når alternativet til innleie er at faste ansatte jobber overtid med 50 eller 100 prosent overtidstillegg, reduseres forskjellen mellom det å lønne en fast ansatt og en vikar, se tabell 7.3. Forskjellen reduseres ytterligere i tilfelle bruk av faste ansatte innebærer forskyvninger bemanningsplanen som skal godtgjøres. Slike konsekvenser er ikke vist i regneeksemplet.

Tabell 7.3 Regneeksempel for å illustrere den marginale timekostnaden for innleid sykepleier fra et vikarbyrå og en fast ansatt sykepleier. Merkestnad. Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse og Fafo basert på SSB (SSB tabell 13833, 07685) og Sykehusinnkjøp. Kroner.

Merkestnad ved innleie fra vikarbyrå	
Merkostnad innleie time for time gitt at den faste ansatte mottar grunnlønn	612
Merkostnad i tilfelle 50 % tillegg for faste ansatte (timelønn og sosiale kostnader)	418
Merkostnad i tilfelle 100 % tillegg for faste ansatte (timelønn og sosiale kostnader)	225

# 8 Fordeler og ulemper ved vikarbruk

---

I dette kapitlet spør vi hva vikarene betyr for tjenestekvaliteten, for arbeidsmiljøet og for lederne som skal holde hjulene i gang og samtidige utvikle gode tjenester og et bærekraftig arbeidsmiljø. Så langt har vi sett at kommuner og helseforetak ofte står i situasjoner der de må sette inn ekstra personale for å dekke ledige vakter slik at tjenesteproduksjonen kan gjennomføres på en faglig forsvarlig måte. Dette er vanligvis ingen ønskesituasjon, men nødvendig for å løse løpende bemanningsutfordringer. I noen tilfeller er både bruken av tilkallingsvikarer og innleie fra vikarbyråene økonomisk rasjonell.<sup>35</sup>

## 8.1 Vikarbruk, ledelse og arbeidsmiljø

Bruk av vikarer, herunder innleie fra vikarbyråer, er viktig for å opprettholde tilstrekkelig bemanning. Dette vil i seg selv være positivt for arbeidsmiljøet sammenliknet med en situasjon der fast ansatte må jobbe ekstravakter eller at vakter gjennomføres underbemannet.

Samtidig har både ledere og tillitsvalgte klart formidlet at innleie bare skal være et supplement og ikke en erstatning for egen bemanning, og at et for høyt innslag av innleie er uheldig for arbeidsmiljøet. Hvor dette innslagspunktet er vil nok vurderes ulikt, men vi har sett at mange opplever at det er for høyt ved deres tjenestested.

### Deltidsansatte og vikarer i begrenset omfang er positivt

Som vi har sett er det en sammenheng mellom høy andel heltidsansatte og lav vikarbruk. Det er også flere fellestrekk blant deltidsansatte og vikarers holdninger til arbeidet. De har også fellestrekk når det gjelder holdninger til ledelse og arbeidsmiljø. Vi har derfor valgt å trekke inn de deltidsansatte når vi beskriver vikarene.

Dersom en bare tar hensyn til hva som gir optimal tjenesteproduksjon, et godt arbeidsmiljø og muligheter til å rekruttere og beholde kompetente ansatte, framstår heltidsstillinger og deltidsstillinger på 80 prosent som en fin tanke. Da vil samtlige ansatte kjenne brukere og pasienter, kolleger og rutiner. Det samme gjelder dersom en spør hva som gir best rammevilkår for å utøve lederrollen. Et lite mindretall på 15 prosent av lederne som har avgitt tekstsvær, fortrinnsvis fra helseforetakene, har det slik. Disse lederne har gjerne ansvar for høyspesialiserte avdelinger i sykehusene som har begrenset aktivitet utenom normalarbeidsdagen. I den grad de i det hele tatt kan benytte eksterne vikarer, er disse stabile, godt kjent og faglig kvalifiserte.

---

<sup>35</sup> Helseforetakene og kommunenes vurderinger av nytten og nødvendigheten av innleie kommer også til uttrykk i flere høringsuttalelser: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-for-slag-til-forskriftsbestemmelser-om-innleie-til-helse-og-omsorgstjenesten-og-innleie-av-radgi-vere-og-konsulenter-med-spesialkompetanse/id2933600/>.

Vi er heldig i å ha en post med 100 prosent stillinger. Er svært glad for å unngå reduserte stillinger da vi har en post som trenger at våre langtidspasienter slipper å forholde seg til en stor personal gruppe. (Helseforetak, fritekstsvar)

På grunn av krav om spesialkompetanse kan vi ikke benytte ekstravakter. (Helseforetak, fritekstsvar)

### **Små stillinger og stort vikarbehov er krevende**

I spørreundersøkelsen ble lederne spurt hvordan de ansattes små og store stillinger og bruken av ekstravakter påvirker deres rolle som leder. Vi mottok 173 svar fra ledere i helseforetak og 40 fra kommunale ledere. Med noen forbehold kan alle svarene oppsummeres i dette sitatet

Gjennomgående tar de heltidsansatte større ansvar og har høyere kompetanse enn de som jobber deltid. Heltidsansatte er derfor lettere å lede. (Helseforetak, fritekstsvar)

For de fleste ledere er imidlertid tanken på heltidsansatte og deltidsansatte i store stillinger så urealistisk at den knapt blir formulert. Det er faktisk bare 40 som svarer at heltid er best. De beskriver i stedet en hverdag med presset bemanning, mange deltidsansatte som ikke ønsker å jobbe mer, stort vikarbehov og problemer med å skaffe tilstrekkelig bemanning i helgene og feriene. Mye av deres tid går til å skaffe ekstravakter, håndtere høy turnover og rekruttere og lære opp nye vikarer og ansatte. Dette går på bekostning av tiden til ledelse og fagutvikling. Stort lederspenn og ansatte som ofte er borte fra jobben skaper i tillegg kommunikasjonsutfordringer og reduserer kontinuiteten i tjenestegjennomføringen. En avdeling med 24 årsverk kan fort gi et lederspenn på 50–55 personer<sup>34</sup>. Har man ansvar for flere avdelinger blir lederspennet fort på nærmere 150 personer.

Det er alt for mange ansatte pr leder. I akuttpsykiatrien har lederne ansvar for mellom 50 - 70 stk. (Helseforetak, fritekstsvar)

Jeg har veldig mange ansatte å forholde meg til, men det er naturlig når det er en stor avdeling med 3 enheter som har felles turnus (rundt 90 stillinger). (Helseforetak, fritekstsvar)

### **Fraværarbeid tar tid og krefter og kommer i veien for fagutvikling og bibehold**

De fleste virksomhetene som er representert i denne undersøkelsen yter døgnskoti-nerlige tjenester sju dager i uka. Det innebærer at det må settes opp turnusbaserte bemanningsplaner. Dersom alle stillinger i bemanningsplanen er besatt og ingen er syke, skal turnusen stort sett kunne rulle og gå av seg selv, kanskje med unntak av endringer som må gjøres i forbindelse med ferier og sporadisk fravær. Slik er det imidlertid ikke. Tidligere undersøkelser har vist at ledere og rådgivere bruker svært mye tid på å skaffe ekstravakter (Aagestad, 2021). Blant våre informanter oppgir flere at arbeidet med å fylle turnusen tar enda mer tid:

---

<sup>34</sup> En fordeling av 24 årsverk vil kunne bestå av 8 heltidsansatte og 32 deltidsansatte som i gjennomsnitt jobber i halv stilling. I tillegg til disse 40 ansatte kommer anslagsvis 15 ekstravakter, de fleste ringe-til-vakter eller nullprosentere. Kanskje inngår også noen fra vikarbyrå.



Arbeidet med vaktoppsettet er altoppslukende. Mesteparten av en dagvakt går med på vaktbok, oppdekking av vakter og prøve å få tak i personale som kan jobbe. Selv om en har interne bemanningsenheter, så får en svært sjelden dekket opp alle vaktene. (Kommune, fritekstsvar)

Det tar mye tid og ressurser. Tid jeg skulle brukt på å utvikle tjenesten sammen med de ansatte. Det er vanskelig å ringe og «presse» ansatte på jobb når jeg hører at de helst vil ha fri. Så er det presset om å holde økonomien så lav som mulig. Helst ikke leie inn, ikke bruke overtid. Dette påvirker meg negativt og det er slitsomt både for meg og de ansatte. (Kommune, fritekstsvar)

Det er vanskelig å lede på en forutsigbar måte når mye av dagen går med til å skaffe vakter, leie inn, vurdere behov og kompetanse. Med alt fravær, også lovbestemt ferie og obligatorisk opplæring/ sertifisering, blir det huller i vaktboken som må dekkes. Det blir lite rom for faglig oppdatering og overskudd i enheten. Tiden med å dekke huller i turnusen burde vært brukt på ledelse av personalet og faget. (Helseforetak, fritekstsvar)

### **Mye tid til opplæring av vikarer**

På samme måte som ledere og erfarne medarbeidere bruker mye tid til å lære ansatte i små stillinger hvordan arbeidsoppgavene skal utføres, hvilke rutiner som gjelder og hvilke behov ulike brukere/pasienter har, går det også mye tid på tilsvarende når det gjelder ekstravakter av ulikt slag.

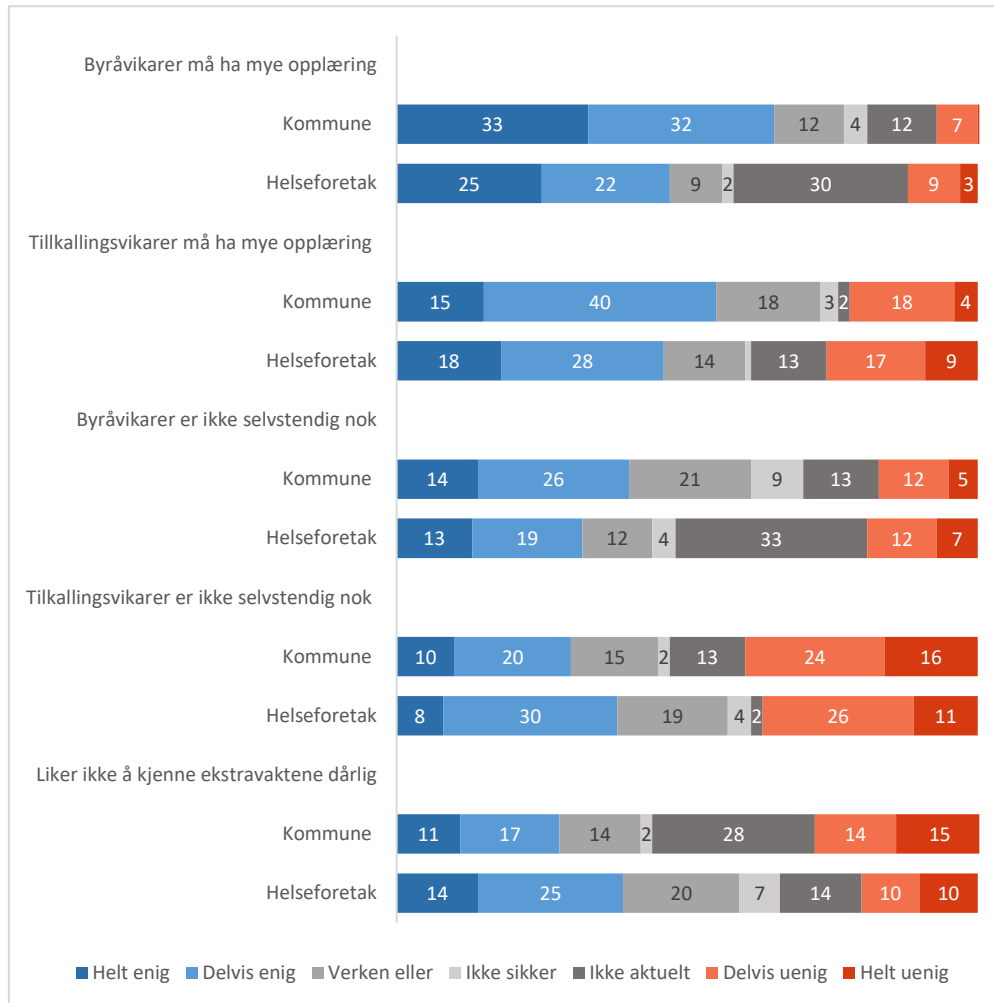
Vi brukte vikarbyrå en gang i en prekær situasjon. Men det var vanskelig å få tak i rett kompetanse. Vi brukte mye tid til opplæring fordi vikarene ble så kort om gangen. Senere valgte vi heller å tilsette en ekstra fast, så fikk vi litt mer å gå på. (Ringerike)

Vi erfarer at ansatte i små stillinger trenger mye større grad av lederoppfølging enn ansatte i 100 prosent. (Helseforetak, tekstsvar)

Jeg bruker mye tid på oppfølging og opplæring av detaljer. Tror innleid personell for kortere eller lengre periode ikke setter seg godt nok inn i arbeidsplassen. (Helseforetak, fritekstsvar)

På spørsmål om opplæringsbehov, svarer to av tre kommunerespondenter at byråvikarer trenger mye opplæring. En del færre, omtrent halvparten, sier det samme om ekstravaktene. Samtidig er det ganske mange som ser ut til å ha stabile ekstravakter. En av fire oppgir at deres ekstravakter ikke trenger så mye opplæring (figur 8.1). I helseforetakene er opplæringsbehovet litt mindre, for øvrig er bildet ganske likt.

Figur 8.1 Helseforetakene og kommunenes synspunkter på henholdsvis vikarbyråansatte og tilkallingsvikarers selvstendighet og opplæringsbehov. Prosent, n = 1336 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



### Ansatte i store stillinger krever også sitt

Det virker som arbeidet med å fylle huller i turnusen er en av de største påkjenningene for ledere med mange ansatte i små stillinger og et stort vikarbehov. Det brukes mye tid på opplæring og veiledning, dels fordi vikarene er nye og sjelden på jobb, og dels fordi de jobber mindre selvstendig. Vi vet fra andre undersøkelser at kommunikasjon med ansatte som sjelden er til stedet er vanskelig (Skjalmar, 2017, Moland & Bråthen, 2019). Dette gjelder selvsagt også for vikarer. Når det er sagt, vil kommunikasjonsbehovet kunne være noe mindre med vikarer som ikke skal delta i kompetanse- og virksomhetsutvikling, og som heller ikke er tildelt ansvar i samme grad som fast ansatte. Videre vil fast ansatte kunne stille større krav til oppfølging i forbindelse med sykdom, utslitthet, konflikter og andre arbeidsmiljøforhold enn vikarer. Dermed blir håndteringen av ansatte i store stillinger også ganske krevende, antakelig forsterket av underbemanning, der en del av tiden leder skulle brukt på å følge opp fast ansatte, i stedet brukes på andre.

Oppfølging av vikarer er en del av jobben. Slik har det alltid vært. Men det er mer oppfølgingsbehov med en del av de godt voksne ansatte i større stillinger.

Erfaringen deres i pleien «gjør det verdt det». Jeg opplever at yngre deltidsansatte og ekstravakter er mer lydhøre og mindre i opposisjon. (Helseforetak, fritekstsvar)

### **Vikarbruk krever mer av de faste**

Vi har sett at kombinasjonen av lav grunnbemanning, mange ubesatte stillinger og omfattende bruk av vikarer er krevende for ledere med både drifts- og personalansvar. Vi har også sett at dette styrer lederens tidsbruk på en måte som er negativ for de faste ansatte. Men mye av det som skjer med lederens tidsbruk, skjer også med tidsbruken til de mange av de faste ansatte. De må også bruke mye tid på opplæring og løpende veiledning av tilkallingsvikar og personell fra vikarbyråene. I tillegg kommer slitasjen ved at det er færre faste på jobb og færre som kan ta ansvar for faglig krevende oppgaver. På samme måte som det kan være uheldig at ledere ikke treffer deltidsansatte som jobber i helgene, er det heller ikke greit at innleid personale fra vikarbyråene ofte jobber på tidspunkt hvor leder ikke er til stedet. I tillegg til at den direkte kommunikasjonen mellom leder og tjenesteutøver blir svak, medfører dette også flere oppgaver til de faste ansatte. Tiden som blir igjen til brukere og pasienter reduseres. Da må de ansatte enten løpe fortere, eller tjenestetilbudet må reduseres.<sup>35</sup>

I det siste av de tre neste sitatene trekkes det inn et annet moment. De faste ansatte skal ikke bare veilede personale fra vikarbyråer, de skal også måtte forholde seg til at noen av de innleide kanskje gjør en dårligere jobb enn dem selv samtidig som de får bedre betalt.

Det er slitsomt å ikke være fullt bemannet. Vanskelig å rekruttere spesialsykepleiere. Det blir stor belastning på personalet. Driften skal gå, og da må vi få inn folk fra vikarbyrå. Det er belastende både for leder og personalet. Vikarer må opplæres etc. (Helseforetak, fritekstsvar)

Vikarbruk krever mer oppfølging. Det er også et problem at vi ofte setter vikarer fra byrå på vakter på tider av døgnet der leder ikke er til stede. Da blir leder avhengig av [indirekte] tilbakemeldinger via de ansatte (Helseforetak, fritekstsvar)

Vikarbyrå er nødvendig. Men det blir strekk i laget når en vikarbyråansatt sier i media at hun tjener par hundre tusen mer enn våre faste. (Bodø)

Vi har ikke data som tilsier at bruk av vikarer går utover kvaliteten, men det går nok utover de faste som er igjen – og føler at alt ansvaret ligger på dem. Det svekker deres arbeidsmiljø fordi vi da må spre vikarene utover slik at de faste faktisk aldri eller sjelden får jobbe samme med sine faste kolleger. (Sykehusleder)

## **8.2 Vikarer og tjenestekvalitet**

Spørsmålet om vikarbruk og tjenestekvalitet har to sider. På den ene siden vil brukere/pasienter på tjenestesteder med fast personale motta bedre tjenester enn de vil få på et tjenestested med omfattende bruk av vikarer. På den annen side vil brukere/pasienter motta dårligere tjenester dersom vikarer ikke benyttes når faste ansatte ikke kan yte tjenestene.

---

<sup>35</sup> På lengre sikt vil ny organisering av tjenestene, endret oppgavefordeling, bruk av ny teknologi og andre effektiviserings tiltak være gode alternativer.

Figur 6.3 viste at blant de som bruker vikarbyrå svarte 65 prosent at innleie var nødvendig for å levere gode tjenester. Slik bemanningssituasjonen er mange steder, framstår vikarbyråene som avgjørende for å opprettholde tjenester på et nødvendig kvalitetsnivå. Selv om ikke alle har dette som et førstevalg, er det et nødvendig andrevalg. Konsekvensene ved å ikke kunne fylle vaktene med kompetente personale, er svært negativ, slik disse lederne skriver:

Ved fravær i avdelingen er det ikke alltid vi har tilgang til kompetente vikarer som operasjonssykepleier eller intensivsykepleier. Det er bare slitsomt, og jeg har alltid dårlig samvittighet overfor driften og pasientene som blir strøket fra operasjon ved mangel på operasjonssykepleier f.eks. (Helseforetak, fritekst-svar)

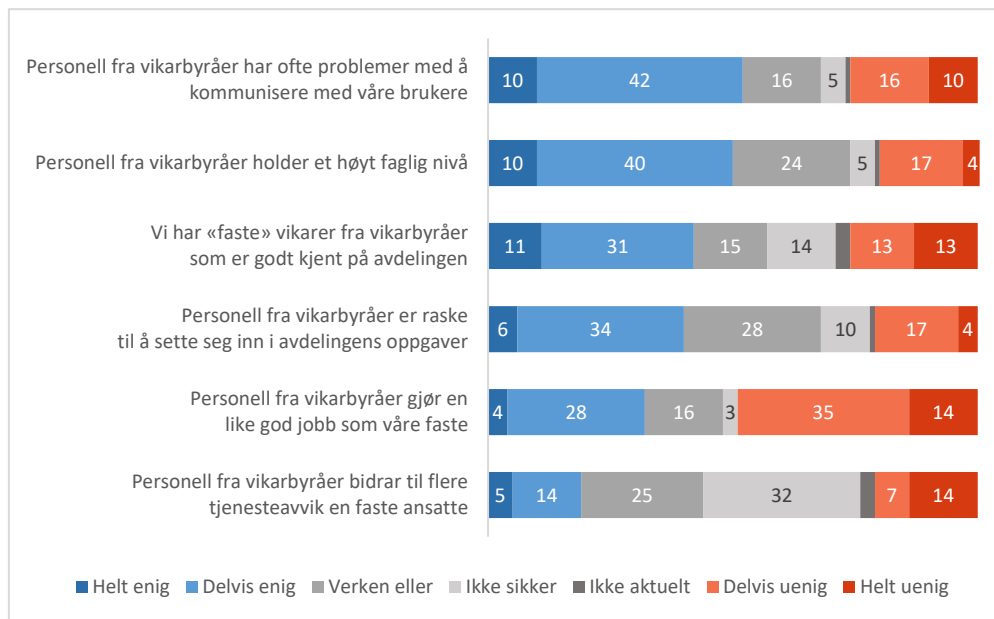
Vi har mange vakante stillinger på avdelingen, i tillegg til stort sykefravær. Det skjer mange avvik på avdelingen, og det er utfordrende å jobbe kontinuerlig med kvalitetsforbedring, da det er mange forskjellige på vakt hver dag. Det blir lite kontinuitet for brukerne, og jeg opplever som leder at pårørende blir mer misfornøyd når det ikke er faste ansatte på jobb. (Kommune fritekst-svar)

Vi har stilt ledere og tillitsvalgte spørsmål om vikarer og tjenestekvalitet. Tatt i betraktning alt som har vært sagt om merbelastninger ved å ha vikarene, er det nesten overraskende hvor positivt de svarer på disse spørsmålene:

- 50 prosent er enige i at personell fra vikarbyrå holder et høyt faglig nivå, 20 prosent er det ikke
- 40 prosent er enige i at personell fra vikarbyrå er raske til å sette seg inn i avdelings oppgaver, 20 prosent er det ikke. Helseforetakene er mest positive.
- 35 prosent er enige i at personell fra vikarbyrå gjør en like god jobb som de fast ansatte, 50 prosent er det ikke
- 10 prosent er enige i at personell fra vikarbyrå bidrar til flere tjenesteavvik, 20 prosent er det ikke, mens 60 prosent er ikke sikker.
- Litt over 50 prosent er enige i at personell fra vikarbyråer ofte har problemer med å kommunisere med brukerne. Dette er oftest et problem i kommunene.

