

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Helsesykepleiere som ikke jobber i helsestasjons- og skolehelsetjenesten – en tverrsnittsstudie

[Runa Andersen](#)

Helsesykepleier og universitetslektor

Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

[Ingvild Hersoug Nedberg](#)

Jordmor og førsteamanuensis

Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

[Hilde Laholt](#)

Helsesykepleier og førsteamanuensis

Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

[Anne Clancy](#)

Helsesykepleier og professor

Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet

[Julia Thuve Hovden](#)

Helsesykepleier og universitetslektor

Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

[Helsesykepleier](#)

[Arbeidsliv](#)

[Profesjonsidentitet](#)

[Helsestasjons- og skolehelsetjeneste](#)

[Tverrsnittsstudie](#)

Sykepleien Forskning 2026;21(104358):e-104358

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.104358](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.104358)

Bakgrunn: Helsesykepleiere har et viktig ansvar i helsefremmende og forebyggende arbeid med barn, unge og familier. Forskriftsfestede helsesykepleierstillinger er knyttet til kommunenes helsefremmende og forebyggende sykepleiefunksjoner og er avgjørende for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi mangler over 2000 helsesykepleiere i Norge, noe som utfordrer likeverdige kommunale helsetjenester.

Hensikt: Studien kartlegger hvor lenge helsesykepleiere var i sin forskriftsfestede stilling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten før de sluttet, hvor de jobber etter å ha sluttet i disse stillingene, og hvorfor de skiftet jobb. Kunnskapen kan være nyttig for arbeidsgivere og helsesykepleierutdanninger i arbeidet med å utdanne, rekruttere og beholde helsesykepleiere i stillingene.

Metode: Studien er en tverrsnittsstudie med data fra en spørreundersøkelse vi utarbeidet på bakgrunn av tidligere forskning, vår erfaring fra helsesykepleieryrket og samarbeid med Helsesykepleierne NSF. Spørreundersøkelsen ble distribuert via e-post til medlemmer av Helsesykepleierne NSF samt på deres Facebook-side. Facebook-innlegget ble delt videre, også i våre nettverk. Datainnsamlingen ble utført fra november 2024 til januar 2025. Utvalget besto av 277 helsesykepleiere som på undersøkelsestidspunktet ikke var tilsatt i forskriftsfestet helsesykepleierstilling. Vi analyserte kvantitative data med deskriptiv statistikk, og fritekstsvaer er kvalitativt analysert med tematisk analyse.

Resultat: 20,9 prosent (n = 57) hadde jobbet i forskriftsfestet helsesykepleierstilling i åtte til tolv år før jobbskifte. 28,7 prosent (n = 78) oppga å jobbe som «annet» etter at de hadde sluttet i forskriftsfestet helsesykepleierstilling. Vanlige årsaker til jobbskifte var ønsket om nye eller andre utfordringer (35,8 prosent, n = 98) eller høyere lønn (24,8 prosent, n = 68), eller at de følte seg alene med arbeidsoppgavene (18,6 prosent, n = 51). Tematisk analyse av fritekstsvaer resulterte i hovedtemaet «Motsetningen mellom profesjonsidentitet og rammebetingelser».

Konklusjon: For å sikre tilstrekkelig bemanning og kvalitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan viktige tiltak være å styrke helsesykepleieres profesjonsidentitet, rammebetingelser som lønn og muligheter for avansement i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Introduksjon

Helsesykepleiere er sykepleiere med spesialisering i helsefremmende og forebyggende arbeid med barn, unge og familier. Helsefremmende og forebyggende arbeid innebærer å jobbe ressursfokusert ved å bidra til å gi mennesker mulighet til å ta kontroll over og forbedre sin egen helse (1, 2).

Helsesykepleierutdanningen er en mastergrad på 120 studiepoeng, med mulighet for å avslutte etter 90 studiepoeng og oppnå godkjent helsesykepleierutdanning (3). Helsesykepleiere har sitt primære arbeidsområde i helsestasjon (0–5 år), skolehelsetjeneste (6–20 år) og helsestasjon for ungdom (HFU) (16–25 år) (4), som er lovbestemte og gratis lavterskeltjenester i kommunehelsetjenesten (4, 5).

Ifølge forskriften om lovbestemt sykepleietjeneste § 3 skal helsesykepleiere med godkjent helsesykepleierutdanning tilsettes for å ivareta kommunenes helsefremmende og forebyggende sykepleierfunksjoner (6). En slik stilling omtales heretter som «forskriftsfestet helsesykepleierstilling».

Ettersom det ikke foreligger en egen helsesykepleierautorisasjon, finnes det ikke et nasjonalt register over yrkesaktive helsesykepleiere i Norge. En ordning for spesialistgodkjenning for helsesykepleiere er under utarbeidelse (7). I 2021 anslo Helsedirektoratet at det var 4823 sysselsatte helsesykepleiere i Norge. Av disse jobbet 4209 i helse- og sosialtjenestene (8). Omtrent 13 prosent arbeidet i andre sektorer, hovedsakelig innen undervisning eller offentlig administrasjon.

Det er usikkert hvor mange av de 4209 helsesykepleierne som er tilsatt i forskriftsfestet helsesykepleierstilling. Det er anslått at det er litt over 3000 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Faggruppen Helsesykepleierne NSF (Norsk Sykepleierforbund) har ifølge dem selv omtrent 4000 medlemmer (8).

Det mangler over 2000 helsesykepleiere i Norge (9). Helsesykepleierutdanningen har høye søkertall, men likevel er rekrutteringen til yrket utfordrende (8, 9) på grunn av for få studieplasser (9). Det er derfor avgjørende å rekruttere og beholde helsesykepleiere i forskriftsfestede helsesykepleierstillinger for å dekke kommunenes behov for helsefremmende og forebyggende arbeid med barn, unge og familier.

Bakgrunn

Helsesykepleiere oppgir at yrket er både krevende og betydningsfullt (10, 11), og de utfører arbeidet med stolthet (11) og personlig engasjement (10). De verdsetter forutsigbarheten i helsestasjonsarbeid. Samtidig opplever de den uforutsigbare arbeidshverdagen i skolehelsetjenesten som givende (11), blant annet på grunn av friheten til å prioritere egne arbeidsoppgaver (10). Helsesykepleiere i skolehelsetjenesten beskriver at de har engasjement og ansvar for å bry seg om og støtte ungdom (12, 13).

Yrket beskrives som grenseløst (14), komplekst og ensomt (11, 13), og tidligere forskning antyder at helsesykepleierrollen ikke er tilstrekkelig avklart (15). Selvstendigheten i yrket krever at helsesykepleiere ofte arbeider alene og må kunne ta og stole på egne avgjørelser (10). Arbeidsoppgavene har blitt flere og mer komplekse (9). Det forventes at de skal håndtere saker som er utfordrende å definere eller løse (16). Etiske dilemmaer påvirker helsesykepleiere i arbeidshverdagen, og de har behov for mer støtte og tydeligere rammer (10).

Mæland og medarbeidere fant at norske helsesykepleiere i skolehelsetjenesten fortsetter i yrket på grunn av selvrealisering, tillit til egen profesjonalitet, følelsen av å være verdsatt og evnen til å ivareta seg selv (17–19). Internasjonale studier viser liknende funn, der yrkets selvstendighet, samhandling (20, 21) og profesjonelle status er viktige faktorer (20).

En undersøkelse blant 6000 medlemmer i NSF viser at bemanning som ikke samsvarer med behovet, misnøye med lønnsnivået og psykisk og fysisk belastning er vanlige årsaker til at sykepleiere velger andre yrkesmuligheter (22). Mange som slutter, jobber i relevante stillinger som bidrar til fagutvikling, pasientsikkerhet og kvalitet (23), eller de arbeider med administrasjon, sosialtjenester eller undervisning (24).

Hensikten med studien

Vi fant ingen relevante studier med søkelys på helsesykepleiere. Helsesykepleierne NSF har uttrykt at det er behov for en slik kartlegging. Hensikten med denne tverrsnittsstudien var å kartlegge hvor lenge helsesykepleiere var i forskriftsfestet stilling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten før de sluttet, hvor de jobbet etter å ha sluttet i denne stillingen, og hvorfor de ønsket å skifte jobb. Kunnskapen kan være nyttig for arbeidsgivere og helsesykepleierutdanninger i arbeidet med å utdanne, rekruttere og beholde helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Metode

Studien er en tverrsnittsstudie som kombinerer kvantitative og kvalitative data, samlet inn gjennom en anonym spørreundersøkelse som vi utviklet og gjennomførte. De kvantitative dataene er analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk. Fritekstsvaret er analysert med tematisk analyse (26, 27) og utdyper de kvantitative dataene.

Populasjon og rekruttering

Målgruppen for studien var sykepleiere med godkjent videreutdanning i helsesykepleie som ikke jobbet i en forskriftsfestet helsesykepleierstilling i henhold til § 3 i Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste (6). Vi ekskluderte helsesykepleiere i slike stillinger eller som var utenfor arbeidslivet med trygdeytelser eller pensjon.

Deltakerne ble rekruttert ved at Helsesykepleierne NSF delte informasjon om studien og lenke til en nettbasert spørreundersøkelse på e-post til sine medlemmer. De delte også oppslag på sin Facebook-side ved to anledninger. Oppslaget ble delt videre, blant annet i forfatterens nettverk. Rekrutteringen foregikk dermed gjennom selvseleksjon. Vi samlet inn dataene fra november 2024 til januar 2025.