Spørsmålet som ble stilt i undersøkelsen var formulert slik: Ut fra nåværende eller tidligere erfaringer med å benytte personell fra vikarbyrå, hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?

Figur 8.2 Synspunkter på vikarbyråansattes kompetanse. n = 449 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Prosent. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



### Kjennskap og språkferdigheter er nødvendig

40 prosent av informantene i spørreundersøkelsen oppgir at de har gode erfaringer med å ha faste og kjente vikarer fra vikarbyråer (figur 8.2). Dette oppgis oftere av informanter i helseforetakene enn i kommunene. Men som det også kommer fram i sitatene over, har de samme informantene også erfaringer med at det ikke alltid fungerer like godt. Ut fra svarene i spørreundersøkelsen, ser de positive erfaringene ut til å være så vidt i mindretall. Også blant casekommunene er holdninger og erfaringer med vikarbyråer varierende. Vi har tidligere sett at en del av informantene i casekommunene ikke ønsker å benytte vikarbyråer.

Vi har også sett at tjenestesteder som leier inn personale, vanligvis bruker flere vikarbyråer. Samtidig vet vi det er lite bruk av vikarbyrå de fleste steder (kapittel 4 og 6). Dette innebærer at det må være vanskelig for innleid personale å bli godt kjent med brukere, kolleger og arbeidsoppgaver på samme måte som det er vanskelig for ledere og ansatte å bli kjent med dem. For å bøte på dette kunne man tenkt seg at tjenestestedene forsøkte å sikre seg at de fikk de samme vikarene hver gang de leide inn, i alle fall der det er mulig å planlegge.

Slik er det ikke. 21 prosent oppgir at de sjelden bruker faste personer fra vikarbyråer (figur V8.1). Omtrent like mange oppgir at de gjør det ofte (23 prosent). 56 prosent bruker fast vikar av og til. Dette innebærer at et flertall treffer samme vikar flere ganger, men at det skjer ganske sjelden.

Det er flere eksempler på at bruk av personell fra vikarbyråer kan fungere godt. Der man har faste tilkallingsvikarer eller der vikarbyråene har kunnet stille med faste vikarer som behersker norsk og blir kjent på avdelingene, går det greit. Så lenge det ikke er for mange av dem, gjør disse vikarene en god jobb samtidig som de avlaster de faste ansatte:

Der de har faste vikarer fra byrået så fungerer det bra. Derfor får vi ikke de vanlige negative greiene med mye opplæring, tidstyveri og lønnsnivået. Hvis man leier inn noen helt ukjente med dårlig norsk, er det ikke så greit. (Asker)

Flinke ekstravakter er viktig for å avlaste faste ansatte, men det kan ikke være mange av dem da det gjør kompetansen dårligere - man må jo jobbe en del hos oss for å opprettholde nødvendig kompetanse. (Helseforetak, fritekstsvar)

Mange faste og stabile ansatte i fulle stillinger gir viktig stabilitet i vår avdeling der vi behandler svært alvorlig syke pasienter som er innlagt over lengre tid. Det ville ikke vært mulig å få til god behandling av denne pasientgruppen uten stabile ansatte og ekstravakter. (Helseforetak, fritekstsvar)

### **Utilstrekkelig kjennskap**

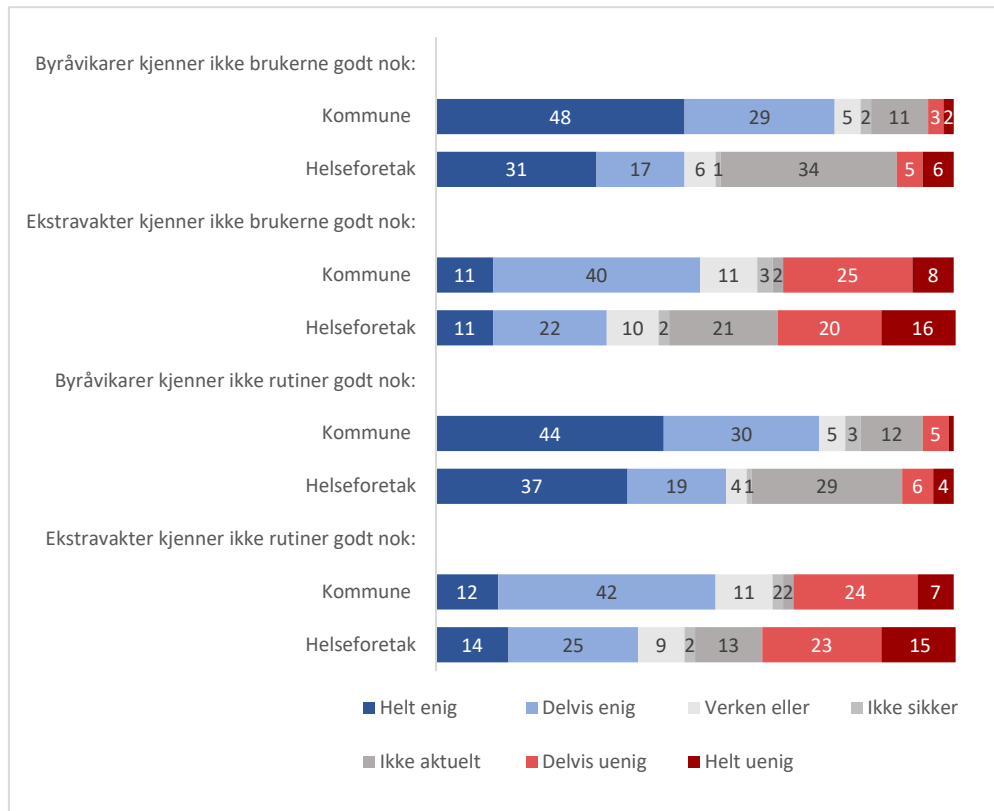
I tillegg til å argumentere med at det er slitsomt for leder å skaffe og forholde seg til den flyktige arbeidskraften trekker flere fram manglende kjennskap til hverandre som et problem:

Vi benytter ikke vikarbyrå og nødig eksterne vikarer. Vi ønsker i stedet å bygge opp egen kompetanse. Bruk av vikarer fra vikarbyrå er dessuten også dyrt. Noe av det verste som kan skje er at du kommer inn i en bygning og ikke kjenner de ansatte. (Karmøy)

Det er viktig at de ansatte kjenner avdelingen (poliklinikken) og pasientgruppen. Vi bruker ikke innleide vikarer. (Helseforetak, fritekstsvar)

I figur 8.3 har vi gjengitt svarene på spørsmål om hvorvidt byråvikarer og ekstravakter kjenner brukerne og driftsrutinene. Ledere og tillitsvalgte fra kommunene er mest kritiske. Her oppgir tre av fire at de er enige i at byråvikarer ikke kjenner rutinene godt nok. Omtrent like mange oppgir at byråvikarer ikke kjenner brukerne godt nok. I helseforetakene svarer omtrent halvparten det samme. Som det også går fram av figur 8.3 er informantene fra helseforetakene mer positive til ekstravaktenes kjennskap til brukere og rutiner.

Figur 8.3 Vikarenes kjennskap til brukere og rutiner. Prosent. n = 820 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



### Språkproblemer

Halvparten av personalet fra vikarbyråene er bosatt utenfor Norge, og mange kommer fra Sverige og Danmark. Også mange ekstravakter og ansatte i små stillinger har utenlandsk bakgrunn (Olsen, 2019). Halvparten av de spurte oppgir at personell fra vikarbyråer ofte har problemer med å kommunisere med brukerne (figur 8.2). Dette gjelder oftere i kommunene enn i helseforetakene. To informanter fra Malvik kommune mener det samme:

Min erfaring med vikarbyrå var ikke så god. Ansatte i vikarbyrå er fremmede, ofte ikke norske heller. Tjenestestedene bruker vikarer derfra så lite at det ikke er snakk om kontinuitet. I tillegg til språkproblemer kommer noen ganger også det faglige. Jeg husker vi fikk noen faglig svake sykepleiere fra Danmark. (Malvik)

Vi har noen få fra vikarbyrå i eldreområdet. De er dårlig i norsk og må ha en norsk ledsager. De kan være dyktige på det sykepleietekniske, men det blir vanskelig når de ikke kan kommunisere med brukerne. (Malvik)

### Færre vikarer og større stillinger gir bedre tjenestekvalitet

Det er skrevet mye om stillingsstørrelser og tjenestekvalitet (Austad, 2015; Engbråten, 2015; Moland & Bråthen, 2019). De samme resonnementene gjelder for vikarbruk og tjenestekvalitet. Når det blir mange av de små stillingene og mange vikarer

er det færre ansatte med riktig kompetanse og god kjennskap til avdelingen som kan ta ansvar og sørge for at oppgavene gjøres til rett tid.

I det neste sitatet møter vi en leder som både har mange ubesatte stillinger og stort fravær blant de ansatte. Dette fører ikke bare til oppstykket drift, men også til redusert kvalitet i tjenestene til brukerne og misfornøyde pårørende:

Vi har mange vakante stillinger på avdelingen, i tillegg til stort sykefravær. Det skjer mange avvik på avdelingen, og det er utfordrende å jobbe kontinuerlig med kvalitetsforbedring, da det er mange forskjellige på vakt hver dag. Det blir lite kontinuitet for brukerne, og jeg opplever som leder at pårørende krever mer og blir mer misfornøyde når det ikke er faste ansatte på jobb. (Kommune, fritekstsvar)

### 8.3 Mye ressurser til flyktig arbeidskraft

Med flyktig arbeidskraft sikter vi til arbeidstakere som er lite til stede. Dette kan være tilkallingsvikarer og personell fra vikarbyråer. Det kan også være ansatte i små deltidstillinger eller ansatte som har høy turnover. De er med andre ord motsatsen til de stabile kontinuitetsbærerne som jobber heltid eller i store stillinger, og som kjenner rutiner, brukerbehov og kolleger godt.

#### Vikarbyrå er kostbart

Bruk av personell fra vikarbyråer har to kostnadselementer i tillegg til eventuelle nettobelastninger på arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten. Det ene er merutgifter per arbeidstime. Det andre er tid ledere og kjernepersonell bruker til administrasjon, opplæring og veiledning av vikarer.

En del av vikarbruken er kostbar, enten det er egne ansatte som tar ekstravakter og kanskje skal ha overtidsbetaling (omkring 300 kr per time), tilkallingsvikarer som skal ha lønn på toppen av lønnen til fraværende ansatte, eller det er personell fra vikarbyråer som koster 300–500 kroner mer per arbeidstime enn egne ansatte. Eventuelle overtidskostnader til vikarbyråene kommer i tillegg. På den annen side kan vikarkostnadene være små dersom alternativet er å øke den faste bemanningen.

Selv om utgiftene til innleie fra vikarbyråene for de fleste utgjør mindre enn en prosent av alle arbeidskostnader, er det en utgift mange synes er problematisk. Under intervjuene ble det listet opp tall og årsverk som både gikk til vikarene og til å administrere dem. Her tar vi bare med to sitater. Det første formidler at de administrative kostnadene ved å stadig måtte skaffe ekstravakter er høye. Dette er en normalsituasjon for de fleste tjenestestedene uavhengig av om de bruker vikarbyrå eller ikke. De to neste forteller både om store kostnader og at ressursene burde vært brukt på en annen måte.

Vikarbyrå er nødvendig. Vi får jo ikke tak i folk. Vi bruker ca. 40 millioner på dette. Kunne vi brukt 40 millioner på annen måte? (Bodø)

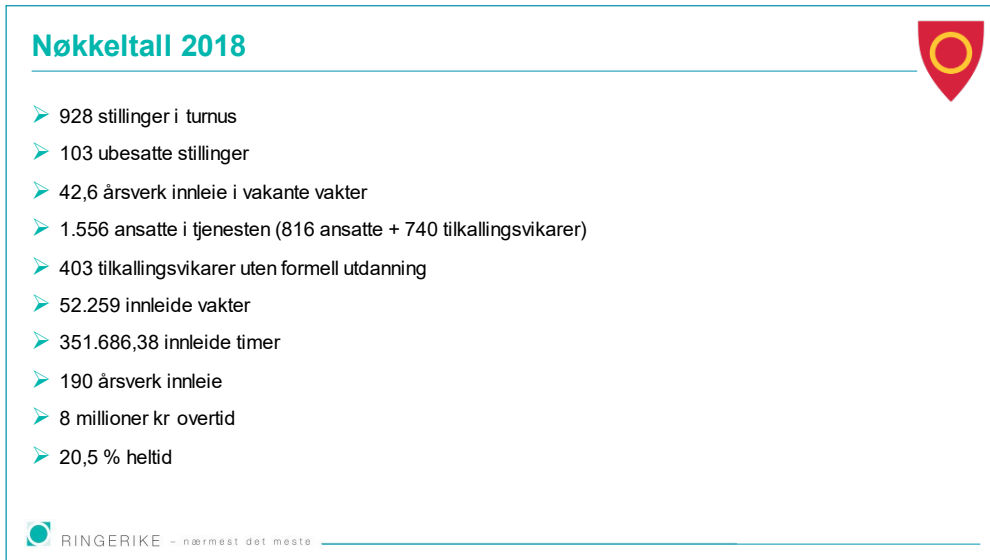
Vi bruker 190 årsverk i innleie. Sånn kan vi ikke ha det. Vi må planlegge for variasjoner i egen drift. Da må vi ha større stillinger. Jeg er overbevist om at å få bort de små stillingen er veien å gå. (Ringerike)

I sitatet fra Ringerike vises det til en opptelling av strategiske nøkkeltall fra 2018 i forbindelse med kommunens satsning på å utvikle heltidskultur i pleie- og omsorgstjenestene. På dette tidspunktet var hver tiende stilling ubesatt og nesten halvparten av de som jobbet i tjenesten var tilkallingsvikarer. Av disse hadde under halvparten



helsefaglig utdanning. Heltidsandelen er lav, og utgiftene til overtid er høy. Oppstillingen som er gjengitt i figur 8.4, er vist på konferanser til et hundretalls kommuner for å vise at det brukes for mye ressurser på flyktig arbeidskraft.

Figur 8.4 Ringerike: Oversikt over personalsammensetningen i Ringerikes pleie- og omsorgstjenester i 2018. Kilde: Ringerike kommune.



### Den ideelle sammensetningen av faste og vikarer?

De fleste informantene mener at vikarbruken er i høyeste laget. Dette baseres på betraktninger om hvordan tjenestekvalitet og arbeidsmiljøet for ledere og ansatte påvirkes. Den samlede bruken av egne ansatte som tar ekstravakter, tilkallingsvikarer og vikarer fra vikarbyråer er høy og utgjør grovt regnet litt over 20 prosent av de samlede arbeidskostnadene (figur 3.2).<sup>36</sup> Legger vi til at 7 prosent er deltidsansatte med en stillingsstørrelse mindre enn 20 prosent og like mange har en stillingsstørrelse på mellom 20 og 40 prosent, blir omfanget av flyktig arbeidskraft høyere enn 20 prosent.

I spørreundersøkelsen ble ledere og tillitsvalgte bedt om å vurdere vikarbruken og samtidig gi et bilde av den ideelle sammensetningen av faste ansatte og vikarer. De ble bedt om å fylle inn tre tall slik at summen skulle bli 100 der A er andel faste ansatte i turnus, inklusive bundet og eventuell ubundet tid. B er andel interne ekstravakter fra egne bemanningsenheter og tilkallingsvikarer, mens C er andel personale fra vikarbyråer. Spørsmålet lød slik: Hvordan ser den ideelle bemanningsløsningen ut? Fyll inn slik at  $A+B+C=100$ .

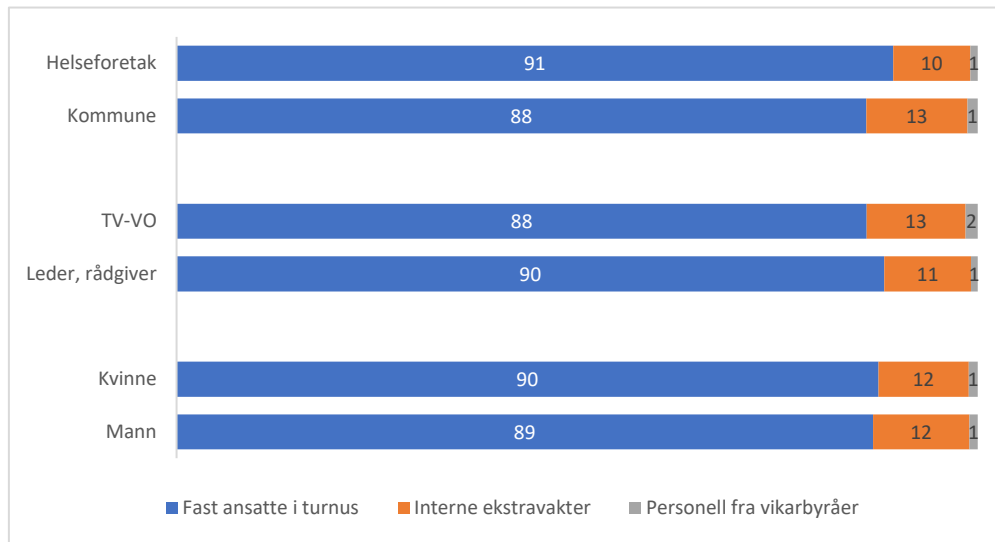
35 prosent av de spurte ønsket bare faste ansatte. Like mange oppga at mellom 80 og 99 prosent faste ansatte ville være bra, mens 30 prosent synes det var nok at mellom 50 og 80 prosent av arbeidskraften var fast ansatt. Denne fordelingen var omtrent lik blant både ledere og tillitsvalgte, enten de jobbet i en kommune eller et helseforetak.

Om vi ser på gjennomsnittet av svarfordelingen mellom A, B og C kommer vi ut med en personalsammensetning som gir ca. 88 prosent faste ansatte (A), 11 prosent interne ekstravakter (B) og 1 prosent personale fra vikarbyråer (C). Som det går fram

<sup>36</sup> Ordinær lønn til faste ansatte utgjør ca. 80 prosent av kommunenes samlede personalkostnader. De øvrige kostnadene er lønn til vikarer, overtidslønn til faste ansatte som tar ekstravakter, lønn til ekstrahjelp og innkjøp av andre tjenester

av figur 8.5 skiller arbeidssted, stilling og kjønn lite. Tatt i betraktning av slitasjen ledere har med å håndtere et stort vikarbehov, er det rimelig at de ønsker at 90 prosent av personalet er fast ansatt. 10 prosent med ekstravakter rimer også med deres uttrykte behov for fleksibilitet og budsjettbalanse. Derimot er det litt overraskende at tillitsvalgte har med flere vikarer i sin «idealsammensetning», tatt i betraktning at fagorganisasjonene ønsker flere faste stillinger og er kritiske til bruk av vikarbyråer.