Spørreskjema

Datainnsamlingen foregikk via en nettbasert spørreundersøkelse i Nettskjema (25), som er et sikkert verktøy til å samle inn digitale data. Vi fant ingen eksisterende spørreskjemaer som kunne brukes. Derfor utarbeidet vi et nytt spørreskjema ut fra tidligere forskning, som forklart i avsnittet Bakgrunn, vår egen erfaring fra og kjennskap til helsesykepleieryrket og samarbeid med Helsesykepleierne NSF.

Styret i Helsesykepleierne NSF bidro med innspill til svarkategorier til spørreskjemaets spørsmål: «Hva er årsakene til at du ikke lenger jobber i helsesykepleierstilling?»

Spørreskjemaet er ikke validert utover en pilotstudie. Pilotstudien ble gjennomført i september 2024, og spørreskjemaet ble sendt til sju helsesykepleiere i målgruppen. De ga tilbakemelding på spørsmålenes relevans og forståelighet samt kom med innspill til spørsmålsutforming, svarkategorier og manglende spørsmål.

Etter pilotstudien gjorde vi noen små justeringer. Spørreundersøkelsens målgruppe og hensikt ble tydeliggjort. Vi la også til svarkategorier på spørsmålet om årsaker til at de ikke lenger jobbet i helsesykepleierstilling, og fritekstspørsmål om hva som skulle til for å vende tilbake til helsesykepleierstillingen.

Variabler

Spørreundersøkelsen startet med et utsilingsspørsmål om deltakeren var helsesykepleier i en forskriftsfestet helsesykepleierstilling, etterfulgt av bakgrunnsspørsmål om alder, landsdel, utdanningsnivå og erfaring fra sykepleier- og helsesykepleieryrket. Deretter ble deltakerne spurt om yrkeslivet som helsesykepleier, årsaker til at de ikke jobbet i helsesykepleierstilling, og om det var aktuelt å vende tilbake til yrket, med mulighet for fritekstsvaer.

Analyse

Vi analyserte kvantitative data deskriptivt i SPSS versjon 29 og presenterte dem i frekvenstabeller og stolpediagrammer. Disse dataene ble supplert med kvalitative data fra fritekstsvarene på spørsmålene om årsaker til jobbskifte og hva som kan bidra til å velge forskriftsfestet helsesykepleierstilling igjen. Fritekstsvarene ble analysert med Braun og Clarkes tematiske analyse (26, 27).

Forskningsetiske overveielser

Deltakerne fikk informasjon om studiens hensikt og beregnet tidsbruk. Vi informerte også om at det var frivillig å delta, og at deltakelsen var anonym. Samtykke ble gitt ved å besvare spørreskjemaet. De fikk beskjed om at det ikke var mulig å trekke seg fra studien etter at de hadde innlevert skjemaet, ettersom studien var anonym og IP-adressen ikke ble registrert. Deltakerne fikk også informasjon om at de kunne hoppe over spørsmål de ikke ønsket å svare på.

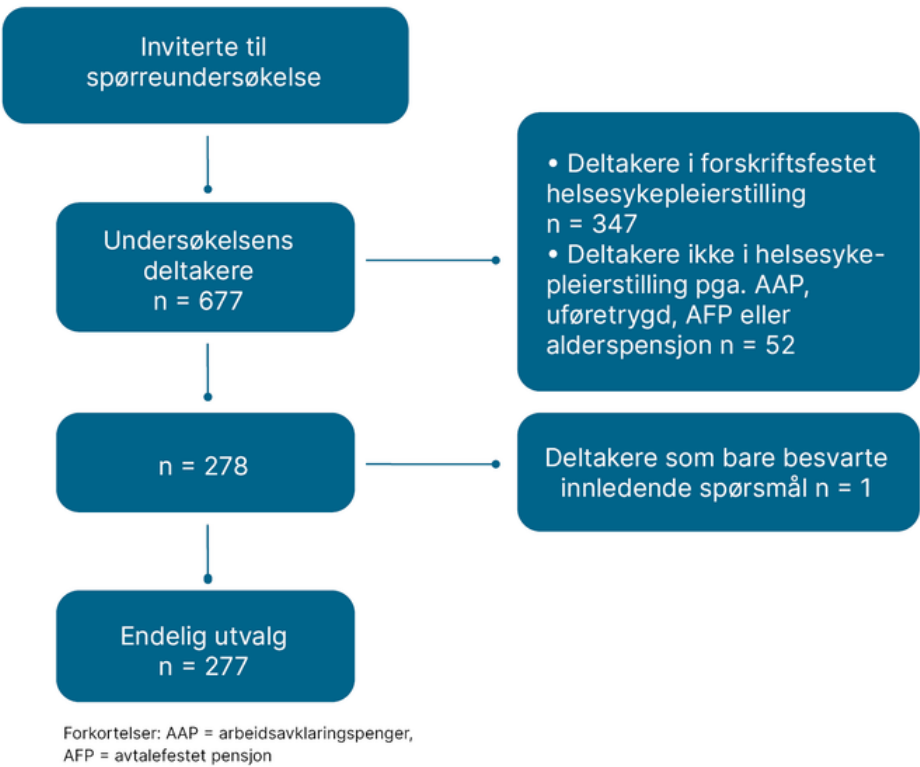
Da vi utarbeidet spørreskjemaet, tok vi høyde for å unngå risikoen for at enkeltpersoner kunne bli identifisert indirekte gjennom kombinasjoner av variabler, såkalt bakveisidentifisering (28). Variabler som kjønn og oppnådd doktorgrad ble utelatt, da få i populasjonen er menn eller har doktorgrad. Ettersom vi ikke samlet inn verken direkte eller indirekte personopplysninger, vurderte Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør at studien ikke var meldepliktig (referansenummer 518759).

Resultater

Spørreundersøkelsen fikk totalt 677 svar. Spørreskjemaet ble også besvart av helsesykepleiere som fortsatt jobbet i forskriftsfestet helsesykepleierstilling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsesykepleiere som hadde sluttet i disse stillingene, med trygdeytelser eller pensjon. Imidlertid ble disse ekskludert etter utsilingsspørsmål i spørreskjemaet.

Av deltakerne som besvarte spørreundersøkelsen, var 278 i målgruppen for studien (41,1 prosent), som oppga at de ikke jobbet i en forskriftsfestet helsesykepleierstilling i henhold til § 3 i Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste (6). Én deltaker besvarte kun utsilingsspørsmålet og ble dermed ekskludert. De resterende 277 deltakerne ble inkludert i studien og utgjorde grunnlaget for analysene (figur 1).

Figur 1. Flytskjema over studiens utvalg



Bakgrunns karakteristika

Tabell 1 viser demografiske data for deltakerne.

Tabell 1. Bakgrunnskarakteristika

	n	%
Alder	277	
Under 25 år	0	0
25–30 år	7	2,5
31–40 år	59	21,3
41–50 år	106	38,3
51–60 år	73	26,4
Over 61 år	32	11,6
Bosatt i landsdel	277	
Østlandet	97	35,0
Nord-Norge	57	20,6
Vestlandet	73	26,4
Trøndelag	26	9,4
Sørlandet	24	8,7
Videreutdanning	277	
Videreutdanning som helsesykepleier	89	32,1
Videreutdanning som helsesykepleier med mastergrad	37	13,4
Videreutdanning som helsesykepleier med mastergrad og en eller flere andre videreutdanninger	55	19,9
Videreutdanning som helsesykepleier med en eller flere andre videreutdanninger, men ikke mastergrad	96	34,7
År fra ferdigutdannet sykepleier til oppstart på helsesykepleierutdanning	277	
0 år	6	2,2
1–3 år	50	18,1
4–6 år	81	29,2
7–10 år	75	27,1
11 år eller mer	65	23,5
År siden fullført godkjent videreutdanning som helsesykepleier	276	
Under 1 år	10	3,6
1–3 år	16	5,8
4–10 år	89	32,2
11–15 år	61	22,1
16 år eller mer	100	36,2

Den største andelen deltakere (38,4 prosent, $n = 106$) var i aldersgruppen 41–50 år, mens få var under 30 år (2,5 prosent, $n = 7$). Deltakerne representerte alle landsdelene, med flest fra Østlandet (35 prosent, $n = 97$) og færrest fra Sørlandet (8,7 prosent, $n = 24$). Flertallet (34,7 prosent, $n = 96$) hadde videreutdanning som helsesykepleier kombinert med andre videreutdanninger, men uten mastergrad.

Kun 2,2 prosent ($n = 6$) hadde ingen arbeidserfaring som sykepleier før helsesykepleierutdanningen, mens størst andel (29,2 prosent, $n = 81$) hadde fire til seks års arbeidserfaring som sykepleier før helsesykepleierutdanningen. Den største gruppen (36,2 prosent, $n = 100$) hadde fullført helsesykepleierutdanningen for minst 16 år siden.

Yrkesliv

Tabell 2 viser antallet år i helsesykepleierstilling før jobbskifte, hvilke stillinger deltakerne hadde, samt hvilken del av helsesykepleiertjenesten de hadde arbeidserfaring fra.