Figur 8.5 Hvordan ser den ideelle bemanningsløsningen ut? Prosent, n = 1350 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



### Ønsker en halvering av vikaromfanget

En sammenlikning av ønskesammensetningen i figur 8.5 og den faktiske sammensetningen, viser at ledere og tillitsvalgte ønsker en halvering av vikaromfanget. Dette betyr ikke at de vil la være å leie inn ved behov, men at de vil erstatte vikarer med fast ansatte. Dette målbæres i noe større grad av informantene fra helseforetak og blant ledere. Samtidig ser vi at ønsket om at vikarbyråene kan utgjøre ca. 1 prosent av arbeidskostnadene står seg ganske godt mot virkeligheten. Også her ser vi den samme lille, men tydelige, forskjellen mellom kommuner og helseforetak og mellom tillitsvalgte og ledere.

## 9 Tiltak som kan redusere vikarbruken

---

Funnene som er presentert viser ganske entydig at vikaromfanget i helse- og omsorgssektoren er for stort. En halvering vil være i tråd med ledere og tillitsvalgte idealsammensetning. Det som er skrevet om arbeidsmiljø, lederbelastninger og tjenestekvalitet (kontinuitet, kjennskap og kompetanse) tilsier at en reduksjon av vikaromfanget vil være gunstig for svært mange tjenestesteder.

Om vi ser på bruken av vikarbyrå er den begrenset, men økende. Samtidig er det en del tjenesteder som ikke benytter byråer eller har redusert bruken. I noen kommuner er det en formulert policy å ikke bruke vikarbyråer, for andre er det resultat av mer pragmatiske vurderinger. Uansett begrunnelser fordrer det at kommunene og helseforetakene utvikler alternativer.

Sitatene under er fra ledere i helseforetak der de har sluttet å leie inn ekstravakter fra vikarbyråer. Dette har de klart ved at de bruker egne ansatte og faste tilkallingsvikarer på en annen måte. De sier ikke hvordan dette er gjort, men uttrykker veldig klart at endringen har vært positiv både for lederen selv, de ansatte og for tjenestekvaliteten. Det ser imidlertid ikke ut til at andelen vikarer har gått særlig mye ned:

Det har vært en endring i form av avvikling av vikarbyråer. Dette har ført til en påvirkning av ansatte i form av at alt sykefraværet dekkes av egne ansatte, både faste og ekstrahjelpere. Dette har vært en ønsket og positiv endring. Det har ført til bedre kvalitet på tjenestene som leveres og tydeligere ro og stabilitet i personalgruppen, noe som også påvirker meg som leder positivt. (Helseforetak, fritekstsvare)

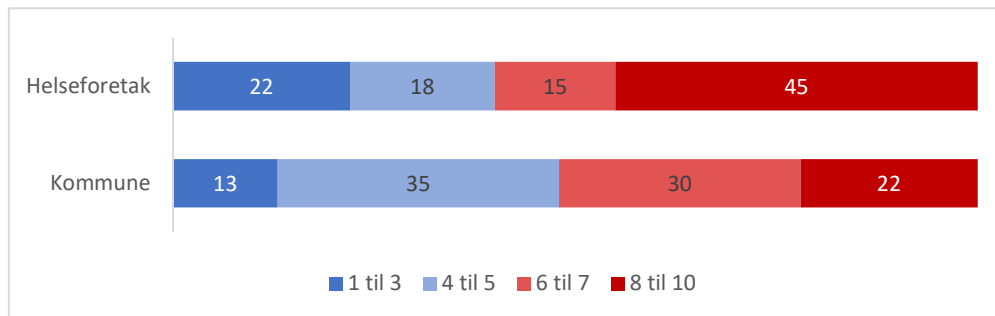
Vi har primært fulle stillinger [...] og sluttet med vikarbyrå for 3 år siden og har bygget opp en egen pool av ekstravakter som jobber jevnlig. Det kan være ansatte som er ute i utdanning eller studenter som har vært i praksis m.m. Dette medføre at vi har en stabil arbeidsstokk og nok ekstra vakter til å dekke våre behov slik det er nå. (Helseforetak, fritekstsvare)

Skal kommuner og helseforetak redusere vikarbruken slik at den utgjør 10 prosent eller mindre av arbeidskostnadene, må de ta betydelig større grep enn bare å redusere bruken av vikarbyråer. De må utvikle robuste bemanningsplaner der det meste av fraværet kan håndteres uten å leie inn vikarer. En bemanningsplan er robust når den kan drives med kompetente og kjente ansatte og når personalfravær kan håndteres med lav bruk av eksterne vikarer.

I spørreundersøkelsen ble lederne bedt om å ta stilling til hvorvidt de hadde robuste bemanningsplaner. Det er ganske store forskjeller i hvordan ledere fra henholdsvis kommunene og helseforetakene svarer. På en skala fra 1 til 10, der 10 indikerer at man er maksimalt utsatt for å måtte leie inn vikarer når ansatte har fravær, har hver fjerde leder fra helseforetakene markert at de befinner seg i nr. 10 på skalaen. 8,7 prosent av kommuneledere svarer det samme.

I figur 9.1 har vi gruppert svarene. Nesten halvparten av lederne fra helseforetak har krysset av på 8, 9 eller 10. Det er dobbelt så mange som fra kommunesektoren. Mellom 40 og 50 prosent av lederne har plassert sin avdeling i den andre enden av skalaen. I og med at en del av lederne fra helseforetak leder avdeling som ikke driver døgnkontinuerlig og heller ikke i helgene, er denne forskjellen mellom kommuner og helseforetak overraskende stor. Ut fra driftsform burde det snarere vært omvendt. Samtidig vil en sykehusavdeling med høyt spesialiserte fagfolk være ekstra sårbar ved fravær fordi det er færre med riktig kompetanse som kan ta vaktene. Dermed burde sykehusene ha sterke incentiver for å etablere mer robuste turnuser, slik mange kommuner nå gjør.

Figur 9.1 Hvor vil du si at din avdeling befinner seg mellom disse ytterpunktene? 1 = Vi har en turnus som tåler ulike former for fravær uten at måtte leie inn ekstravakter. 10 = Vi har en turnus som gjør at vi stadig må leie inn ekstravakter. Prosent. n = 278 ledere og tillitsvalgte i kommuner og helseforetak. Kilde: Fafos spørreundersøkelse.



I det følgende viser vi flere eksempler, fortrinnsvis fra kommuner, på hvordan de har utviklet tjenestene slik at de sjelden har ledige vakter og dermed lavt behov for å benytte interne eller eksterne vikarer. De første avsnittene handler mest om økt arbeidsglede, gode vakter og god ledelse som fraværsreducerende tiltak. Deretter følger noen lengre avsnitt om turnusløsninger som kan redusere vikarbehovet.

## 9.1 Den gode vakta i helg og hverdag

I helgene er det sjelden ledere på avdelingene. Andelen fast ansatte i store stillinger er ofte ganske lav. Helgene er den tiden der vaktene i størst grad fylles med vikarer og ansatte i små stillinger (Moland & Bråthen, 2019). Dette fører ofte til redusert tjenestetilbud og ekstra belastninger for de få faste ansatte som er på jobb. Store belastninger og ukjente vikarer slår negativt ut på arbeidsgleden, og fast ansatte i store stillinger gruer seg for å gå på jobb når det er slik. Det er ikke nødvendigvis arbeidsoppgavene i seg selv som gjør det tungt, men at man er få kjente på jobb. Og når man gruer seg for å gå på jobb, er veien også kortere til at man unnlater å gå på jobb hvis formen er dårlig (Moland, 1997).

Bodø er den av casekommunene som har slitt mest med høyt sykefravær. Samtidig er dette en av kommunene i Norge som bruker mest ressurser på å utvikle heltidskultur, blant annet ved å øke den faste bemanningen. Kommunen håper dette også skal bidra positivt til å redusere fraværet. Flere fast ansatte i helgene har bidratt til at terskelen for å stille på jobb på en «dårlig dag» er blitt lavere. I det andre sitatet kommer en annen informant fra Bodø inn på noe av det samme. Tilbøyeligheten til å «melde seg syk» reduseres der fast ansatte vet at de har kjente og kompetente kolleger på jobb. Dette melder de også om i andre kommuner:

Det er like mye å gjøre på helgene som før. Men før gruet de ansatte seg for å jobbe helgene. Nå er det flere faste i helgene, og vi har fått mindre fravær. De faste melder seg ikke syke som de kanskje ville gjort tidligere. Når de vet at det er faste på vakt så blir terskelen for å være hjemme større. (Bodø)

Fravær handler også om moral. Vi hadde noen fraværsgjengangere et sted. Etter samtaler og noen tiltak fikk vi slutt på dette helgesyndromet, og fraværet er redusert betydelig. På et tidspunkt begynte de med langvakter og da ser vi at de på langvaktet er mer stabile enn de som går hinkehelger. Nå er det blitt mer stabilt i helg enn på ukedager. (Bodø)

Deltidsansatte med flere stillinger melder seg syk på helg. (Asker)

Fraværet kan skyldes arbeidsmiljøutfordringer, turnuser, vakante stillinger og mer. Det blir en ond sirkel. Og så kommer personlige forhold som egen og pårørendes sykdom. Vi ser at noen steder skapes det en fraværskultur. Du får et slags kulturdrevet fravær. Stort fravær avler mer fravær. Ingen på teknisk avdeling blir spurt om de skal gå hjem hvis de er litt pjusk. Dette må vi slutte med i damearbeidsplasser. (Malvik)

Disse sitatene om arbeidsmiljøet kan tjene som inngang til «Den gode vakta» og hvilke effekter denne har, blant annet på vikarproblematikken. Tjenesteder som har klart å etablere Den gode vakta vil også langt på vei ha lagt grunnen for et bærekraftig arbeidsmiljø.<sup>37</sup>

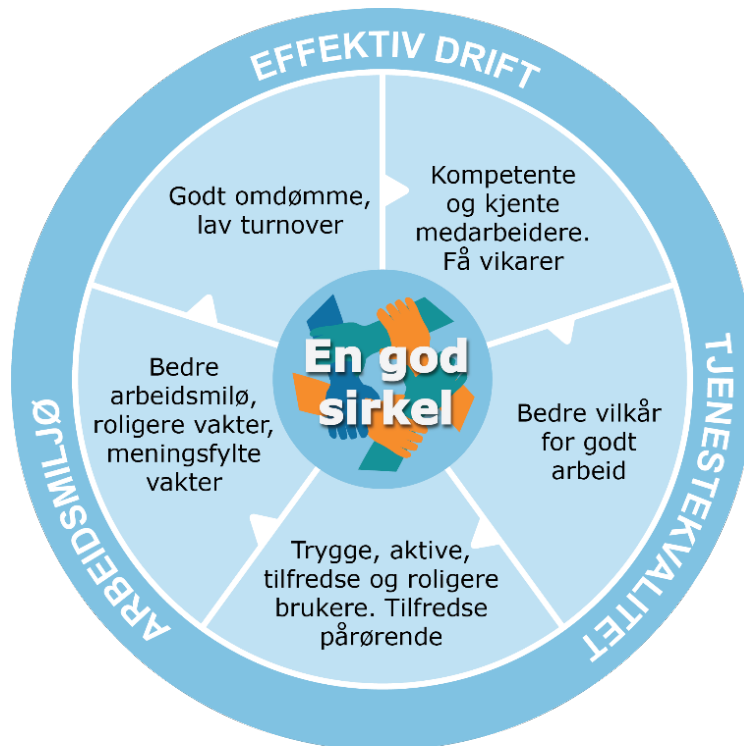
Den gode vakta kan en finne på tjenestesteder som har utviklet en drift med kvalifiserte ansatte som kjenner sine arbeidsoppgaver, HMS-rutiner, kolleger og brukere, og som har etablert et klima for godt arbeid og tjenester med høy faglig kvalitet. Dette gir grunnlag for gode tjenester og brukere som opplever økt livskvalitet. Utagerende brukere blir mindre utagerende, passive brukere blir mer aktive, og pårørende responderer positivt. Dette bidrar til et bedre arbeidsmiljø for de ansatte og lite stress. Nøkkelord for den gode vakta er faglighet og kontinuitet godt hjulpet av en turnus med fast ansatte i store stillinger (Moland, 2015; Moland & Bråthen, 2012b, 2019).

---

<sup>37</sup> Det finnes en rekke definisjoner på hva som kjennegener et godt og helsefremmende arbeidsmiljø, og hvilke faktorer som forutsettes for å utvikle slike miljøer. Her konsentrerer vi oss om heltid-deltidsrelevante forhold og foreslår at et bærekraftig arbeidsmiljø foreligger når følgende forhold preger arbeidsstedet og ansatte:

- klarer å stå i (heltids)jobb til naturlig pensjonsalder (62–67 år)
- opplever arbeidsglede, tilhørighet, mestring og respekt
- er «middels» slitne etter en arbeidsøkt
- har en lønn og pensjon «å leve av» (og muligheter til å ta opp banklån)
- har forutsigbar lønn, arbeidstid og fritid
- opplever få HMS-avvik.

Figur 9.2 Den gode vakta. Kilde: Moland, 2015.



Moland (Fafo) og Lindberg (Fredrikstad kommune)

Den gode vakta er utviklet med utgangspunkt i empiriske iaktakelser. Men det finnes mye teori om arbeidsfellesskap, jobbmesring og kvalitet som kan underbygge empirien. Orvik (2015) skriver om den dobbelte kompetansen som leder til kvalitet. Den består av faglig og organisatorisk kompetanse. Den enkelte må ha kvalifikasjoner og kontekstforståelse, og oppleve å være en del av et fellesskap, der en kjenner organisasjonskulturen og arbeidsmåtene. Dette gir grunnlag for mesring og handlingsevne. I sitt foredrag viser han at det vil være vanskeligere å utvikle den doble kompetansen på arbeidsplasser med mye deltid enn der en har flest heltidsstillinger (Orvik, 2019). I sirkelen som beskriver Den gode vakta fører mesring, handlingsevne og kvalitet sammen med store stillinger til stabilitet og redusert turnover.

I Stamis kunnskapsoppsummering om sykefravær (Knardahl mfl., 2016; Knardahl, 2021) finner vi tre forhold som bidrar til lavere sykefravær:

- Kontroll over eget arbeid, for eksempel ved å kunne bestemme selv når eller hvordan ulike oppgaver skal løses, variere mellom oppgaver og utnytte egne evner.
- Kontroll over egen arbeidstid.
- Et positivt sosialt klima på arbeidsplassen, dvs. støtte og oppmuntring fra leder og medarbeidere.

Disse sidene ved arbeidsmiljøet og opplevelse av egen kontroll og mesring er den samme som er beskrevet i Den gode vakta. Knardahl går ikke eksplisitt inn i heltid-deltidsproblematikken, men mye annen forskning har vist at det er vanskeligere å oppnå kontroll og mesring dersom arbeidstakeren jobber korte vakter og/eller er sporadisk på jobb (Ingstad, 2011; Moland & Bråthen; 2019).

Flere studier har vist at tjenestesteder kan redusere fraværet med tiltak der ansatte får større stillinger eller ved innføring av nye turnuser som åpner for mer kontroll

over arbeidets utførelse og arbeidstiden, slik som for eksempel langvakter eller samarbeidsturnuser (Gransjøen & Sogstad, 2021; Moland & Schanche, 2019; Vedaa mfl., 2018; Moland & Bråthen, 2012b; Gautun, 2002). Vi finner samme tendens hos de seks casekommunene. I sitatet under framholdes det at ansatte synes det er lettere å gå på jobb når formen er litt skral dersom de kommer til en avdeling med kompetente kolleger de kjenner. Her vil det både bli akseptert og fungere greit at vedkommende bare jobber for halv maskin.

Ja, den gode vakta gir mindre fravær. Folk orker å jobbe selv om de er litt slakke når de kjenner kollegene. (Karmøy)

I det neste sitatet er koblingen mellom stillingsstørrelse og fravær at ansatte i store stillinger er mer knyttet til arbeidsplassen enn deltidsansatte. Tanken er at denne tilknytningen bidrar til økt ansvar for driften. Den ansatte vet at dersom hun eller han holder seg hjemme, får kollegene mer å gjøre. Lederen vil ofte ikke rekke å skaffe vikar. Dersom lederen rekker det, vil vikaren ofte være ufaglært og mindre kjent på avdelingen. Dette vil også være en belastning for kollegene som den ansatte med redusert arbeidsevne ønsker å unngå.

Jeg tror at jo høyere stillingsstørrelse jo mindre fravær, fordi ansatte i store stillinger har sterkere eierforhold. (Karmøy)

Vi har lavt fravær noen steder. Der er de alltid godt forberedt og kan håndtere vanskelige situasjoner. Der er det også store stillinger og mange med høy utdanning. Det er mer fravær der det er mange små stillinger. Dette handler både om ledelse og om å ha ansatte med tilknytning til jobben. (Malvik)

Her er altså svaret større stillinger og flere fast ansatte. I en gjennomgang av stillingsstørrelser og sykefravær i de seks casekommunene fikk vi data fra i alt 203 tjenestesteder. I tabell 9.1 er de seks kommunene rangert etter sykefraværsomfanget. For eksempel har vi data fra 75 tjenestesteder i Asker kommune. Disse 75 tjenestestedene har en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 70,9 prosent og et sykefravær på 11,1 prosent

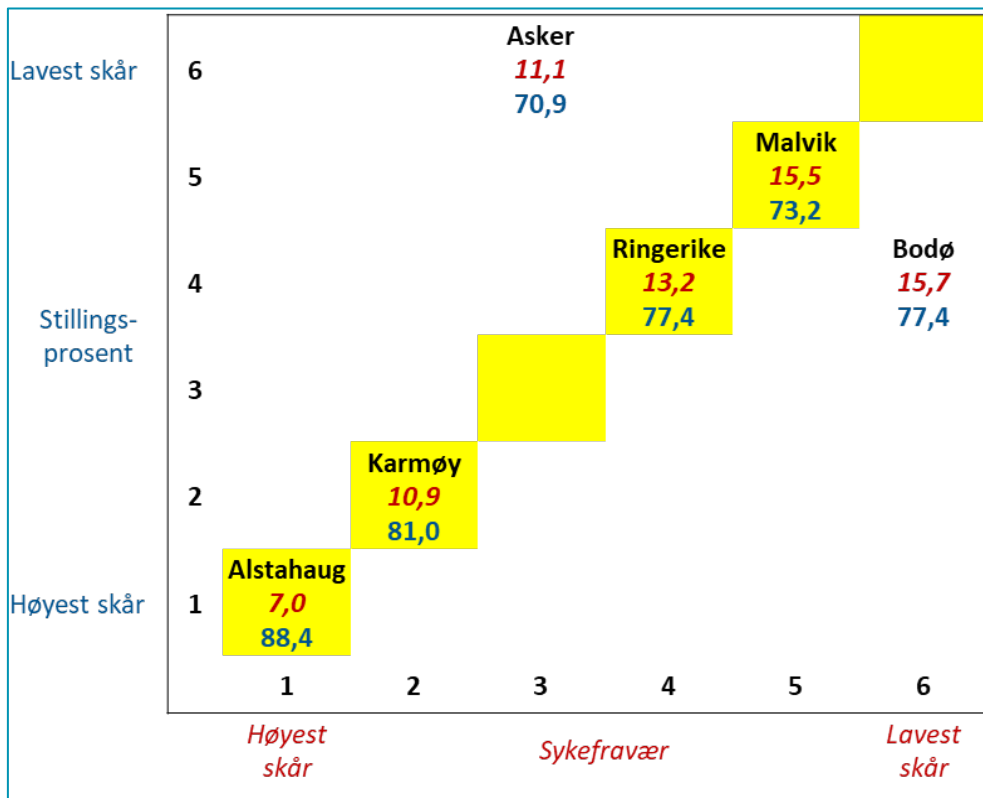
Tabell 9.1 Gjennomsnittlig stillingsprosent og sykefravær i 2021 ved 203 tjenesteder i seks kommuner.