Tabell 2. Yrkesliv

	n	%
År i helsesykepleierstilling (etter fullført videreutdanning) før endring av jobb	273	
Har aldri jobbet som helsesykepleier	24	8,8
Under 1 år	18	6,6
1–3 år	53	19,4
4–7 år	54	19,8
8–12 år	57	20,9
13–20 år	47	17,2
21 år eller mer	20	7,3
Hva arbeider du som?	272	
Annet	78	28,7
Sykepleier eller spesialsykepleier i spesialisthelsetjenesten	54	19,9
Sykepleier eller spesialsykepleier i kommunehelsetjenesten	49	18,0
Veileder/rådgiver/konsulent	49	18,0
Innenfor barnehage/skole/utdanning	33	12,1
Sykepleier eller spesialsykepleier i private helsetjenester	9	3,3
Hvilken del av tjenesten har du din arbeidserfaring som helsesykepleier fra? (Mulig å velge flere svaralternativer)	273	
Skolehelsetjenesten	204	74,7
Helsestasjonen	170	62,3
HFU	80	29,3
Ledelse og/eller fagutvikling	60	22,0
Prosjektstilling knyttet til helsestasjon, skolehelsetjeneste eller HFU	17	6,2

Forkortelse: HFU = helsestasjon for ungdom

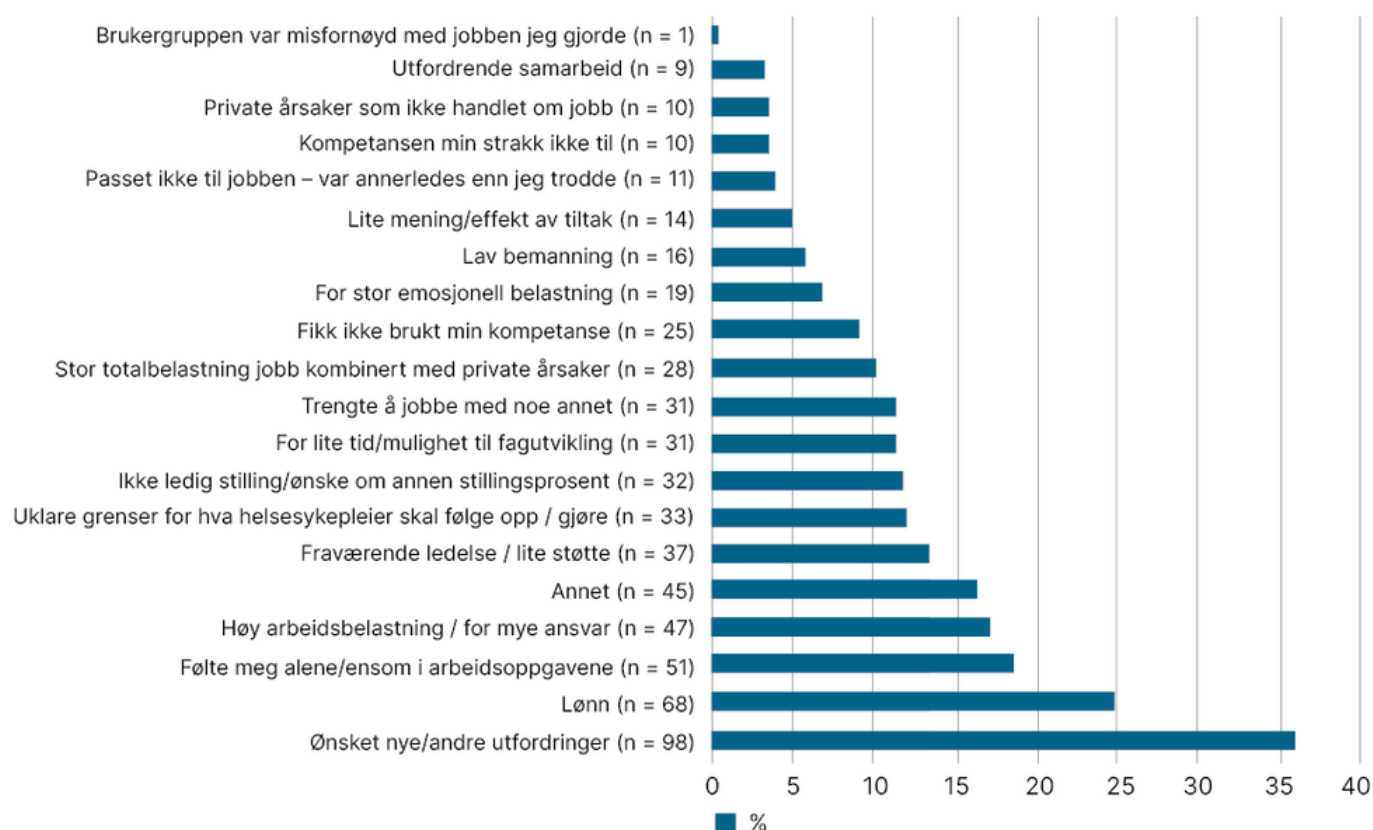
Den største andelen deltakere (20,9 prosent, n = 57) jobbet åtte til tolv år i helsesykepleierstilling før jobbskifte. Flest (28,7 prosent, n = 78) oppga at de hadde «annet» arbeid. Når det gjaldt helsestasjons- og skolehelsetjenesten, der flere svaralternativer var mulige, hadde flest erfaring fra skolehelsetjenesten (74,7 prosent, n = 204).