Kommune, antall tjenestesteder	Stillingsprosent	Sykefravær
Bodø, 30	77,4	15,7
Malvik, 9	73,2	15,5
Ringerike, 30	77,4	13,2
Asker, 75	70,9	11,1
Karmøy, 35	81,0	10,9
Alstahaug, 17	88,4	7,0
Alle	76,4	12,1

Alstahaug kommune har høyest skår på stillingsstørrelse med 88,4 prosent. De har samtidig lav skår på sykefravær (7 prosent). Dette gir skår 1,1. Et sykefravær på 7 prosent er kanskje ikke så veldig lavt. Men tatt i betraktning av dette gjelder helse- og omsorgstjenester i en periode med koronapandemi og sammenliknet med de andre kommunene, er 7 prosent lavt. Karmøy er den kommunen som har nest høyest stillingsstørrelse med 81 prosent, og nest lavest sykefravær på 10,9 prosent. Dette gir

skår 2,2. Deretter følger Ringerike (3,3) og Malvik (4,4) Bodø kommune har høyest sykefravær og Asker har lavest stillingsstørrelse. I figur 9.3 har vi prøvd å vise kommunenes plassering på aksene stillingsstørrelse og sykefravær.

Figur 9.3 Gjennomsnittlig stillingsprosent og sykefravær i 2021 ved 203 tjenesteder i seks kommuner.



Tallene fra våre casekommuner (tabell 9.1) indikerer at det er lavere sykefravær der man har store stillinger. Resultatet er i tråd med mange ledere og tillitsvalgtes oppfatninger, men det er ikke uten videre i tråd med tidligere forskning (Fjelde, 2021; Salthe, 2014; Moland, 2007). En studie av et omfattende heltidsforsøk i Kristiansand kommune viste at sykefraværet økte da ansatte fikk hele stillinger (Hallandvik & Olsen 2011)

Analyser av individbaserte registerdata har over lang tid vist at heltidsansatte i helse- og omsorgssektoren som går i turnusyrker snarere har mer sykefravær enn deltidsansatte. I øvrige næringer er det imidlertid omvendt. Der har deltidsansatte mest fravær (tabell V9.1)

Det er også casestudier som ikke har funnet like klare sammenhenger mellom høy stillingsstørrelse og lavt fravær som studiene vi har vist til over (Ose mfl., 2009; Jacobsen & Fjeldbråten, 2019; Jacobsen & Fjelde 2023)

Våre informanternes oppfatninger, casestudiene det er referert til innledningsvis (under figur 9.2) og utgangshypotesen for Jacobsen & Fjeldbråthen (2019), er at deltidsansatte er mindre integrert i organisasjonen både operativt og sosialt enn heltidsansatte. De deltar sjelden på avdelingsmøter og er mindre aktive i utviklingsarbeid. De har og tar mindre ansvar og er i det hele tatt mindre til stede i det faglige og sosiale fellesskapet. Deltidsansatte vil derfor gjerne ha en lavere organisasjonstilknytning sammenlignet med heltidsansatte. Lav organisasjonstilknytning kan i sin tur kanskje senke terskelen for å bli hjemme ved lettere sykdomstilfeller.



Hvorfor er det da så vanskelig å dokumentere at arbeidsplasser med fast ansatte i store stillinger har mindre sykefravær enn arbeidsplasser med mange små stillinger? Jacobsen (2000) forklarer dette med at også heltidsansatte kan ha lav tilknytning til arbeidsplassen, blant annet på grunn av stress<sup>38</sup>. Dermed svekker han også hypotesen om at stor stillingsstørrelse gir lavere fravær. Fortsatt går de fleste heltidsansatte i helse- og omsorgssektoren i tradisjonelle turnuser der en går 7-8 timers vakter i høyt tempo, ofte med høyt innslag av vikarer. Dette gir stor slitasje og kan fremme stress, slik Jacobsen finner.

Når vi nå ser tegn på at tjenestesteder kan ha mange ansatte i hele og store deltidstillinger og samtidig lavere sykefravær, kan dette ha med organiseringen av arbeidet å gjøre. Det er trolig lettere å finne tjenesteder i sektoren som har utviklet et mer bærekraftig arbeidsmiljø nå enn tidligere. Dette er tjenestesteder som har gjennomført turnus- og bemanningstiltak som leder til større stillinger samtidig som de er stressreducerende slik som beskrevet i sitatene over og i Den gode vakta. Dette er også tjenesteder som har tatt et skritt videre i utviklingen av «den dobbelte kompetansen» der kjennskap, mestring og tilhørighet er viktige faktorer» (Orvik, 2019). Studiene av heltids- og turnusproblematikken ledet fram til beskrivelsen av Den gode vakta. (Moland, 2015; Ingstad & Amble, 2015) Andre studier har funnet som kan støtte denne beskrivelsen. (Austad, 2015; Moland & Schanche, 2019; Moland & Bråthen, 2019; Engbråten, 2015; Lilleskog, 2018; Vedaa mfl., 2018).

Den gode vakta er kjennetegnet ved at alle ansatte har store stillinger og at alle kjenner hverandre og oppgavene. Dette bidrar til dialog og tillit blant ansatte og brukere, kontinuitet i arbeidet, færre feil og dermed roligere vakter og *reduert stress*. Dermed har man utviklet seg bort fra den mye omtalte situasjonen der heltidsansatte med stort ansvar stresses fordi de står alene. Slik kan en rekke tiltak som har ledet fram til den gode vakta også belyse forutsetninger for når det kan være en sammenheng mellom store stillinger og lavt sykefravær og når dette ikke er tilfelle.

## 9.2 Ledernes handlingsrom

Noen av tiltakene for å redusere vikarbruken er strukturelle, andre er mer pedagogiske. I begge tilfelle er lederens innsats avgjørende. Det trengs en dedikert leder for å gjennomføre utviklingsarbeid og skape oppslutning hos de ansatte, særlig hvis lederen er tidlig ute med å ville realisere nye ideer. Gode erfaringer fra andre tjenestesteder kan være en inspirasjon, men fører ikke automatisk til endring på eget tjenestested. Strategiske beslutninger i ledelsen om å iverksette bestemte tiltak har heller ingen automatisk effekt ute ved tjenestedene. Tiltak som medfører endringer som ansatte, tillitsvalgte eller andre kan velge å motsette seg, krever ekstraordinær innsats fra lederens side. Det samme gjelder evnen til å se og verdsette sine ansatte og motivere dem til å bidra i endringsarbeidet, ikke minst når lederspenningen er stor. Litteraturen om arbeidet for heltidskultur er full av eksempler på forsøk som mislykkes dels fordi ledere er svake på endringsledelse og dels fordi ledere ikke har tilstrekkelig handlingsrom, myndighet og ressurser (Bråthen & Moland, 2022). Dette finner vi også i denne undersøkelsen om personaldisponering:

Min rolle som leder er å tilrettelegge for trygge og faglig forsvarlige tjenester. Det har en direkte sammenheng med fornøyde ansatte i full stilling. Det er mitt ansvar å besette vaktene med kvalifiserte ekstravakter når det er behov. Dette

---

<sup>38</sup> Ønske om å få en mindre stressende jobb var i særklasse den begrunnelsen flest krysset av for i undersøkelse om seniorer i sykehussektoren (Midtsundstad & Nielsen, 2022).

foregår i tett dialog med ansatte og deres representanter. Det gjør at ansattes trygghet øker, fordi jeg som leder lytter. Synergieffekten av dette samspillet, og ansattes trygghet, gjør behovet for innleie betydelig mindre. Dette er min nøkkel til god ledelse i denne sammenheng. (Helseforetak, fritekstsvar)

Når en ansatt blir syk, vurderes det hvilke oppgaver som må gjøres og hvilke som kan droppes. Erfarne ledere ser helheten og vurderer om det er nødvendig å leie inn. Vi ringer ikke etter ekstra på autopilot. Vi er ikke så skrapa. (Malvik)

### 9.3 Bruk av frie midler og overdekning

Tjenestedene har et forutsigbart fravær på mellom 15 og 25 prosent. De fleste har altså et fravær tilsvarende flere årsverk. Dermed er de økonomiske forutsetningene til stede for å kunne øke den faste bemanningen.<sup>39</sup> Utfordringen ligger imidlertid i å sikre at økningen fører til redusert vikarbruk. Hvis et tjenestested for eksempel trenger 6 årsverk for å drifte dagvaktene og øker vaktplanen fra 6 til 7 årsverk, er den faste bemanningen økt med 16 prosent. Dette er det god dekning for dersom det sjuende årsverket benyttes når det er fravær blant de fast ansatte. Årsverket kan brukes til å øke stillingene til de som allerede er ansatt på avdelingen eller til å ansette en ny person i hel stilling, eller en kombinasjon.

Denne overføringen av frie lønnsmidler, også kalt ekstravaktbudsjettet, til økning av faste stillinger kalles ofte å toppe bemanningen. I praksis gjøres dette gjerne ved at ansatte nummer sju noen ganger går på toppen av de seks andre slik at man er sju på vakt. Dette fører til en merkostnad på disse vaktene som lederne forsvarer med at avdelingen dermed kan gjøre noe ekstra for brukerne denne dagen samtidig som personalet kan jobbe litt roligere. Her blir toppingen altså en investering i tjenestekvalitet og arbeidsmiljø, kanskje også i redusert sykefravær. Andre ganger, som oftest ifølge intervjuer, vil det være fravær på avdelingen slik at ansatt nummer sju sikrer at bemanningen er på seks uten at det leies inn ekstravakt. Med godt samarbeid vil nummer sju også kunne stille på naboavdelingen hvis den har behov for hjelp. Risikoen for at denne overdekningen fører til at sju personer på vakt skal bli den nye normalen i stedet for seks synes å være begrenset.

Vi har satt opp turnusene med litt ekstra bemanning, så vi tåler en del fravær uten å leie inn eksterne ekstravakter. Helgene er skrapa, Men vi har litt overskudd enkelte ukedager. Ellers ikke. Dette er en del av heltidskulturarbeidet. Mellomlederne vet dette, og de samarbeider for å løse det når en avdeling har en utfordring. Godt avdelingsledersamarbeid er en forutsetning. (Alstahaug)

Det tar enormt med tid for leder hvis man hele tiden skal leie inn ved fravær [...] Jeg har stor tro på at man bør ha noe mer bemanning å gå på, slik at man har kompetanse også ved fravær. Vi vet at fravær kommer, og da er det mye bedre å ha kompetanse å gå på. (Helseforetak, fritekstsvar)

Det kan være krevende å bruke ansatt nummer sju hvis en av de andre plutselig blir syk fredag kveld og nummer sju har frihelg. Med fravær som er mer forutsigbart er

---

<sup>39</sup> Det er uvanlig at tjenestestedene får friske midler slik som i Bodø kommune. Her har de et heltidskulturbudsjett på 38 millioner. Noe av dette går til å øke bemanningen. Hensikten er å etablere flere store stillinger, mer kontinuitet i tjenestene og en halvering av vikarbruken. Dette er omtalt i evalueringen Lang vei mot heltidskultur (Moland & Schanche ;2019) og i en pågående studie om kostnader ved å drive med henholdsvis store og små stillinger (Fafø, Agenda Kaupang og Samfunnsøkonomisk Analyse). Denne publiseres i august 2023.

det litt lettere å unngå hyppig bruk av vikarer. Både ferier, permisjoner og langtids-sykefravær er vanligvis ganske stabilt. Flere kommunale ledere oppgir at de har økt grunnbemanningen uten å øke budsjettet.<sup>40</sup> Dette har de klart dels ved å redusere fraværet dels ved å redusere bruken av vikarer ved fravær. For å klare dette er det vanlig å ta i bruk årsturnus der ansatte går langvakter. Samtidig har de gjennom arbeid med ny oppgavedeling oppnådd å bruke de ansattes kompetanse bedre (Bråthen & Moland, 2023).

Arbeidet med å bruke fast bemanning har mange steder utgangspunkt i bemanningsanalyser der tjenestestedene avdekker at det er betydelig avstand mellom planlagt og faktisk bemanning (Gautun, 2020, 2012; Moland & Bråthen, 2021b). Ubesatte vakter som skulle vært utført av helsepersonale har ofte blitt utført av ufaglærte.

Arbeidet med å bruke fast bemanning kan videre styrkes ved å foreta en oppgave- og kompetanseanalyse, gjerne sammen med en såkalt tjenestereise som kan føre til en ny og mer brukerstyrt døgnrytmeplan. Her benyttes metodikk fra tjenestedesign og Lean-planlegging (Bråthen & Moland, 2023) Dette fører til at ansatte og ledere finner bedre måter å fordele oppgaver og fagressurser på.

For kommunenes del kan dette skje ved at antall sykepleierstillinger reduseres og at de som fyller de gjenværende stillingene jobber tettere sammen og mer konsentrert om sykepleiefaglige oppgaver. Tilsvarende gis helsefagarbeiderne mer ansvar<sup>41</sup> for oppgaver som ligger i øvre del av deres utdanning, mens personale uten helsefaglig utdanning settes til oppgaver som ikke krever slik fagkompetanse (Bråthen & Moland, 2023).<sup>42</sup> Denne formen for spesialisering og rendyrking av de ulike yrkesgruppens kompetanse har flere effekter. Én er at ubesatte stillinger i bemanningsplanen fylles, enten fordi nytt innhold gjør dem mer attraktive og letter rekrutteringen, eller ved at de tas bort, eventuelt gjøres om. En annen effekt er at vikarbehovet kan reduseres betraktelig.

## 9.4 Årsturnuser

Turnuser kan være sykliske eller lineære. Sykliske eller rullerende turnuser settes gjerne opp på en periode på 4, 6, 8 eller 12 uker. Disse har ofte støttetturnuser for helge- og ferieavvikling og dermed også et betydelig vikarbehov. Korte rulleringsperioder reduserer fleksibiliteten. En lineær turnus settes gjerne opp for ett år om gangen. Den bygger på en årsplan og kalles gjerne for årsturnus. Dette er turnuser som kan gjøre det lettere å planlegge og disponere personalet over en lengre periode. På sitt beste gir disse både arbeidsgiver og arbeidstaker mer fleksibilitet og forutsigbarhet. Dette forutsetter imidlertid at arbeidstaker involveres i hvordan vaktene fordeles (Nicolaisen & Olberg, 2005; Moland, 2015).

I årsplanene forsøker man å dekke ferier og forventet sykefravær gjennom et helt år med fast ansatte. Noen av disse har også bygget inn en viss grad av overdekning. En årsturnus planlegges gjerne høsten i forveien basert på kunnskap om tilgjengelig fagkompetanse og hver enkelt ansatts ønsker. Et stykke ut i det nye turnusåret er disse forutsetningene som oftest endret på grunn av permisjoner og turnover. Derfor velger flere kommuner å periodisere årsturnusen til 3 x 18 uker eller 2 x 26 uker.

---

<sup>40</sup> Dette beskrives med regnskapsanalyser og andre data fra flere kommuner i prosjektet Hva koster heltid egentlig, som publiseres i august 2023.

<sup>41</sup> Ingelsrud & Falkum (2017) skriver om helsefagarbeidernes urealiserte potensial basert på en studie der hver tredje helsefagarbeider ønsket større utfordringer på jobb.

<sup>42</sup> Dette er en av to hovedtemaer kommunene som deltar i det pågående Tørn-programmet jobber med. <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/dette-er-torn/>.

Årsturnusen kan settes opp med utgangspunkt i en vanlig to- eller tredelt turnus der ansatte jobber 7-8-timersvakter på dag og kveld, og noe lenger på natten, og med to av tre helger fri. Årsturnusen kan også ha plass til ulike former for langvakter, bruk av bundet og ubundet tid og åpninger for at ansatte selv kan foreslå sitt eget vaktoppsett.

Gjennom dette prosjektet, Helt Fram-prosjektet og Tørnprogrammet er vi blitt kjent med tjenestesteder og kommuner som er i gang med å utvikle nyere versjoner av årsturnus. Hvor omfattende dette er på landsbasis vet vi ikke. Dette vil bli undersøkt i en pågående undersøkelse der Norsk Sykepleierforbund er oppdragsgiver.<sup>43</sup>

Årsplanlegging av ressursbehov der ansatte medvirker både til kompetanseanalysen og utvikling av egen arbeidstid, og en turnus uten huller inngår som to av elementene i det turnusbaserte arbeidet med å skape tjenester der både bruken av små deltidstillinger og eksterne vikarer kan reduseres. De to andre virkemidlene er bruk av langvakter og bundet/ubundet tid.

## 9.5 Langvakter

Bemanningsplaner med vakter på 10 timer eller mer er blitt ganske populært. I spørreundersøkelsen oppgir 80 prosent av informantene fra kommuner at de har erfaring med slike turnuser. I helseforetakene svarer 42 prosent det samme.<sup>44</sup> Langvakter er antakelig det fremste virkemiddelet for å redusere omfanget av ledige stillinger og bruken av små deltidstillinger og vikarer i helgene. Dermed blir det også et virkemiddel for å redusere bruken av personale med feil kompetanse. Da blir det også rimelig at mange tjenestesteder forteller at sykefraværet kan gå ned.

Det finnes en mengde varianter av langturnuser. Disse er beskrevet i en rekke studier der hovedkonklusjonen er at lange vakter er gunstig både for ansatte og brukere (Agestad mfl., 2021; Moland, 2021; Ingstad, 2016; Austad, 2015; Augustsen, 2016; Engbråten, 2015). Med tanke på å etablere bemanningsplaner med faste ansatte i store stillinger med begrensede ressurser, er det viktigst å slå fast at ved å bruke langvakter kan tjenestene ytes med 30 prosent færre ansatte enn en normalturnus. Enkelte steder er antall ansatte redusert med mer enn 50 prosent.<sup>45</sup>

### Langvakter gir færre hull i turnus

Vi har allerede sett at langvakter, gjerne i kombinasjon med årsturnus og samarbeids/ønsketurnus, har gode effekter når målet er å etablere stabile og kvalifiserte personalgrupper med redusert behov for små stillinger og vikarer. Ferieavviklingen går også langt på vei med egne ansatte. Bergen kommune fikk til dette ved noen av sine gruppeboliger for psykisk utviklingshemmede allerede i 2010 (Moland & Bråthen, 2012b). Steinkjer kommune var kommet langt i 2014 (Moland, 2015, s. 21) I tillegg til store stillinger har de klart å gjennomføre ferieavviklingen med mye mindre behov for vikarer. I noen av de meste komprimerte turnusene inngår ferien i turnusoppsettet. Da er behovet for ferievikarer eliminert. Karmøy kommune som er en av casekommunene, har gjort det samme i flere tjenesteområder. Erfaringene deres fra Veia sykehjem er beskrevet i flere studier (Moland & Andersen, 2007; Moland & Bråthen, 2012a; Ytreland, 2014; Lilleskog, 2018; Goffeng mfl., 2018). For tiden er Sandsli bo

<sup>43</sup> Denne studien vil bli publisert i november 2023.

<sup>44</sup> Disse tallene presenteres og analyseres nærmere i en rapport om kostnader ved å drive med heltd- versus deltidstillinger. Denne publiseres i august 2023.

<sup>45</sup> Et tjenestested vi studerte i 2011 hadde reduserte bemanningen fra 35 til 10 ved å innføre medlevertturnus (Moland & Bråthen, 2012b).

og aktivitetssenter i Bergen et av de meste populære tjenestestedene for andre kommuner som vil lære om bemanningsløsninger som kan gi store stillinger og som er attraktive for nåværende og kommende ansatte med helsefaglig kompetanse (KS & KMPG, 2021).<sup>46</sup>

### **Redusert vikarbehov og god seniorpolitikk**

Et av tjenestestedene som deltar i Helt Fram-prosjektet har jobbet med lange vakter i flere år (Moland & Bråthen 2019, s. 22). Etter en forsiktig start der de ansatte ble tatt med i forarbeidet og selv fikk medvirke til egen turnus, har tjenestedet nå nesten 50 ansatte som går langvakter. Utgangspunktet for å prøve ut langvakter i helgene var at tjenestene ikke fungerte godt nok. Sykepleierne gruet seg til å gå på vakt i helgene fordi de måtte jobbe med mange vikarer og ufaglærte i helgestillinger. Avdelingen hadde høy turnover på helgestillingene, og brukte store ressurser på opplæring og rekruttering. Med langvakter skulle avdelingen kunne opprette flere faste, store stillinger og oppnå at en høyere andel av personalet hadde helsefaglig utdanning. Dette skulle så lede til en mer stabil drift, bedre arbeidsmiljø og bedre tjenestekvalitet.