På spørsmål om det var aktuelt å vende tilbake til en forskriftsfestet helsesykepleierstilling i helsestasjon, skolehelsetjeneste eller HFU i fremtiden (n = 275), svarte størst andel (37,1 prosent, n = 102) at de ikke visste.

Årsaker til jobbskifte

Figur 2 viser de ulike årsakene til at deltakerne ikke lenger jobbet i forskriftsfestet helsesykepleierstilling. Deltakerne hadde mulighet til å velge inntil tre svarkategorier, og figuren baserer seg dermed på totalt 587 avkryssninger fra 274 av de inkluderte deltakerne.

Figur 2. Årsaker til at deltakerne ikke lenger jobber i helsesykepleierstilling (n = 274)



Den hyppigst oppgitte årsaken var ønsket om nye eller andre utfordringer, som ble valgt av 35,8 prosent (n = 98) av deltakerne. Videre oppga 24,8 prosent (n = 68) lønn som årsak, mens 18,6 prosent (n = 51) oppga at de følte seg alene eller ensomme i arbeidsoppgavene. Høy arbeidsbelastning eller et for stort ansvar ble oppgitt som årsak av 17,2 prosent (n = 47) av deltakerne.

Blant øvrige årsaker var det også deltakere som oppga at de ikke fikk brukt kompetansen sin (9,1 prosent, n = 25), at kompetansen ikke strakk til (3,6 prosent, n = 10), eller at de opplevde stor totalbelastning med jobb kombinert med private årsaker (10,2 prosent, n = 28).

Resultatene viser at deltakerne oppga både personlige og strukturelle forhold som årsaker til at de ikke lenger jobbet i helsesykepleierstilling.

Tematisk analyse av fritekstsvar

Den tematiske analysen av fritekstsvarene om årsaker til ikke å jobbe i en forskriftsfestet helsesykepleierstilling (n = 118) og hva som kunne bidra til å velge helsesykepleierstilling i fremtiden (n = 166), resulterte i hovedtemaet «Motsetningen mellom profesjonsidentitet og rammebetingelser» (tabell 3). Temaet reflekterer deltakernes beskrivelser av spenningen mellom sin egen faglige rolleforståelse og de ytre forholdene som påvirket yrkesutøvelsen.

Profesjonsidentiteten utfordres når andre profesjoner eller instanser har definisjonsmakten over hva arbeidet skal innebære. Den kan forsterkes av at yrket oppfattes som lavstatus grunnet lønnsnivå og manglende anerkjennelse av fagkompetanse. Denne motsetningen

påvirkes også av begrensede ressurser og en organisering som skaper høyt arbeidspress og begrensede muligheter for faglig utvikling eller avansement.

Mange deltakere beskrev at ressursmangel og tungroddede byråkratiske systemer reduserte kvaliteten på tjenestene og førte til at de søkte andre yrkesmuligheter. I tillegg beskrev de helsesykepleieryrket som ensomt og emosjonelt krevende, med et savn etter støtte og veiledning i møte med komplekse og belastende saker. Til sammen skaper disse faktorene en dragkamp mellom helsesykepleiernes profesjonelle idealer og de strukturelle rammene som kan begrense deres muligheter til å utøve yrket slik de ønsker.

Tabell 3. Eksempel på tematisk analyse

Hovedtema: Motsetningen mellom profesjonsidentitet og rammebetingelser (n = 118 og n = 166) «Det er vanskelig å forsvare å stå i en jobb med større arbeidsbelastning der jeg tjener mye mindre enn i spesialisthelsetjenesten og samtidig ikke oppleve å være en del av et arbeidsmiljø i skolehelsetjenesten.»		
Tema	Undertema	Sitat
Profesjonsidentitet	Definisjonsmakt	«Jeg har stortrivedes i mange av årene som helsesykepleier, men det største problemet handler for min del om den lave statusen som andre aktører kan definere helsesykepleiere inn i – i det hele tatt andres definisjonsmakt over hva en helsesykepleier kan brukes til og ikke.»
	Anerkjennelse	
	Uklar rolle	«Faget i seg selv er altfor diffust, og det finnes altfor få føringer for hvordan man skal jobbe.»
	Rolleforståelse	