De ansatte trodde først at langvakter ville bli slitsomt, men etter kort tid viste det seg at vaktene heller ble mindre slitsomme. Med kjente personer på jobb og bedre arbeids- og pasientlister behøvde man ikke å springe fortere, snarere tvert imot. Restitusjonsbehovet har vært ivaretatt i form av et strengt opplegg for pauseavvikling og flere fridager. Etter hvert erfarte de ansatte at lange vakter i helgene var en klar forbedring, og lederen og tillitsvalgte hadde oppnådd det de håpet på. Antall helgestillinger ble redusert fra 46 til 26 og heltidsandelen ble økt med 15 prosentpoeng.

Sykefraværet ble redusert, både blant de faste og blant helgevaktene. Overtidsbruken gikk også ned. Det samme har skjedd med antall HMS-brudd, tjenesteavvik og medisnavvik. Selv om mange trives med langvakter og ikke ønsker seg tilbake, er det også noen som ikke synes det er så greit. Disse går da tilbake til turnus med vanlig vaktlengde og arbeid litt flere helger. (Moland & Bråthen 2021a; Bråthen & Moland 2022)

Flere av de refererte studiene har vist at langvakter ikke er forbeholdt unge og spreke. Langvakter er populært og har vært en god løsning også for eldre arbeidstakere. En leder fortalte at han hadde hatt to litt eldre ansatte som jobbet i vanlig turnus og som var nær ved å slutte fordi de syntes jobben var for tøff. Så ble de med på å forsøke langvakt og klarte å stå i jobb til de flere år senere gikk av med pensjon. Flere forteller om eldre ansatte som fortsetter når langvaktene gir dem god tid på jobb og god tid til barnebarn eller andre sysler i friperiodene.

En viktig forutsetning for at langvakter skal fungere og ikke ende opp med rovdrift på ansatte, er at turnusen skjer i tråd med lokale forutsetninger og i henhold til norsk lov- og avtaleverk.

«Langvakter på norsk» er satt opp av ansatte og ledere i fellesskap og kvalitetssikret av tillitsvalgte lokalt, ofte også sentralt. Dette er ikke doble vakter der en dagvakt i høyt tempo etterfølges av kveldsvakt. Vaktene er tvert imot planlagt slik at arbeidstempoet kan settes ned, blant annet ved at oppgaver kan utføres til riktig tid og med færre avbrudd av ansatte som kjenner hverandre. I tillegg overholdes regler for

---

<sup>46</sup> Trukket fram i innlegg fra Statsråd Marte Mjøs Persen i Stortingsdebatten om Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om Endringer i arbeidsmiljøloven (styrking av retten til heltid) (Innst. 53 L (2022–2023), jf. Prop. 133 L (2021–2022)).  
<https://fagpressenytt.no/artikkel/kan-sandsli-v%C3%A6re-norges-eneste-sykehjem-med-hundre-prosent-heltid-blant-pleiere-i-turnus>.

restitusjon i løpet av en vakt og mellom vakter. Dersom dette følges, kan slitasjen ved å gå langvakt mange steder være mindre enn ved å gå vanlige vakter.

## 9.6 Vikarpooler og ressursenheter

Forsøk med bemanningsenheter – og sentraler, vikarpooler, flåturnus<sup>47</sup> og andre kombiløsninger har skjedd i stort omfang innen helse- og omsorgssektoren de senere årene. Bemannings- eller ressursenheter kan deles inn flere hovedvarianter:

- 1 Hele stillingen ligger i bemanningsenheten. Ansatte jobber ved flere avdelinger. De ansatte i enheten går i en fast turnus der de vet *når* de skal på jobb. De vet imidlertid ikke nøyaktig *hvor* de skal jobbe, før tidspunktet nærmer seg.
- 2 Den ansatte i bemanningsenheten går inn i et konkret vikariat i en avdeling i virksomheten. Dette kan for eksempel være et sykevikariat på ubestemt tid eller et tidsavgrenset vikariat i forbindelse med foreldrepermisjon.<sup>48</sup>
- 3 Den ansatte har fast deltidstilling ved en vanlig avdeling, for eksempel på 75 prosent i tillegg til en fast deltidstilling på 25 prosent ved bemanningsenheten.
- 4 Medarbeideren er ansatt i en vanlig driftsenhet, for eksempel i 80 prosent fast stilling. En stillingsandel på for eksempel 50 prosent inngår i en fast turnus (bundet tid). De resterende 30 prosent er ubundet tid som kan regnskapsføres i en timebank. Den tiden kan enten stilles til disposisjon for en vikarpool og tas ut ved å jobbe på andre avdelinger, eller den tas ut som ekstrahjelp på egen avdeling.

I de siste variantene har den ansatte fortsatt et fast, definert arbeidsforhold, men bemanningsenhetens rolle som arbeidsgiverenhet er nedtonet. Det finnes også andre ordninger som ofte kalles vikarpooler, men som mer er å regne som systematisk drift av timelønnte ekstravakter.

Eksempler på tiltak der hele stillingen er lagt til bemanningsenheten, er Sørlandet sykehus i Arendal og Sykehuset Østfold (Axelsen & Frivoll, 2014; Moland & Bråthen, 2021a). De ansatte i slike enheter jobber i fulle stillinger. Mange kommuner har tilsvarende opplegg, men her er det også mange deltidsansatte (Reigstad, 2017). Barstad (2016) beskriver hvordan bemanningsenheten ved Helse Bergen startet med et vikarsenter der målet var å få bedre kontroll over kostnader med innleie av vikarer. Fra 2009 skulle senteret også bidra til å redusere omfanget av «uønsket deltid». Etter hvert omgjøres vikarsenteret til en stor bemanningsenhet med tre ressurspooler. Både Barstad og Reigstad konkluderer med at ressursentre kan være et godt redskap for bedre forvaltning av de totale personalressursene, og at bruken av eksterne vikarer kan gå ned.

I 2011 oppgav 60 prosent av kommunene at de hadde prøvd ut ordninger der ansatte jobbet ved flere enheter (Moland & Bråthen, 2012a). I en undersøkelse fra Senter for omsorgsforskning i 2019 svarte 77 prosent av 69 ledere i kommunale pleie og omsorgstjenester at de ofte brukte vikarer fra egne ansatte eller vikarpool (Gransjøen & Sogstad, 2021). Slik spørsmålet er stilt, er det overraskende at så få har svart at de bruker vikarer. Vi hadde ventet at tallet skulle vært 100 prosent. Det er heller ikke lett å skille ut hvor mye av vikarbruken som er dekket av ansatte fra vikarpooler.

---

<sup>47</sup> Flåtebegrepet blir enkelte steder benyttet som betegnelse på ansatte som jobber på flere steder. Eksempler er gitt i Moland, 2021 og 2015.

<sup>48</sup> Bruk av ansatte i bemanningsenheter til lengre vikariater kan lett komme til å underminere ordningen fordi disse legger beslag på så store deler av enhetens ressurser at den ikke kan ivareta tjenestestedenes løpende behov for korttidsvikarer og ekstravakter. Dermed bygger avdelingsledere heller opp egne vikarkorps.

Basert på erfaringer fra flere informantintervjuer og tilbakemeldinger på konferanser med kommunale ledere, virker det som om interessen for vikarpooler har økt de siste årene. Samtidig er det en god del som går bort fra slike tiltak.

Skal en lykkes med interne vikarpooler, stilles det store krav til opplæring og kompetanseutvikling og et opplegg hvor de ansatte har høy tilstedeværelse (Moland, 2015; Ingstad, 2014). Dette er vanskelig å følge opp. Derfor er det mange forsøk som mislykkes. Siden disse vikarpoolene ikke bidrar til å utvikle heltidskultur (Moland, 2021) og heller ikke reduserer bruken av innleie, går vi ikke nærmere inn på dem her.

### **Bemanningsenhet som arbeidsgiver: Sykehuset Østfold**

Sykehuset Østfold er et av de helseforetakene som har deltatt i denne undersøkelsen både gjennom å svare på surveyen og ved å stille statistikk til disposisjon. Helseforetaket opprettet i 2012 flere typer bemanningsenheter, dels for å heve heltidsandelen blant de ansatte, dels for å redusere bruken av ekstravakter. Ved bruk av bemanningsenheter kan ekstrapersonalet erstattes av fast, kompetent personale, ofte i heltidsstillinger eller store deltidstillinger. Dette anses som en bedre løsning enn ekstravakter i små stillinger. Noen av tiltakene skulle også gi en rekrutteringsgevinst i konkurransen om sykepleiere. Disse tiltakene er beskrevet i flere studier (Moland, 2015; Moland & Bråthen, 2020, 2021a). Her skal vi bare sammenfatte hovedfunnene.

Bruken av eksterne vikarer hadde gått ned. Det samme hadde skjedd med deltidansattes muligheter til å shoppe ekstravakter på egne premisser. Dette var en følge av at vaktene var bedre planlagt og at ekstravaktbehovet ble dekket gjennom bemanningsenhetene.

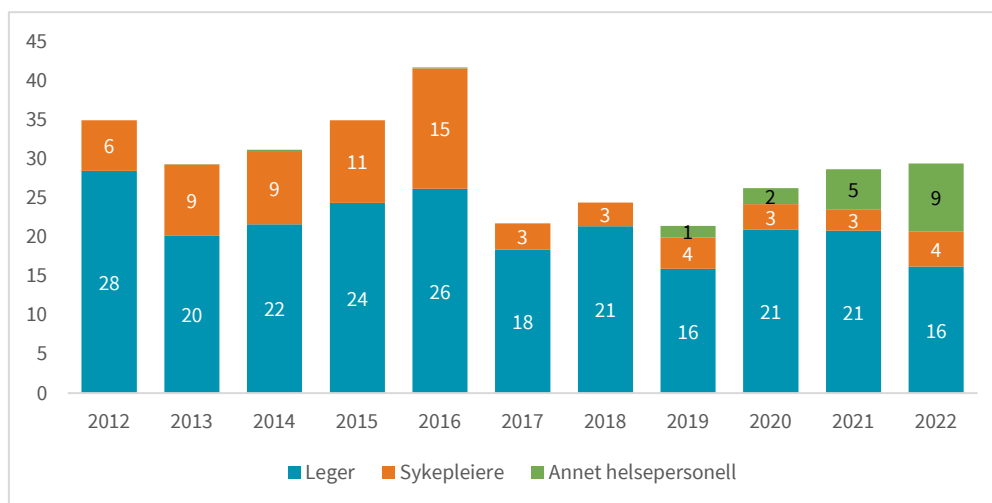
På spørsmålet om bruk av bemanningsenheter og en ordning med at ansatte måtte jobbe på flere poster hadde bedret rekrutteringssituasjonen, var ledelsen forsiktig optimistiske. Tillitsvalgte og ansatte var kritiske. De tillitsvalgte var overveiende negative til hele flerpostpolitikken fordi den er ugunstig for ansattes faglige utvikling og tilhørighet til ett arbeids- og fagmiljø. I tillegg mente de at ordningen var negativ for rekrutteringen. De mente at antall søkere ble redusert når sykehuset lyste ut hele stillinger med betingelse om at ansatte måtte jobbe på flere poster. De mente også at kompetansenivået til søkerne ble redusert, fordi flerpoststillinger ikke er attraktivt. Både tillitsvalgte og ansatte mente at søkningsraten til heltids- og bemanningsenhetene var svak,<sup>49</sup> og at de som søkte seg til flerpoststillinger, gjorde det som en siste utvei for å få full lønn. Dermed burde det heller ikke være så overraskende at mange ansatte søkte andre løsninger utenfor sykehuset så snart de fikk mulighet til det, alternativt reduserte de stillingen til 75 prosent for på den måten å bare jobbe på én post.

Gjennom sin omfattende bruk av interne bemanningsenheter og en personalpolitikk der ansatte som skal ha full stilling må jobbe på flere avdelinger, forventer vi at behovet for å leie inn vikarer fra vikarbyrå er lavt selv om helseforetaket har enkelte rekrutteringsutfordringer. Ved sykehuset i Østfold vurderes opprettelsen av interne vikarpooler som et viktig tiltak for å redusere bruken av innleie av sykepleiere (figur 9.4) som viser utgifter til innleie av vikarer fra vikarbyrå. Sykehuset har fortsatt betydelig innleie av leger og har i de senere årene også økt innleie av psykologer. Sykehuset jobber også aktivt med å øke andelen heltidsstillinger.

---

<sup>49</sup> Antall ansatte økte fra 94 i januar til 113 i september i år. Ledelsen ved sykehuset synes ikke at dette er en svak økning.

Figur 9.4 Antall timer i innleie av vikarer fra vikarbyrå. Fordelt på avtale. I 1000 timer. Sykehuset i Østfold, 2012–2022. Kilde: Sykehusinnkjøp.



## 9.7 Seniorpolitikk og bedre bruk av vikarene

Senioransatte er en viktig fagressurs i helse- og omsorgstjenestene enten de jobber heltid eller deltid, og enten de i tillegg er pensjonister eller ikke. Mange har høy utdanning (Midtsundstad & Nielsen, 2022). De kjenner tjenestestedet godt og kan ta ekstravakter når det kniper. Bedre bruk av seniorer i helse- og omsorgstjenestene kan også redusere antall ubesatte stillinger. Det vil i seg selv kunne redusere behovet for å benytte eksterne vikarer. Seniorer som kan stå i hel stilling til pensjonsalder og deretter jobbe i en deltidsstilling ved siden av pensjon vil også redusere behovet for benytte vikarbyråer, blant annet ved at de kan inngå i turnuser som håndterer fravær gjennom interne løsninger.

I kjølvannet av en studie om tiltak for å beholde seniorene i sykehussektoren (Midtsundstad & Nielsen, 2022), var det en rekke medieoppslag om at dersom helsepersonell sto ett år lengre i jobb ville det tilsvare 6-7000 årsverk (Ny Analyse, 2022). Dette tallet kan være noe høyt, men det anskueliggjør ressursmessige effekter av seniortiltak i helse- og omsorgssektoren. Under koronapandemien så vi at mange pensjonister gikk tilbake i jobb for å bistå i en situasjon der sykefraværet og arbeidspresset var ekstraordinært stort<sup>50</sup>. Det har også vært presseoppslag om seniorer som leier seg ut gjennom enkeltpersonsforetak (Haugerud 2023). Vi kan ikke tallfeste omfanget av dette fordi vi ikke vet alderen på foretaksinnnehavere. Men andelen eldre arbeidstakere mellom 54 og 69 år som jobber for vikarbyråene har økt fra 2016 til 2021 (figur 4.17).

Vi har sett at innføring av turnus med langvakter på norsk kan gi roligere arbeidsøkter og flere fridager og slik fungere som seniortiltak. Under intervjuer med ledere og tillitsvalgte kom flere inn på at pensjonslovgivningen står i veien for å benytte seniorressursene fullt ut. Flere uttalte litt oppgitt at det var mange sykepleiere som gjerne ville jobbe mer, men som lot det være for å unngå pensjonsavkortning:

Vi har mye restkapasitet hos eldre sykepleiere som liker å jobbe, men som nå må passe på pensjonen sin. (Karmøy)

<sup>50</sup> Pensjonister i helse- og omsorgssektoren fikk under pandemien gjennom den såkalte TISK-ordningen en timelønn på 300 kr (tilsvarende årslønn på 585 000 kr). Denne ordningen med oppjustert pensjonistlønn er nå utvidet til sommeren 2023 og gjelder arbeid rettet mot Ukrainske flyktninger.



Mens ansatte i private bedrifter kan ta ut hel eller delvis pensjon samtidig som de jobber heltid eller deltid, kan for eksempel offentlig ansatte sykepleiere kun jobbe 19,9 prosent uten at det fører til fratrukk i pensjonen. For leger i det offentlige er arbeidsgrensen noe høyere, omtrent 33 prosent.<sup>51</sup> Alternativt kan seniorer jobbe på pensjonistlønn som i 2023 er på 233 kr timen. Dette tilsvarer en årslønn på 454 350 kr. Dersom det er et mål å få flere seniorer i helse- og omsorgstjenestene til å jobbe litt mer, bør 19,9-prosentgrensen for å jobbe med full lønn ved siden av pensjonen heves eller fjernes. Alternativt kan satsene på pensjonistlønn endres eller differensieres

### **Bedre bruk av vikarene**

Tilkallingsvikarer og deltidsansatte i små stillinger, enten de er såkalt frivillige eller ufrivillige, kommer dårlig ut i undersøkelser om jobbtilfredshet, mestringfølelse, involvering i tjenesteutvikling, fagutvikling, kjennskap til rutiner, kolleger og brukere, stabilitet m.m. (Moland og Bråthen 2019). De må ofte gå vakter på kort varsel og på «ubekvemme» tidspunkter. Arbeidsgiveransvaret er begrenset. Det samme er relasjonen mellom yrkesutøveren og arbeidsstedet. Dette er forhold som alle står i motstrid til utvikling av «Den gode vakta».

Det er liten grunn til å tro at kommuner og helseforetak har muligheter til å øke bemanningsfaktoren. Ifølge Helsepersonellkommisjonen og uttalelser fra Statsråden vil denne snarere bli redusert de kommende årene (NOU 2023:4; Holmquist, 2023). Behovet for vikarer i disse tjenestene vil kunne reduseres, men neppe elimineres. Da må arbeidsgiver ta grep som kan styrke vikarkvalifikasjonene som kan bygge opp under «Den gode vakta». Vikarpooler og andre ressursenheter gjør per i dag dette bare i svært liten grad.

Bruken av tilkallingsvakter og personell fra vikarbyråer har lenge først og fremst vært et resultat av en personalpolitikk basert på en minimumsbemanning som ikke er tilstrekkelig til å håndtere arbeidstopper, helgeproblematikk, sykefravær og forutsigbart fravær i forbindelse med ferier og permisjoner. De senere årene har rekrutteringsproblemer og ubesatte stillinger forsterket behovet for ekstra personell. I dette kapitlet har vi vist tiltak som kan benyttes for at tjenestedene skal bli mindre avhengige av vikarer. Det ultimate er at egen bemanning på de ulike tjenestedene kan yte minst 90 prosent av alle tjenester som skal utføres innenfor en rimelig kostnadsramme. Samtidig kan mange tjenesteder med fordel gjennomføre tiltak for å benytte kjente vikarer med ansettelsesforhold til virksomheten, og unngå bruk av mer tilfeldige og ukjente vikarer.

Der det er aktuelt å benytte vikarbyråer, bør det utvikles et tettere samarbeid mellom oppdragsgiver og vikarbyrå. Det bør sikres at innleid personale fra vikarbyråer er godt kjent på tjenestestedet og akseptert som kvalifiserte av ledere og ansatte.<sup>52</sup> Skal personer fra vikarbyråer ha mulighet til å komme i en slik posisjon, forutsetter det at bruken av vikarbyrå har en viss regularitet; at man har rammeavtale med et fåtall faste byråer og at omfanget og hyppigheten av innleie er tilstrekkelig stort til at en ønsket relasjon kan utvikles.

---

<sup>51</sup> Til nå har arbeid under 20 prosent ikke vært pensjonsgivende. Derfor har pensjonister kunnet jobbe opp til denne grensen uten at det har påvirket pensjonsgrunnlaget. Arbeidsdepartementet sendte 1. juli 2022 et notat ut på høring der denne grensen skal fjernes slik at arbeid fra første krone er pensjonsgivende. Dette kan være positivt for deltidsansatte.

<sup>52</sup> En pågående studie av vikarbruk i barnehagesektoren gir mange eksempler på tjenesteder benytter håndplukket personale fra det vikarbyrået som benyttes.

Det samme gjelder tjenestestedenes bruk av tilkallingsvikarer. Her gjelder to ting. For det første må antall tilkallingsvakter og nullprosentere reduseres betraktelig. Dernest må de som er igjen dyktiggjøres og brukes mer. Tjenestesteder kan legge til rette for at nytt personale enten det er nyansatte, tilkallingsvikarer eller innleide fra vikarbyrå, så raskt som mulig kan tre inn i arbeidsoppgavene. Dette kan for eksempel gjøres gjennom å utarbeide standarder og veiledere med informasjon om lokale rutiner, brukerbehov, lokalisering av nødutganger og annet praktisk. Det å kunne få slik grunnleggende informasjon tidlig, kan gjøre at både nyansatte og vikarer raskt kan bruke tid på det faglige.

Det er en liten hake ved dette forslaget om å bruke vikarene mer og bedre. Etter kort tid vil vikarene ha krav på fast stilling og ganske stor stilling i henhold til arbeidsmiljøloven. Men er de dyktiggjort og ikke for mange, behøver ikke dette bli særlig vanskelig å takle for arbeidsgiver, især ikke med de økende rekrutteringsutfordringene.

Det første av sitatene under er fra en kommune som ligger helt i front når det gjelder å ha fast ansatte, store stillinger, ny oppgavedeling, kompetanseutvikling, langvakter og årsturnus. Vikarer har de likevel fortsatt behov for, og disse ønsker de å ha et fast forhold til. Det andre sitatet er fra en kommune som er i samme utvikling, men som har kommet litt kortere. Her brukes vikarbyråer av og til. Også de har tilkallingsvikarer, og disse ønsker de et sterkest mulig forhold til:

Alle våre ansatte går jo i hele stillinger, så da må vi ha noen personer med helårskontrakt på å være vikar. Vi har brukt vikarbyrå tidligere, men ikke nå. Men vi har noen svensker, da. De er stabile og kommer for å jobbe intenst i perioder. Svenskene får midlertidige ansettelser i en fast turnus (Alstahaug)

Jeg vil beholde tilkallingsvikarene og bruke dem mest mulig. Jeg må gi dem så mye vakter at de kan leve av å jobbe bare hos meg. De kan for eksempel jobbe i to boliger hvis det ikke er nok arbeid i bare en. (Asker)

# 10 Oppsummering

---

I dette kapitlet oppsummerer vi hovedfunnene i denne rapporten. Vi har sett at en stor del av helse- og omsorgstjenestene utøves av vikarer og ansatte i små deltidsstillinger. Ledige vakter kan fylles av fast ansatte på tjenestestedet som tar det som en ekstravakt enten som merarbeid eller overtid, eller av fast ansatte i en intern ressursenhet. Ledige vakter kan fylles av tilkallingsvikarer med rammeavtale eller arbeidsavtale uten at avtalen angir arbeidstiden (nullprosentere) eller en spesifikk ansettelse i et vikariat. Det siste kan skje ved langtidsfravær. Dersom rammeavtalen med en tilkallingsvakt inneholder et årstimetall, er vedkommende egentlig deltidsansatt med lav stillingsprosent. Til sist kan ledige vakter dekkes av personell som er leid inn fra vikarbyråer. Dette er ikke så vanlig. Ledelsen prøver gjerne å dekke ledige vakter med fast ansatte før de søker hjelp fra andre avdelinger, tilkallingsvikarer og til slutt vikarbyråene.

## 10.1 Mye flyktig arbeidskraft

Vårt prosjekt har vist at en stor og økende del av helse- og omsorgstjenestene utføres av vikarer og fast ansatte som tar ekstravakter. Noe av dette er planlagt, mye skjer ad-hoc som følge av ubesatte stillinger og fravær blant fast ansatte. I 2022 utgjorde dette 20 prosent av totale lønnskostnader. I perioder med høyt sykefravær og ved ferieavvikling og i helgene, og på områder med mange ubesatte stillinger, er dette tallet betydelig høyere. Legger en til at omkring én av ti jobber i deltidsstillinger som er på 25 prosent eller lavere, øker omfanget av det vi kaller flyktig arbeidskraft ytterligere. Med flyktig arbeidskraft sikter vi til arbeidstakere som er lite til stede. De er med andre ord motsatsen til de stabile kontinuitetsbærerne som jobber heltid eller i store stillinger og kjenner rutiner, brukerbehov og kolleger godt.

### Utgifter til interne vikarer og overtid har økt

Bruken av interne vikarer og overtid har økt med 54 prosent fra 2015 til 2021. Økningen var særlig stor fra 2020 til 2021. I 2017-2019 utgjorde utgifter til overtid omtrent 2 prosent av arbeidskostnadene. Deretter økte disse til litt over 3 prosent i 2021. Overtidsøkningen faller sammen med pandemien.

## 10.2 Liten del av stort vikarbehov dekkes av vikarbyråene

I somatiske sykehus og de største pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (F253 og F254) utgjør innleie av vikarer 1,7 prosent av arbeidskostnadene. Denne typen vikarbruk har doblet seg på ti år, men det er fortsatt lave tall. Tar en med alle funksjonsområdene som dekker helse- og omsorgstjenestene reduseres innleiedelen av arbeidskostnadene til 1,7 prosent.

### **Store innleieforskjeller blant kommunene**

De minst sentrale kommunene benytter egne ansatte i større grad enn andre kommuner. Men når de først trenger vikarer bruker de oftere vikarbyråer enn andre kommuner. Utgifter til vikarbyråer er 4 prosent av arbeidskostnadene.

Blant de store kommunene utgjør innleieandelen mest av arbeidskostnadene i Drammen, Bærum og Trondheim med over 2 prosent, og minst i Kristiansand og Fredrikstad med under 0,5 prosent. Målt i kroner bruker Oslo desidert mest på vikarbyråer: 156 millioner i 2021 mot 62 millioner i 2020.

### **Store forskjeller også blant helseforetakene**

Blant helseforetakene skiller Helse Midt-Norge seg ut ved å ha de desidert laveste utgiftene til innleie både i absolutte tall og som andel av totale arbeidskostnader (0,6 prosent). Helse Sør-Øst er størst og har også høyest utgifter til vikarinnleie (600 millioner). Dette er en betydelig vekst fra året før og det utgjør 1,5 prosent av totale arbeidskostnader. Helse Nord har de neste høyeste utgiftene til innleie (355 millioner). Dette er en liten nedgang fra året før. Beløpet utgjør 5 prosent av totale arbeidskostnader. Helse Vest ligger på samme nivå som Helse Sør-Øst, men utmerker seg ved at det er store innbyrdes forskjeller mellom helseforetakene.

### **Faste byråer med rammeavtale eller ad hoc-innleie**

Sykehusinnkjøp har laget rammeavtaler alle helseforetak skal benytte når de inngår kontrakter med vikarbyråer. Tilsvarende finnes ikke i kommunesektoren. Her må kommunene lage rammeavtalene selv. En del kommuner har gjort det i samarbeid med nabokommuner. I praksis ser det ut til at kommuner som i utgangspunktet er kritiske til å benytte vikarbyråer ender opp med å gjøre det uten å ha en fast rammeavtale. Da kan prisen bli høyere.

### **Hvem leier og leies ut?**

I 2021 hadde 3050 lønnskakere i helsefaglige yrker et hovedarbeidsforhold i et vikarbyrå. 60 prosent av utleid helsepersonell er sykepleiere. Deretter følger helsefagarbeidere (25 prosent) og ufaglærte (7 prosent), leger (5 prosent) og andre (3 prosent). I tillegg kommer personer som leier seg ut gjennom enkeltpersonforetak eller andre foretak som vi ikke har presis kunnskap om. De som leies ut har overveiende lang yrkeserfaring.

## **10.3 Hvorfor er vikaromfanget så stort?**

Behovet for vikarer er en følge av at fast ansatte ikke kan dekke alle vakter og at hensynet til sårbare pasienter og brukere gjør at det er få oppgaver som kan utsettes. Forklaringene på det store vikarbehovet kan deles i tre hovedgrupper: Rekrutteringsproblemer, høyt fravær og sårbare turnuser.

### **Ubesatte stillinger og rekrutteringsproblemer**

Det er mange ubesatte stillinger og vakter som følge av rekrutteringsproblemer. Dette trekkes fram i spørreundersøkelsen som den faktoren som forklarer mest av vikarbehovet. I de senere års versjoner av KS' Arbeidsgivermonitor har rekrutteringsproblemer vært trukket fram som en av de største utfordringene.

Vi har ikke eksakte tall på ubesatte stillinger for hver enkelt kommune eller hvert helseforetak, men vet fra andre studier at det er vanlig at sykepleierstillinger kan stå ledig lenge før de blir besatt (Gautun, 2021; Moland & Bråthen, 2021b; Bråthen & Moland 2023).

En sammenlikning av turnover i denne undersøkelsen, viser at helseforetakene ligger lavere, mens kommunene ligger høyere enn arbeidslivet for øvrig. Dette gjelder både når førstegangsansettelser tas med, og når de utelates i målingen der ansatte har skiftet hovedarbeidsgiver. Turnover er rimeligvis høyest blant unge arbeidstakere. Heltidsansatte og litt eldre arbeidstakere er mest stabile.

Når ubesatte stilling ikke umiddelbart kan fylles med nyansettelser, dukker vikarbehovet opp. Dette skjer etter at heltids- og deltidsansatte har tatt ekstravakter og der hensyn til belastninger og overtidsutgifter gjør at man må bruke eksterne krefter.

### **Sykefravær og pandemi forklarer noe**

Legemeldt og egenmeldt sykefraværet i kommunale helse- og omsorgstjenester var i 2021 litt over 11 prosent. I helseforetakene lå det ca. 3 prosentpoeng lavere. Dette skaper i seg selv behov for vikarer. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i 2022. Ikke overraskende er sykefravær, eller mer spesifikt behov for å håndtere ekstra arbeidsoppgaver som følge av pandemien samtidig som man hadde sykefravær blant egne ansatte, en hyppig oppgitt forklaring på vikarbehovet.

Men fraværsgrunnene er langt flere enn sykdom. Fravær kan være i forbindelse med: a) ferie med og uten lønn, b) foreldrepermisjoner, ammeferie, c) sykefravær ved egen eller barns sykdom, d) velferdspermisjon med og uten lønn, e) avspaseringer og turnusspesifikke fri- og helligdager, f) kompetanseutvikling som studier, eksamen, kurs, konferanser, og overlege-/spesialistpermisjon g) tjenesteutvikling som møte-deltakelse og prosjektarbeid, h) verv som tillitsvalgt, verneombud, eller politiker og i) seniordager

### **Lav grunnbemanning fører til økt vikarbruk**

Underbemanning i helse- og omsorgssektoren kan føre til slitasje på de ansatte og redusert tjenestekvalitet til brukerne (Gautun, 2020; Murud, 2021). I vår studie kommer det fram at lav grunnbemanning og slitasje på de fast ansatte i seg selv kan føre til både sykefravær og at ansatte slutter. Dette leder i sin tur til økt behov for vikarer og man kommer inn i en ond sirkel. Selv om lav grunnbemanning og høy slitasje ikke behøver å føre til økt fravær, kan det likevel føre til økt vikarbruk. Dette skyldes dels at slitne, fast ansatte må avstå fra å ta ledige vakter, og at avdelingene ikke har tilstrekkelig fast bemanning til å håndtere sykefravær, ferieavvikling og annet – ofte svært forutsigbart fravær – uten å benytte vikarer. Lav grunnbemanning genererer altså et høyt vikarbudsjet.

## **10.4 Skal, skal ikke, bruke vikarbyrå**

Når tjenestestedet er nødt til å fylle ubesatte vakter, og ikke kan gjøre dette ved å sette inn egne ansatte med overtid eller merarbeid, og heller ikke kan sette inn personale fra interne vikarenheter eller benytte faste tilkallingsvikarer, vil innleie av personell fra et vikarbyrå kunne være en god løsning. Begrunnelsene for å leie inn fra vikarbyrå er nesten de samme som når en setter inn egne ansatte eller kjente vikarer i ledige vakter.

## **Ferier og vakanser, ikke sykefravær i seg selv**

Vi har undersøkt om nivået på kommuners sykefravær i 2021 korrelerer med nivået på kommuners utgifter til innleie som andel av utgifter til arbeidskostnad i samme år, uten å finne noen sammenheng. Det er altså ikke slik at kommuner med høyt sykefravær leier inn mer enn andre kommuner.

Spørreundersøkelsen viser at blant de som benytter vikarbyrå, oppgir flest at det skjer i forbindelse med ferieavvikling (85 prosent). Deretter oppgis langtidsfravær og vakanser (75 prosent).

Ubesatte stillinger og rekrutteringsutfordringer er av de fremste forklaringene på helseforetakene og kommunenes store vikarbehov. Dette gjelder i enda større grad som forklaring på økt bruk av personell fra vikarbyråer. Ubesatte stillinger og rekrutteringsutfordringer gjør også institusjonene mer sårbare for endringer i produksjonstopper.

## **Kveld, helg og natt**

Tilkallingsvakter med rammeavtale, nullprosentere, deltidsansatte og ansatte i vikarbyråer har mange fellestrekk. Ett av dem er at de jobber når fast ansatte ikke kan eller ikke ønsker å jobbe. Innleiestatistikk fra Helseforetakene viser at 70 prosent av sykepleierinnleien skjer på kveld, natt, helg og helligdager. Slik er det ikke for legene. Her er bare 10 prosent av innleievaktene på ubekvemme tidspunkter.

## **Bevegelse mellom offentlige helsetjenester og vikarbyråer**

Ingen av våre informanter har opplevd at noen av deres ansatte har gått over til et vikarbyrå. Alt i alt er det liten utveksling av personer mellom tjenestestedene og vikarbyråene. Men når vi tar i betraktning at bruken av vikarbyråer er lav og at mange byråansatte ikke er norske, ville noe annet vært overraskende. Det er heller ikke uventet at få ledere rekrutterer egne ansatte fra vikarbyråer siden det er relativt få kandidater til ledige stillinger som har erfaring derfra. Ifølge registerdataene gikk 2 prosent av de som skiftet stilling fra kommune til vikarbyrå. 1 prosent gikk andre veien.

## **De som ikke bruker vikarbyrå**

87 kommuner har oppgitt at de ikke har hatt utgifter til innleie fra vikarbyrå til omsorgstjenestene i 2021 (BCW, 2023). I spørreundersøkelsen oppgir 70 prosent av de som oppgir å ikke bruke vikarbyrå, at de har gjort det tidligere. Spesielt i kommunene er det mange som oppgir at de kan bruke vikarbyrå, men at de ønsker å unngå det (85 prosent). Mellom 30 og 40 prosent av tjenestestedene har et vedtak om å ikke leie inn helsepersonale fra vikarbyråer. Noen steder er slike vedtak absolutte, andre steder er de formulert som intensjonsvedtak. Vedtakene har oftest faglige eller driftsmessige begrunnelser. Vikarbyråene dekker stort sett hele landet, så manglende tilgjengelighet er lite utbredt som forklaring på at tjenesteder ikke benytter vikarbyråer.

## **Det koster å leie inn fra vikarbyrå**

Vi har sett at kostnadene til vikarinneleie utgjør mellom 1 og 2 prosent av de totale arbeidskostnadene. Dette utgjorde om lag 3,4 milliarder kroner i 2021. Hva får kommunene og helseforetakene for denne summen?

I rammeavtalene som Sykehusinnkjøp forvalter, var gjennomsnittlig pris per fakturerte time ved innleie fra vikarbyrå 1151 kroner i 2022. For leger lå den på 1478

kroner. Sykepleierne kostet i gjennomsnitt 999 kroner per time. Kommunene leier inn flere helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere, så her er den gjennomsnittlige timeprisen nødvendigvis lavere. Men en del kommuner leier inn uten rammeavtaler og vi forventer da at prisen ligger noe høyere.

### **Timeprisen til vikarbyrå dekker mer enn utbetalt lønn**

Utover lønn til vikarene, skal den fakturerte prisen dekke arbeidsgiveravgift, sykepenger, pensjon, forsikring, sosiale kostnader, samt kostnader til reise, rekruttering, opplæring og administrasjon i bemanningsselskapene.

### **Merkostnader på 4500 kroner for en sykepleier på normal vakt**

Merkostnad for kommuner og helseforetak time for time for en sykepleier ligger i gjennomsnitt på 612 kroner. For en vanlig dagvakt koster den offentlig sykepleier omkring 3000 kroner, mens en sykepleier innleid fra et vikarbyrå koster omkring 7500. Det tilsvarer en merutgift på 4500 per vakt. Sagt på en annen måte, viser dette at man for hver utført innleietime betaler det samme som kostnaden for 2,5 timer med egne ansatte. Dersom alternativet til ordinær innleie er å sette inn egne ansatte som utløser overtidsgødtgjørelse, blir kostnadsdifferansen redusert.

Gjennomsnittlig pris per fakturerte time har økt med om lag 5 prosent per år målt i faste priser i perioden 2012–2022. Veksten kan skyldes økt lønn, men også økte reisekostnader og svekket krone.

### **God lønn i vikarbyråene**

Sykepleiere som jobber for vikarbyråer, hadde fjerde kvartal 2022 en gjennomsnittlig månedslønn på 60 450 kroner. Det er 7000 mer enn fast ansatte sykepleiere i offentlige helse- og omsorgstjenester, men 11 000 mindre enn sykepleiere i private virksomheter.

Når sykepleierne i vikarbyråer tjener 12,5 prosent mer enn ansatte i offentlige helse- og omsorgstjenester, skyldes dette i liten grad at vikarbyråansatte i går flere ubekvemme vakter som gir tillegg. Forskjellen forklares først og fremst med at deres timelønn i gjennomsnitt er 37 kroner høyere.

## **10.5 Fordeler og ulemper med dagens vikaromfang**

Bruk av vikarer, herunder innleie fra vikarbyråer, er viktig for å opprettholde tilstrekkelig bemanning. Dette vil i seg selv være positivt for arbeidsmiljøet sammenliknet med en situasjon der fast ansatte må jobbe ekstravakter eller at vakter gjennomføres underbemannet. Samtidig har både ledere og tillitsvalgte formidlet at innleie bare skal være et supplement og ikke en erstatning for egen bemanning, og at et for høyt innslag av innleie er uheldig for arbeidsmiljøet.

### **Krevende for ledere og fast ansatte**

Svært mange av lederne beskriver en hverdag med presset bemanning, mange deltidsansatte som ikke ønsker å jobbe mer, stort vikarbehov og problemer med å skaffe tilstrekkelig bemanning i helgene og i feriene. Mye av ledernes tid går til å skaffe ekstravakter, håndtere høy turnover og rekruttere og lære opp nye vikarer og nye ansatte. Dette går på bekostning av tiden til ledelse og fagutvikling. Stort lederspenn og ansatte som ofte er borte skaper i tillegg kommunikasjonsutfordringer og reduserer kontinuiteten i tjenestegjennomføringen. På samme måte som det kan være uheldig

at ledere ikke treffer deltidsansatte som jobber i helgene, er det heller ikke greit at innleide fra vikarbyråene ofte jobber på tidspunkter hvor leder ikke er til stedet.

Mye av det som skjer med lederens tidsbruk, skjer også med tidsbruken til de fast ansatte, slik som å stå for opplæring og løpende veiledning av tilkallingsvikarer og personell fra vikarbyråene. I tillegg kommer slitasjen ved at det er færre faste på jobb og færre som kan ta ansvar for faglig krevende oppgaver.

### **Kjente vikarer går greit, men kjennskapet er ikke god nok**

40 prosent av informantene i spørreundersøkelsen oppgir at de har gode erfaringer med å ha faste og kjente vikarer fra vikarbyråer. Dette oppgis oftere av informanter i helseforetakene enn i kommunene. De samme informantene har også erfaringer med at det ikke alltid fungerer like godt.

Tre av fire informanter mener at byråvikarer ikke kjenner rutinene godt nok. Om-trent like mange oppgir at byråvikarer ikke kjenner brukerne godt nok. Halvparten av de spurte oppgir at personer fra vikarbyråer er svake i norsk og har problemer med å kommunisere med brukerne.

De samme resonnementene som er beskrevet om stillingsstørrelser og tjenestekvalitet, gjelder også for vikarbruk og tjenestekvalitet. Når det blir mange av de små stillingene og mange vikarer er det færre ansatte med riktig kompetanse og god kjennskap til avdelingen som kan ta ansvar og sørge for at oppgavene gjøres til rett tid.

### **Den ideelle fordeling av fast ansatte og vikarer**

De fleste informantene mener at den samlede vikarbruken er i høyeste laget slik den er i dag. Dette baseres på betraktninger om hvordan tjenestekvalitet, og arbeidsmiljøet for ledere og ansatte påvirkes. Basert på svar fra spørreundersøkelsen, består den ideelle fordelingen av 88 prosent fast ansatte, 11 prosent tilkallingsvikarer og 1 prosent fra vikarbyråene.

En sammenlikning av ønskesammensetningen og den faktiske sammensetningen, viser at ledere og tillitsvalgte ønsker en halvering av vikaromfanget. Dette betyr ikke at de vil la være å leie inn ved behov, men at de vil erstatte vikarer med fast ansatte. Dette målbæres i noe større grad av informantene fra helseforetak og blant ledere. Samtidig ser vi ønsket om at vikarbyråene kan utgjøre 1 prosent av arbeidskostnadene står seg ganske godt mot virkeligheten. Også her ser vi den samme lille, men tydelige forskjellen mellom kommuner og helseforetak og mellom tillitsvalgte og ledere.