Diskusjon

Hovedfunnene viser at helsesykepleieres jobbskifte er påvirket av at de opplever en motsetning mellom profesjonsidentiteten og rammebetingelsene i arbeidshverdagen. Ønsket om nye utfordringer og bedre lønn samt følelsen av ensomhet eller høy arbeidsbelastning fremstår som sentrale årsaker til jobbskiftet. Diskusjonen knytter funnene våre til tidligere forskning og belyser implikasjoner for praksis samt påpeker studiens styrker, svakheter og forslag til videre forskning.

Profesjonsidentitet

Funnene viser at selv om mange av studiens deltakere (36,2 prosent, n = 100) oppgir å ha lang erfaring (16 år eller mer siden fullført helsesykepleierutdanning) og en sterk profesjonsidentitet, kan strukturelle og organisatoriske forhold utfordre valget deres om å bli værende i forskriftsfestede helsesykepleierstillinger.

I fritekstsvarene beskrev deltakerne et faglig engasjement og ønske om å utøve yrket i tråd med egne verdier. Samtidig oppga de at ytre faktorer som lav bemanning, uklare rolleforventninger og manglende anerkjennelse begrenser deres handlingsrom. Dette funnet samsvarer med studiene til Mæland og medarbeidere (17–19), som viser at tillit til egen profesjonalitet og følelsen av å være verdsatt har betydning for å bli værende i helsesykepleierstillinger i skolehelsetjenesten.

Helsesykepleiere har et helsefremmende og forebyggende mandat (4) med et sterkt personlig og faglig ansvar for å ivareta barn og unges helse og rettigheter (10–13). I denne studiens fritekstsvar beskrev deltakerne yrket som meningsfullt, men også krevende.

Flere fritekstsvar pekte på at deltakerne ikke kunne utøve yrket i tråd med egne verdier og faglig skjønn, og at denne faktoren var en årsak til at de valgte å forlate yrket. Det kan virke som om det oppsto et gap mellom rammebetingelsene og det å kunne utøve arbeidet i tråd med det deltakerne mente at yrket skal og bør innebære.

Tidligere forskning viser at når profesjonsutøvelsen ikke støttes av strukturelle forhold – som tilstrekkelig bemanning, tydelige retningslinjer og faglig fellesskap – kan ansvar bli en kilde til frafall (9, 10, 12). Dahls funn viser også at sparsomme ressurser får betydning for hvordan helsesykepleiere prioriterer individrettet arbeid foran gruppe- og befolkningsrettet arbeid (15).

Nye utfordringer

Ønsket om nye eller andre utfordringer var årsaker til jobbskifte for 35,8 prosent (n = 98) av deltakerne. I fritekstsvarene utdypet deltakerne at de hadde valgt stillinger som ga bedre muligheter for fagutvikling og karriereadvancement. Dette funnet kan samsvare med undersøkelser som viser at sykepleiere som slutter, ofte går over til stillinger innen fagutvikling, pasientsikkerhet og kvalitet (23).

Studiens funn kan tyde på at dagens rammer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke legger så godt til rette for utviklingsmuligheter. For å beholde helsesykepleiere kan det derfor være viktig å tilrettelegge bedre for dette. Noen oppga også den faglige kvaliteten i utførelsen av arbeidet som årsak til å slutte – at kompetansen ikke strakk til (3,6 prosent, n = 10), eller at de ikke fikk brukt kompetansen sin (9,1 prosent, n = 25).

Lønn og lav status

Lønn var hyppig oppgitt (24,8 prosent, n = 68) som årsak til at deltakerne forlot forskriftsfestede helsesykepleierstillinger. Funnet samsvarer med undersøkelser som viser at lønn er en viktig faktor for sykepleieres yrkesvalg (22). Lav lønn i forhold til arbeidsbelastning og ansvar kan bidra til at helsesykepleiere opplever yrket som mindre attraktivt. I fritekstsvarene ble i tillegg yrkets lave status trukket frem som en utfordring.

Funnene understreker behovet for å øke lønnsnivået og styrke anerkjennelsen av helsesykepleiernes kompetanse og betydning. Innføring av spesialistgodkjenning for helsesykepleiere (7) kan være et viktig tiltak for å tydeliggjøre rollen deres som spesialister

med avansert kunnskap og ferdigheter innen helsefremmende og forebyggende arbeid med barn, unge og familier. Spesialistgodkjenning kan også bidra til økt forståelse av helsesykepleieres arbeid blant befolkningen, samarbeidspartnere og beslutningstakere.