## **10.6 Tiltak som kan redusere vikarbruken**

Skal kommuner og helseforetak redusere vikarbruken slik at den utgjør 10 prosent eller mindre av arbeidskostnadene, må de ta betydelig større grep enn bare å redusere bruken av vikarbyråer. De må utvikle turnuser der helgene i større grad er satt opp med fast personale i store stillinger og mer robuste bemanningsplaner der det meste av fraværet kan håndteres uten å leie inn vikarer. En bemanningsplan er robust når den kan drives med kompetente og kjente ansatte og når fravær kan håndteres med lite bruk av eksterne vikarer. I undersøkelsen medgir et flertall at deres bemanningsplaner ikke er så robuste.



## **Noen turnuser skaper fravær**

I helgene er det sjelden ledere på avdelingene. Helgene er den tiden der vaktene i størst grad fylles av vikarer og ansatte i små stillinger. Dette fører ofte til et redusert tjenestetilbud og ekstra belastninger for de få fast ansatte som er på jobb. Store belastninger og ukjente vikarer slår negativt ut på arbeidsgleden, og fast ansatte i store stillinger opplever at de gruer seg for å gå på jobb når det er slik. Det er ikke arbeidsoppgavene i seg selv som gjør det tungt, men at man er få kjente på jobb. Når man gruer seg for å gå på jobb, er veien også kortere til at man unnlater å gå på jobb. (Moland, 1997). Det blir en ond sirkel med dårlig arbeidsmiljø (særlig i helgene), fravær, vakante stillinger og svekket brukerhåndtering.

## **Den gode vakta**

Men også motsatt: Tilbøyeligheten til å melde seg syk reduseres der fast ansatte vet at de har kjente og kompetente kolleger på jobb. Utprøving av nye turnuser med flere ansatte i store stillinger har bidratt til å mer stabile arbeidsforhold og utvikling av «Den gode vakta». Erfaringene herfra er svært aktuelle også for vikarproblematikken.

Den gode vakta finnes på tjenestesteder som har utviklet en drift med kvalifiserte ansatte som kjenner sine arbeidsoppgaver, HMS-rutiner, kolleger og brukere, og som har etablert et klima for godt arbeid og tjenester med høy faglig kvalitet. Dette gir grunnlag for gode tjenester og brukere som opplever økt livskvalitet. Utagerende brukere blir mindre utagerende, passive brukere blir mer aktive, og pårørende responderer positivt. Dette bidrar til et bedre arbeidsmiljø for de ansatte og lite stress. Nøkkelord for Den gode vakta er faglighet og kontinuitet godt hjulpet av en turnus med fast ansatte i store stillinger.

Store stillinger alene reduserer ikke sykefravær. Men i utviklingen av den gode vakta kan redusere stress fordi tjenestestedet har en fast og kompetent personalgruppe som kjenner oppgaver sine og tar ansvar. Det mange eksempler på at også sykefraværet og vikarbehovet da blir redusert.

## **Lederens handlingsrom for å utvikle den gode vakta og en robust turnus**

Noen av tiltakene for å redusere vikarbruken er strukturelle, andre er mer pedagogiske. I begge tilfelle er lederens innsats avgjørende. Strategiske beslutninger i ledelsen om å iverksette bestemte tiltak har ingen automatisk effekt ute ved tjenestedene. Men de kan redusere hindringer i utviklingsarbeidet og ikke minst vil lederne ute i avdelingen være avhengig av formell og moralsk støtte til å legge opp bemanningsplaner som påvirker både kompetansesammensetning og budsjettoppsettet.

## **Bruk av frie midler og overdekning**

Tjenestedene har et forutsigbart fravær på mellom 15 og 25 prosent. Det vil si at de fleste har et fravær tilsvarende flere årsverk. Dermed er de økonomiske forutsetningene til stede for å kunne øke den faste bemanningen, så sant vikarbruken går noe ned. Hvis et tjenestested for eksempel trenger 6 årsverk for å drifte dagvaktene og øker vaktplanen fra 6 til 7 årsverk, er den faste bemanningen økt med 16 prosent. Årsverket kan brukes til å øke stillingene til de som allerede er ansatt på avdelingen eller til å ansette en ny person i hel stilling, eller en kombinasjon.

Overføringen av frie lønnsmidler til økning av faste stillinger kalles ofte å toppe bemanningen eller overdekning. I praksis kan dette gjøres ved at ansatte nummer sju noen ganger går på toppen av de seks andre slik at man er sju er på vakt. Dette fører til en merkostnad på disse vaktene som lederne forsvarer med at avdelingen dermed

kan gjøre noe ekstra for brukerne denne dagen, samtidig som personalet kan jobbe litt roligere. Her blir toppingen altså en investering i tjenestekvalitet og arbeidsmiljø, kanskje også i redusert sykefravær. Andre ganger, som oftest ifølge intervjuer, vil det være fravær på avdelingen slik at ansatt nummer sju sikrer at bemanningen er på seks uten at det leies inn ekstravakt. Med godt samarbeid vil nummer sju også kunne stille på naboavdelingen hvis den har behov for hjelp. Risikoen for at denne overdekningen fører til at det er sju på vakt skal bli den nye normalen i stedet for seks, synes å være begrenset.

Flere kommunale ledere oppgir at de har økt grunnbemanningen uten å øke budsjettet. Dette har de klart dels ved å redusere fraværet og dels ved å redusere bruken av vikarer ved fravær. For å klare dette er det vanlig å ta i bruk årsturnus der ansatte går langvakter. Samtidig har de gjennom arbeid med ny oppgavedeling oppnådd å bruke de ansattes kompetanse bedre (Bråthen & Moland, 2023).

### **Årsturnuser**

I årsplanene forsøker man å dekke ferier og forventet sykefravær gjennom et helt år med fast ansatte. Noen av disse har også bygget inn en viss grad av overdekning. Årsturnusen kan settes opp med utgangspunkt i en vanlig to- eller tredelt turnus der ansatte jobber 7-8-timersvakter på dag og kveld, og noe lenger på natten, og med to av tre helger fri. Årsturnusen kan også ha plass til ulike former for langvakter, bruk av bundet og ubundet tid og åpninger for at ansatte selv kan foreslå sitt eget vaktoppsett. På sitt beste gir disse turnusene både arbeidsgiver og arbeidstaker mer fleksibilitet og forutsigbarhet.

### **Langvakter gir redusert vikarbehov**

Bemanningsplaner med lange vakter på 10 timer eller mer er blitt ganske populært. 80 prosent av informantene fra kommuner har erfaring med slike turnuser. I helseforetakene svarer 42 prosent det samme. Langvakter er antakelig det fremste virkemiddelet for å redusere omfanget av ledige stillinger og bruken av små deltidstillinger og vikarer i helgene. Dermed blir det et virkemiddel for å redusere bruken av personer med feil kompetanse. Da blir det også rimelig at mange tjenestesteder forteller at sykefraværet kan gå ned.

### **Langvakter som seniorpolitikk**

Langvakter har vært en god løsning også for eldre arbeidstakere. Vi har mange eksempler på at seniorer som har gått i den tradisjonelle turnusen vurderer å slutte eller redusere stillingen fordi jobben oppleves for tøff. Så gis de tilbud om å prøve en turnus med lange vakter. Dette viser seg å være vellykket og de fortsetter å arbeide i flere år. De lange vaktene gir dem god tid på jobb og god tid til barnebarn eller andre sysler i friperiodene.

### **Vikarpooler og ressursenheter**

Forsøk med bemanningsenheter, vikarpooler, flåteturnus og andre kombiløsninger har skjedd i stort omfang innen helse- og omsorgssektoren de senere årene. De finnes i mange varianter (Moland, 2021). Noen av dem bidrar til at tjenestestedene får mer stabil, kjent og kompetent arbeidskraft. Flere studier har vist at bemanningsenheter kan være et godt redskap for å bedre forvaltning av de totale personalressursene, og at bruken av eksterne vikarer kan gå ned. Men mange av vikarpoolene har ikke denne

effekten. Basert på erfaringer fra flere informantintervjuer og tilbakemeldinger på konferanser med kommunale ledere, virker det som om interessen for vikarpooler har økt de siste årene. Samtidig er det en god del som går bort fra slike tiltak.

### **Om seniorpolitikk, pensjon og utleievirksomhet**

Senioransatte er en viktig fagressurs i helse- og omsorgstjenestene enten de jobber heltid eller deltid og enten de i tillegg er pensjonister eller ikke. De kjenner tjenestestedet godt og kan ta ekstravakter når det kniper. Bedre bruk av seniorer i helse- og omsorgstjenestene kan også redusere antall ubesatte stillinger. Det vil i seg selv kunne redusere behovet for å benytte eksterne vikarer. Seniorer som kan stå i helstilling eller stor deltidsstilling til pensjonsalder og deretter jobbe i en deltidsstilling ved siden av pensjon, vil også redusere behovet for å benytte vikarbyråer, blant annet ved at de kan inngå i turnuser som håndterer fravær gjennom interne løsninger. Det har vært flere presseoppslag om seniorer som leier seg ut gjennom enkeltpersonsforetak. Vi kan ikke tallfeste omfanget av dette fordi vi ikke vet alderen på foretaksinnehavere. Men vi ser at andelen eldre arbeidstakere mellom 54 og 69 år som jobber for vikarbyråene har økt fra 2016 til 2021.

Under intervjuer med ledere og tillitsvalgte kom flere inn på at pensjonslovgivningen står i veien for å benytte seniorressursene fullt ut. Flere uttalte litt oppgitt at det var mange sykepleiere som gjerne ville jobbe mer, men som lot det være for å unngå pensjonsavkortning. Dersom det er et mål å få flere seniorer i helse- og omsorgstjenestene til å jobbe mer, bør 19,9-prosentgrensen for å jobbe med full lønn ved siden av pensjonen heves eller fjernes. Alternativt kan satsene på pensjonistlønn endres eller differensieres.

### **Bedre bruk av vikarene**

Bruken av tilkallingsvakter og personell fra vikarbyråer har lenge vært et resultat av en personalpolitikk basert på en minimumsbemanning som ikke er tilstrekkelig til å håndtere arbeidstopper, helgeproblematikk, sykefravær og forutsigbart fravær i forbindelse med ferier og permisjoner. De senere årene har rekrutteringsproblemer og ubesatte stillinger forsterket behovet for ekstra personell.

Ut fra besvarelsene i spørreundersøkelsen er det ønskelig at egen bemanning kan yte minst 90 prosent av alle tjenester som skal utføres innenfor en rimelig kostnadsramme. Samtidig kan mange tjenesteder med fordel gjennomføre tiltak for å benytte kjente vikarer som har et ansettelsesforhold til virksomheten og unngå bruk av tilfældige og ukjente vikarer.

Der det er aktuelt å benytte vikarbyråer, bør det utvikles et tettere samarbeid mellom oppdragsgiver og vikarbyrå. En bør sikre at innleid personale fra vikarbyråer er godt kjent på tjenestestedet og akseptert som kvalifiserte av ledere og ansatte. Skal personer fra vikarbyråer ha mulighet til å komme i en slik posisjon, forutsetter det at bruken av vikarbyrå har en viss regularitet; at man har rammeavtale med et fåtall faste byråer og at omfanget og hyppigheten av innleie er tilstrekkelig stort til at en ønsket relasjon kan utvikles.

Det samme gjelder tjenestestedenes bruk av tilkallingsvikarer. Her gjelder to ting. For det første må antall tilkallingsvakter og nullprosentere reduseres betraktelig. Dernest må de som er igjen dyktiggjøres og brukes mer. Det er en liten hake ved dette forslaget om å bruke vikarene mer og bedre. Etter kort tid vil vikarene ha krav på fast stilling og stor stilling i henhold til arbeidsmiljøloven § 14. Men er de dyktiggjort og ikke for mange, behøver ikke dette bli så vanskelig å takle for arbeidsgiver.

# Litteratur

---

- Abrahamsen, B., Fekjær, S. B. (2017). Dedikasjon og deltidsoønsker blant politi og sykepleierstudenter. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 58(4), s. 389-408.
- Andrews, T.M., T. Tjerbo, E. Ambugo, T. Bliksvær, M. K. Fabritius, S. J. R. Aguinaldo og T. P. Hagen (2023). *Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester*. NF rapport nr: 10/2021.
- Augustsen, M. (2016). Hvordan påvirker 12-timers vakter i helgene jobbtillfredsheten hos sykepleierne på en intensivavdeling? Masteroppgave i helsefremmende arbeid. Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Austad, I. (2015). Involveringens betydning for en vellykket langturnus. En kvalitativ studie blant ansatte i langturnus. Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Fakultet for helsevitenskapstatsvitenskap NTNU Trondheim våren 2014.
- Axelsen, P. & Frivoll, K. M. (2014). *Bemanningsenheten. «Kvalitet når vi trenger det»* Sørlandet sykehus HF.
- Bakke, S. (2019, 21. august). Vikarjobb – veien til fast jobb? *Statistisk sentralbyrå*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/vikarjobb-veien-til-fast-jobb>.
- Barstad, G. K. (2016). Ressurpooler ved norske sykehus - En organisasjonsteoretisk casestudie. Masteroppgave ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap.
- Bråthen, K. (2016). Langturnus og tjenestekvalitet: En undersøkelse av fem enheter i Bergen kommune. I K. Ingstad, (Red). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Gyldendal Akademisk.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2022). Helt fram mot heltidskultur. Underveisrapportering fra et innovasjonsprosjekt. Fafo-notat 2022:0.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2023). Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren En undersøkelse blant helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører. Fafo-rapport 2023:07
- Dolonen, K. A. og N, K. Reppen (2022). Se hva bemanningsbyråene fakturerer for vikarer. *Sykepleien* 2022/7.
- Engbråten, Anne Liv (2015). Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling" - evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune. Nordlandssykehuset og Bodø kommune.
- Fjelde, Viktoria (2021). *Er det sammenheng mellom kommunens bruk av deltid og sykefraværet i norske kommuner?* Masteroppgave. Universitetet i Agder, 2021 Fakultet for samfunnsvitenskap. Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag.
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*. 2(38), s. 142–157.
- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Nova-rapport nr 14/20.
- Gautun, H. (2012). Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. Fafo-rapport 2012:05.
- Gautun, H. (2002). Når fleksibilitet fremmer fellesskap. Nye arbeidstidsordninger innen pleie og omsorg. Fafo-rapport 399.

- Goffeng, E. M., Nordby, K-C. Tarvainen M., Järvelin-Pasanen, P, S., Wagstaff A., Goffeng L.O., Bugge, M., Skare Ø. & Sigstad Lie J-A. (2020). Fluctuations in heart rate variability of health care workers during four consecutive extended work shifts and recovery during rest and sleep. *Industrial Health* 2018, 56, 1–10.
- Gransjøen, A.M. & Sogstad, M. (2021). Undersøkelse om vikarbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Omfang og årsaker til vikarbruk, samt kompetansebehov. Senter for omsorgsforskning, Øst.
- Hallandvik, J.E. & T. Olsen (2011). *Heltid – løsning eller problem?* Sluttrapport fra evalueringen av heltidsprosjektet i Kristiansand kommune. Universitetet i Agder.
- Haugerud, K (2023, 24. januar) Vikarbyråene redder sykehusdriften: – Jeg koster tre ganger som mye som en fast ansatt sykepleier. Gudbrandsdølen Dagingen.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Kompetanseløft 2025 Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025.
- Helsedirektoratet (2021). Årsrapport for Kompetanseløft 2025. Avsluttende oppsummering for planperioden.
- Helse Vest RHF (2019). Kunnskapsgrunnlag. Bruk av helsepersonell-vikarer. Krav i foretaksprotokollen 2019. Felles rapport fra de fire regionale helseforetakene.
- Hjemås, Geir, Jia Zhiyang, Tom Kornstad & Nils Martin Stølen (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. SSB-rapport 2019/11.
- Holmøy, E, Hjemås, G & Haustveit, F. (2023). Arbeidsinnsats i offentlig helse- og omsorg: Fremskrivninger og historikk, SSB rapport 2023/3.
- Holmøy, E., Hjemås, G. & Haugstveit, F. (2020). Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060. Betydningen av flere eldre, helsetilstand og familieomsorg. SSB-rapport 2020/43.
- Holmquist, T. (2023, 15. mars). – Denne regjeringen vil ikke foreslå flere bemanningsnormer. *Kommunal Rapport*. <https://www.kommunal-rapport.no/omsorg/denne-regjeringen-vil-ikke-foresla-flere-bemanningsnormer/150308/>.
- Ingelsrud, M. H., & Falkum, E. (2017). Helsefagarbeidernes muligheter for utvikling og bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben. Arbeidsforskningsinstituttet AFI.
- Ingstad, K. (2014). Innovasjon i turnus. Vikarpool – ikke optimalt, men bedre enn en 18 prosents stilling. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Rapport nr 98. Steinkjer.
- Ingstad, K. (2011). Hele og delte sykepleiere En kvalitativ studie av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem Avhandling for graden philosophiae doctor Trondheim, april 2011.
- Ingstad, K. (Red). (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. & Amble, N. (2015). En ny ro med langturnus. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35, s. 152–157.
- Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, n. m. & Hjemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. SSB rapport 2023:2.
- Jacobsen, D.I. & Fjeldbraaten, E.M. (2019). Exploring the Links Between Part-Time Employment and Absenteeism: The Mediating Roles of Organizational Commitment and Work-Family Conflict. *Public Organization Review*, 20 (1), 129-143. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11115-018-00437-x>.
- Jacobsen, D.I. & V. Fjelde 2023. Part-time Work and Sickness Absence – an Organization-level Analysis University of Agder. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2438069/v1>.
- Ingvar Jacobsen, D. (2000). "Managing increased part-time: does part-time work imply part-time commitment?", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 10 No. 3, pp. 187-201. <https://doi.org/10.1108/09604520010336713>.

- Jarlsbo, R. (2022, 1. desember). Hard konkurranse om helsepersonell: Vikarbyrå ville tilby konkurrentens leder vikarjobb som sykepleier. *Fagbladet*.  
<https://fagbladet.no/nyheter/hard-konkurranse-om-helsepersonell-vikarbyra-ville-tilby-konkurrentens-leder-vikarjobb-som-sykepleier-6.91.918938.3a4676f87f>.
- Knardahl, S (2021). Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. Kunnskapsoppsummering. STAMI.
- Knardahl, S., T. Sterud, M. B. Nielsen & K. C. Nordby (2016). Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær *Tidsskrift for velferdsforskning* 2(19), s. 179–.
- KS & KMPG (2021). Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg.
- Lilleskog, S. A. (2018). Fra deltid til heltid Hvilke forhold er det som bidrar til deltid og hva kan gjøres for å få flere ansatte i heltidsarbeid i helse- og omsorgstjenesten i Karmøy kommune? Masteroppgave. Universitetet i Agder.
- Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021. Tilråding fra Finansdepartementet
- Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.
- Menon Economics (2021). *Verdien av bemanningsbransjen. Konsekvenser av en innstramming eller forbud mot innleie av arbeidskraft* Menon-publikasjon nr. 2/2021.
- Midtsundstad, T. & Nielsen, R. A. (2022). Seniorer i sykehussektoren. Hvordan beholde seniorenene og deres kompetanse. Fafo rapport 22/2022.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Moland, L. E. (2021). Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. En kunnskaps- og eksempelsamling. Fafo-notat 2021:01.
- Moland, L. E. (2015). Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid. Fafo-rapport 2015:25.
- Moland, L. E. (2007). Deltidsarbeid og sykefravær i Oslo kommune. Rapportering til Oslo kommune ved Utviklings- og kompetanseetaten Fafo-notat 2007:01.
- Moland, L. E. (1997). Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene. Fafo-rapport 221.
- Moland L. E. & Andersen R. K (2007). *Hva gjør norske kommuner med deltid?* Fafo-rapport 2007:25.
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2021a). Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene. Om bruk av flerdelte stillinger ved Sykehuset Østfold. Fafo-rapport 2021:1.
- Moland, L. E & Bråthen, K. (2021b) Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fafo-rapport 2021:25.
- Moland L. E. & Bråthen, K. (2019). En ny vei mot heltidskultur. Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse. Fafo-rapport 2019:15.
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2012a). *Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?* Fafo-rapport 2012:14.
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2012b). Langturnus og hele stillinger i Bergen kommune. Arbeidstid i tjenester for utviklingshemmede og psykisk syke. Fafo-rapport 2012:60.
- Moland, L. E. & Schanche, P. (2019). Lang vei mot heltidskultur. Evaluering av tre pilotprosjekter i Bodø kommune. Fafo-rapport 2019:08.
- Murud, K. (2021). Belastende arbeidsmiljø og underbemanning ved offentlige sykehustjenester. En kvantitativ undersøkelse av betydningen av arbeidsmiljøforhold for belastende arbeidsmiljø og underbemanning. Masteroppgave i folkehelse. Fakultet for helse- og sosialvitenskap. Høgskolen i Innlandet.
- Nicolaisen, H. & Bråthen, K. (2012). *Frivillig deltid – en privatsak?* Fafo-rapport 2012:49.

- Nicolaisen, H. & Olberg, D. (2005a) Forsøk med 3+3-turnus i pleie- og omsorgssektoren. *Søkelys på arbeidsmarkedet* 2/2005.
- NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.
- Ny Analyse (2022). Betydningen av økt yrkesaktivitet for personer over 50 år i helse- og Omsorgssektoren.
- Olsen, B. (2019, 1. november) Færre på heltid blant innvandrere. *Statistisk sentralbyrå*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/faerre-pa-heltid-blant-innvandrere>.
- Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Cappelen Damm Akademisk.
- Orvik, A. (2019). *Fra kvalifikasjoner til kvalitet. Organisatorisk kompetanseutvikling og heltid*. Foredrag holde på Nytt Blikk-konferanse i regi av KS. Kongsberg 30.01.2019.
- Ose, S. O, Brattlid, I., Haus-Reve, S., Pettersen, I., Jensberg, H. & Paulsen, B. (2009). Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner. Analyser basert på informasjon fra nesten 10.000 hjelpepleiere. Sintef Teknologi og samfunn.
- Rambøll Management Consulting og Menon Economics (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner*.
- Reigstad, A. (2017). Jakten på heltidsstillinger, rett kompetanse og økt fleksibilitet i kommunehelsetjenesten. Er interne bemanningsløsninger svaret? Masteroppgave ved Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, Høgskolen i Østfold.
- Salthe, H. A. (2014). *Fører deltidarbeid til økt sykefravær? En kvantitativ analyse av kjønnsforskjellen i sykefraværet i Norge*. Masteroppgave i sosiologi Institutt for sosiologi og statsvitenskap NTNU Trondheim våren 2014.
- Skjalmar, L. (2017): «Det har æ aldri hørt» En kvalitativ studie på kommunikasjon i turnus. Masteroppgave Nord Universitet.
- Vedaa, Ø., Pallesen, S., Erevik, E. K., Svensen, E., Waage, S., Bjorvatn, B., Sivertsen, B. & Harris, A. (2018). Long working hours are inversely related to sick leave in the following 3 months: a 4-year registry study. *International Archives of Occupational and Environmental Health* Springer Ling 08.11.2018.
- Ytreland G. M. (2014). Rapport fra undersøkelse av tilfredshet med arbeidstidsordningen «langevakter» ved 2 sykehjem i Karmøy kommune. Diakonhjemmet høgskole.
- Aagestad, C. (2021). *Lederundersøkelsen*. Agenda Kaupang.
- Aagestad, C., Schanche, P. & Moland, L. E. (2021). Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering. Agenda Kaupang, Rapport nr. 1021452.

# Vedleggstabeller

## Vedlegg til kapittel 1

Tabell V1.1 Mobilitet 1 Jf. tabell 1.4 Annen arbeidsgiver enn foregående år.

	Kommunale tjenester			Sykehus-tjenester	Øvrig arbeidsliv	Alle
	Helse-tjenester	Pleie og omsorg institusjon	Pleie og omsorg hjemme			
2016	23,4	19,4	22,7	15,4	22,0	22,6
2017	22,1	20,8	23,4	15,0	22,7	22,3
2018	23,4	20,2	25,2	16,3	23,3	23
2019	21,3	19,9	23,0	16,1	23,2	22,7
2020	28,6	21,6	26,1	16,5	21,5	21,5
2021	26,0	21,1	22,5	16,3	22,3	22,0

Tabell V1.2. Mobilitet 2 Jf. tabell 1.4 Arbeidstaker som går fra ett hovedarbeidsforhold til et annet.

	Kommunale tjenester			Sykehus-tjenester	Øvrig arbeidsliv	Total
	Helse-tjenester	Pleie og omsorg institusjon	Pleie og omsorg hjemme			
2016	18,9	12,7	17,0	11,7	14,0	14,0
2017	17,9	14,2	17,8	11,3	14,5	14,5
2018	19,3	13,8	19,9	12,9	15,3	15,4
2019	17,2	13,7	17,8	12,8	15,5	15,5
2020	24,4	15,8	21,5	13,1	15,1	15,4
2021	20,0	14,3	17,0	13,2	14,4	14,6



## Vedlegg til kapittel 2

Tabell V2.1 Oversikt over intervjuer og møter med informanter.

	Oppstartmøte regnskap	Analysemøte regnskap	Intervju ledelse/ adm	Intervju avd. led	Intervju HTV
Asker kommune	17.10.2022	23.11.2022		30.11.2022	02.12.2022
Alstahaug kommune	12.10.2022	23.11.2022		06.12.2022	14.12.2022
Bodø kommune	02.11.2022	25.11.2022		01.12.2022	07.12.2022
Karmøy kommune	12.11.2022	25.11.2022	24.11.2022	24.11.2022	07.12.2022
Malvik kommune	08.11.2022	15.12.2022		05.12.2022	13.12.2022
Ringerike kommune	20.10.2022	23.11.2022	25.11.2022	06.12.2022	30.11.2022
Sykehuset Østfold			14.11.2022		
UNN			29.11.2022		
Helse Vest			21.03.2023		
Oslo kommune, SYE			04.11.2022		
Vikarbyrå 1			25.22.2022		
Vikarbyrå 2			28.22.2022		
NHO			31.03.2023		
Sykehusinnkjøp		24.10.2022 20.02.2023			
Sykepleierforbundet		14.10.2022			

Tabell V2.2 Netto svarfordeling etter fylke, stilling og sektor.

	Leder, rådgiver	TV-VO	Kommune	Helseforetak	Sum	Prosent
Viken	125	83	142	66	208	15,1
Innlandet	42	63	94	11	105	7,6
Vestfold og Telemark	33	43	71	5	76	5,5
Agder	25	39	62	2	64	4,7
Rogaland	101	82	70	113	183	13,3
Vestland	75	90	106	59	165	12,0
Møre og Romsdal	29	32	55	6	61	4,4
Trøndelag	44	58	94	8	102	7,4
Nordland	37	47	72	12	84	6,1
Troms og Finnmark	83	57	66	74	140	10,2
Oslo	172	16	6	182	188	13,7
Alle, antall	766	610	838	538	1376	100,0
Alle, prosent	55,7	44,3	60,9	39,1	100,0	

Tabell V2.3 Lønnsarter i KOSTRA som ikke er med i våre regnskapsanalyser.

050	Annen lønn og trekkpliktige godtgjørelser (blant annet støttekontakt og omsorgslønn)
070	Lønn til vedlikehold (lønn til vedlikeholdsarbeidere utenom vaktmester)
075	Lønn til renhold (føres på eiendomsfunksjonene og lite relevant for helse- og omsorgstjenester)
080	Godtgjørelser til folkevalgte (ikke relevant for helse- og omsorgstjenester)
089	Trekk- og opplysningspliktig, ikke arbeidsgiveravgiftspliktig (ikke relevant for helse- og omsorgstjenester)
090	Pensjonsinnskudd og trekkpliktige forsikringsordninger
099	Arbeidsgiveravgift (kommunene har ulik sats for arbeidsgiveravgift)

### Vedlegg til kapittel 3

Tabell V3.1 Personaltgifter fordelt på kostnadsarter. 2017-2021. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.

	Milliarder 2022- kroner					Endring %		Andel (2021) %	
	2017	2018	2019	2020	2021	Per år 2017-2021	Siste år	Av lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon	Av lønnsarter 10,20,30,40*
10 Fastlønn	76	78	81	85	81	2	-4	68	82
20 Lønn til vikarer	11	11	11	12	11	1	-2	10	12
30 Lønn til ekstrahjelp	2,7	2,9	2,9	3,1	3,6	7	17	2	4
40 Overtidslønn	1,7	1,7	1,8	2,3	2,9	15	31	1	3
90 Pensjonsinnskudd og trekkpliktige forsikringsordninger	14	16	16	14	19	9	42	12	
99 Arbeidsgiveravgift	12	13	13	13	14	3	6	11	
710 Sykelønnsrefusjon	-6	-6	-6	-7	-7	4	-3	-5	
Lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon	112	117	121	121	125	3	3	100	100
270 Andre tjenester	12,2	12,7	12,2	7,2	3,4	-27	-52		2,7
Lønnsutgifter (fratrukket sykelønnsrefusjon), og Andre tjenester	124	130	133	128	128	1	0		

\* Andeler vist figurer i hovedkapittel. Beregnet på tilsvarende måte for alle årene.

Tabell V3.2 Personalutgifter fordelt på kostnadsarter og funksjonskoder. Fordelt på funksjonskode. 2021. mrd. NOK. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.

	254 Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende	253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	241 Diagnose, behandling og re- /habilitering	232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	233 Annet forebyggende helsearbeid
10 Fastlønn	41	28	0,44	6,47	3,4	1,8
20 Lønn til vikarer	6	4	0,02	0,49	0,1	0,2
30 Lønn til ekstrahjelp	1,3	1,0	0,01	0,42	0,2	0,7
40 Overtidslønn	1,4	1,0	0,01	0,28	0,1	0,2
90 Pensjonsinnkudd og trekkpliktige forsikringsordninger	10	6	0,10	1,58	0,8	0,5
99 Arbeidsgiveravgift	7	5	0,07	1,07	0,5	0,4
710 Sykelønnsrefusjon	-4	-3	-0,04	-0,45	-0,2	-0,1
Lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon	63	43	0,62	9,86	4,8	3,7
233 Annet forebyggende helsearbeid	0,8	1,3	0,05	0,67	0,1	0,5
Lønnsutgifter (fratrukket sykelønnsrefusjon), og Andre tjenester	64	44	0,67	10,53	4,9	4,2

Merk at summene her kan være litt forskjellig fra tallene på SSB nettsider siden vi har utelukket noen kostnadsarter. SSB kan også gjøre mindre justeringer i sine tall.

Tabell V3.3 Personalutgifter fordelt på kostnadssteder i kommunale pleie og omsorgstjenester (F253, F254 og F256). Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB.

	Milliarder 2022- kroner					Endring %		Andel (2021) %	
	2017	2018	2019	2020	2021	Per år 2017-2021	Siste år	Av lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon	Av lønnsarter 10,20,30,40*
10 Fastlønn	67	69	71	73	69	1	-5	65	82
20 Lønn til vikarer	11	11	11	11	11	0	-3	10	13
30 Lønn til ekstrarhjelp	2,5	2,6	2,5	2,5	2,3	-2	-8	2	3
40 Overtidslønn	1,6	1,7	1,7	1,9	2,4	11	24	2	3
90 Pensjonsinnskudd og trekkpliktige forsikringsordninger	11	11	12	11	12	2	4	11	
99 Arbeidsgiveravgift	12	14	14	12	16	8	39	15	
710 Sykelønnsrefusjon	-6	-6	-6	-7	-6	3	-3	-6	
Lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon	99	103	106	105	106	2	1	100	100
270 Andre tjenester	11,8	12,2	11,7	6,5	2,2	-34	-66		2,0
Lønnsutgifter (fratrukket sykelønnsrefusjon), og Andre tjenester	111	116	118	111	108	-1	-3		

\* Andeler vist figurer i hovedkapittel. Beregnet på tilsvarende måte for alle årene. Merk at summene her kan være litt forskjellig fra tallene på SSB nettsider siden vi har utelukket noen kostnadsarter. SSB kan også gjøre mindre justeringer i sine tall.

Tabell V3.4 Personalutgifter fordelt på kostnadssteder i kommunale helsetjenester. Prosent. Kilde: Kommunenes regnskapsdata, SSB. Grunnlagsdata til figur 3.7.

	Milliarder 2022- kroner					Endring %		Andel (2021) %	
	2017	2018	2019	2020	2021	Per år 2017-2021	Siste år	Av lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon	Av lønnsarter 10,20,30,40*
10 Fastlønn	9,3	9,8	10,3	11,4	11,7	6	2	63	82
20 Lønn til vikarer	0,5	0,5	0,5	0,6	0,8	12	32	4	5
30 Lønn til ekstrahjelp	0,3	0,3	0,4	0,6	1,3	48	126	7	9
40 Overtidslønn	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	59	72	3	4
90 Pensjonsinnskudd og trekkpliktige forsikringsordninger	1,4	1,5	1,6	1,7	2,0	9	21	11	
99 Arbeidsgiveravgift	1,7	2,0	2,1	1,8	2,9	14	58	16	
710 Sykelønnsrefusjon	-0,6	-0,6	-0,6	-0,8	-0,8	7	1	-4	
Lønnsutgifter fratrukket sykelønnsrefusjon	13	14	14	16	18	10	18	100	100
270 Andre tjenester	0,4	0,5	0,5	0,7	1,3	31	76		6,4
Lønnsutgifter (fratrukket sykelønnsrefusjon), og Andre tjenester	13	14	15	16	20	11	20		

\* Andeler vist figurer i hovedkapittel. Beregnet på tilsvarende måte for alle årene. Merk at summene her kan være litt forskjellig fra tallene på SSB nettsider siden vi har utelukket noen kostnadsarter. SSB kan også gjøre mindre justeringer i sine tall.

## Vedlegg til kapittel 4

Tabell V4.1 Utgifter til kjøp av tjenester fra vikarbyrå i helse og omsorgssektoren. 2012-2022\*. i mill. 2022-NOK.

	Kilde*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 <sup>1</sup>
Kommuner (F253 og F354)	BCW	801	1058	1107	1110	1051	1245	1323	1354	1382	1832	
Kommuner (F256)	LD								10	12	44	
Kommuner (F241)	LD								40	165	323	
Kommuner (F232 og 233)	LD								2	8	175	
Kommuner (2022)	Estimat											2268
Helseforetak kr.		495	580	603	593	631	717	748	817	885	1098	1448
Samlet kommuner og sykehus	SI	1296	1638	1710	1703	1682	1962	2071	2223	2452	3473	3716

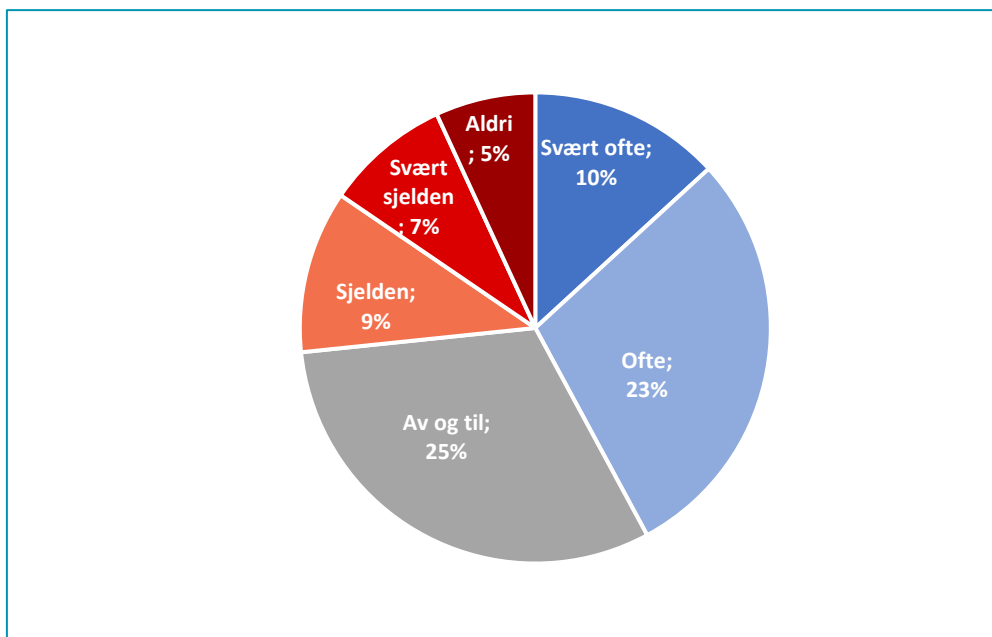
\* Kilde: BCW= tall fra Norsk Sykepleierforbund innsamlet av BCW, LD= Leverandørdatabasen fra Kommunal rapport, SI = tall fra Sykehusinnkjøp. Utgifter til innleie i 2022 er estimert. For F253 og F254 er utgiftene fremskrevet med 9,6 prosent vekst sammenlignet med året før. For øvrige deler av den kommunale helse og omsorgstjenesten har vi lagt til grunn at utgiftene i 2022 er som gjennomsnittet for årene 2019-2021.

Tabell V4.2 Lønnstakere 1669 år i helse- og omsorgsykker i næringsgruppe 78.200 utleie av arbeidskraft. per 4. kvartal hvert år 2015–2021. Antall fordelt på yrke, søyle og andel lønnstakere i den offentlige helse og omsorgstjenesten, prosent, punkt. Kilde: SSB (registerdata).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sykepleiere	1094	1025	1191	1110	1300	1232	1684
Helsefagarbeidere	195	328	378	434	385	517	758
Pleiemedarbeidere	271	504	205	152	181	165	215
Spesialsykepleiere	36	38	44	56	108	83	130
Leger	0	0	0	0	0	0	0
Helsesekretærer	96	95	111	90	82	96	63
Ledere	36	20	22	18	26	20	19
Antall	1800	2086	2045	1955	2192	2249	3035

## Vedlegg til kapittel 8

Figur V8.1 Bruk av faste medarbeidere fra vikarbyråer. Prosent, n = 444 ledere og tillitsvalgte fra kommuner og helseforetak. Kilde Fafo, spørreundersøkelse 2022.



## Vedlegg til kapittel 9

Tabell V9.1 Legemeldt sykefravær for heltidsansatte arbeidstakere i alderen 16-69 år i ulike tjenesteområder. November 2021. Kilde: SSB og SØA.

Funksjonskode/-navn	Antall	Heltids- andel	Gjennom- snittlig stillings- prosent	Sykefraværspersent	
				Heltid	Deltid
<b>Kommunehelsetjenesten</b>					
232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	7 787	60,1	83,5	7,9	7,3
233 Annet forebyggende helsearbeid	6 411	60,6	80,3	8,4	9,0
241 Diagnose, behandling og re-/habilitering	23 915	52,7	78,1	6,8	7,2
Kommunal pleie og omsorg					
234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede	11 487	41,4	66,5	9,2	8,5
253 Pleie og omsorg, hjelp i institusjon	78 213	29,1	67,2	10,4	9,2
254 Pleie og omsorg, hjelp i hjemmet	109 759	34,1	69,4	10,5	9,5
261 Institusjonslokaler	6 178	37,4	70,1	9,1	7,9
<b>Øvrige helse- og sosialtjenester</b>					
900 Sykehustjenester	142 519	69,5	87,5	6,9	7,7
930 Andre helsetjenester	5 586	69,0	83,9	5,4	6,9
940 Annen pleie og omsorg	10 464	62,8	82,5	9,3	8,1
950 Andre sosialtjenester uten botilbud	141 354	65,5	81,9	10,0	9,3
960 Drift øvrig helse- og sosialtjenester	3 327	39,1	63,7	8,4	9,4
Øvrige næringer	2 108 056	77,3	87,6	4,7	6,3





# Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester

Offentlige helse og omsorgstjenester er svært viktige, både fordi gode helse- og omsorgstjenester er en bærebjelke i det norske velferdssamfunnet, og fordi sektoren sysselsetter en stor del av landets arbeidskraft. Gapet mellom behovet for tjenester og personell som kan utføre tjenestene er økende. En betydelig del av aktivitetene i sektoren utføres av ansatte med lave stillingsprosent, tilkallingsvikarer, nullprosentere og vikarer fra vikarbyrå, det vi kaller flyktig arbeidskraft.

- Hvilke typer vikarbruk er vanlig?
- Hvor stort er omfanget – og hvordan varierer det med tid og sted?
- Hvordan blir bruken av vikarer begrunnet?
- Hva koster vikarbruken?
- Hvilke fordeler og ulemper, for tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og drift, har bruk av eksterne vikarer?
- Hvilke tiltak kan redusere behovet for og bruken av vikarer?



Borggata 2B  
Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 2023:17  
ID-nr.: 20852