Ensomhet i arbeidsoppgavene

Å føle seg alene eller ensom med arbeidsoppgavene (18,6 prosent, n = 51) og høy arbeidsbelastning eller for mye ansvar (17,2 prosent, n = 47) var blant årsakene som hadde høyest andel besvarelser på flervalgsspørsmålet om årsaker til jobbskifte. Helsesykepleiere arbeider ofte alene, særlig i skolehelsetjenesten (13).

Tidligere forskning viser at de anser seg som selvstendige fagpersoner med ansvar for å ta egne beslutninger i komplekse og ofte uforutsigbare situasjoner (29).

Autonomi er en sentral del av helsesykepleieres profesjonsidentitet og er kilde til både stolthet og belastning (10, 28). Sykepleiere oppgir gode relasjoner og teamarbeid som viktige motivasjonsfaktorer for å bli værende i yrket (30), mens deltakere i studien vår besvarte at ensomhet i yrket (18,6 prosent, n = 51) og mangel på kollegial støtte (13,5 prosent, n = 37) er årsaker til jobbskifte. Denne forskjellen kan skyldes ulik organisering fordi helsesykepleiere i Norge ofte arbeider selvstendig og til dels alene (31), mens sykepleiere (30) oftere arbeider i team.

Implikasjoner for praksis

Selv om 28,4 prosent (n = 78) av deltakerne i studien ikke ønsket seg tilbake til en helsesykepleierstilling, vurderte 34,5 prosent (n = 95) det som aktuelt, og 37,1 prosent (n = 102) var usikre. Det indikerer en mulighet for å rekruttere tilbake til yrket.

Funnene antyder at for å rekruttere og beholde helsesykepleiere i forskriftsfestede helsesykepleierstillinger kan det være hensiktsmessig med tiltak som adresserer både profesjonsidentitet og rammebetingelser. En tydeligere rolleforståelse, der helsesykepleieres oppgaver og ansvar defineres av myndigheter og utdanningene, kan få betydning. Helsesykepleierutdanningene kan legge mer vekt på trygghet i og forståelse for helsesykepleierrollen for å forberede nye helsesykepleiere på utfordringene i arbeidshverdagen.

Økt bemanning og tilstrekkelige ressurser til å sikre helsefremmende og forebyggende arbeid kan også bidra positivt. I tillegg kan det være viktig å legge til rette for utviklingsmuligheter innen helsesykepleieryrket. Tiltak som fremmer kollegial støtte og reduserer ensomhetsfølelsen i yrkesutøvelsen kan ha betydning. Konkurransedyktig lønn som gjenspeiler arbeidsbelastningen og ansvaret kan gjøre yrket mer attraktivt.

Studiens styrker og begrensninger

Svarprosent kunne ikke beregnes fordi vi manglet tall på totalpopulasjonen, da det ikke finnes egen autorisasjon eller et nasjonalt register for helsesykepleiere. Rekrutteringen var basert på

medlemmer av Helsenæringspleierne NSF og følgere av Helsenæringspleierne NSF på Facebook. Tilnærmingen vår representerer en begrensning ved studien ettersom den ekskluderte helsenæringspleiere som ikke var medlem av Helsenæringspleierne NSF eller fulgte faggruppen på Facebook.

Det er uklart hvor mange av de helsenæringspleierne som slutter i forskriftsfestede helsenæringspleierstillinger, som opprettholder medlemskap i Helsenæringspleierne NSF. Facebook-innlegget ble delt videre både av faggruppens medlemmer og i våre nettverk. Det kan ha bidratt til at vi nådde flere i målgruppen. Studien har et ikke-sannsynlighetsutvalg basert på selvutvelgelse. Vi vet dermed lite om de som ikke deltok. Det gjør det utfordrende å generalisere til studiepopulasjonen.

Vi benyttet et egenutviklet spørreskjema som ikke er validert. Det å bruke et selvutviklet spørreskjema som kun er pilottestet, kan ha begrenset validitet og reliabilitet, noe som kan påvirke datakvaliteten og generaliserbarheten av funnene.

Vi gjennomførte en pilotstudie som et første steg i valideringsprosessen. Denne fremgangsmåten er en styrke ved studien, da den ga grunnlag for å videreutvikle og forbedre spørreskjemaet. Videre forskning som fokuserer på å validere og forbedre spørreskjemaet gjennom mer omfattende testing og teoretisk forankring vil kunne styrke spørreskjemaet og sikre mer pålitelige resultater.

Spørsmålene i spørreskjemaet var valgfrie. Noen spørsmål ble derfor ikke besvart av alle deltakerne, som reduserte utvalgsstørrelsen på enkelte variabler. For transparens har vi oppgitt «n =» for hver variabel. Dersom de som ikke svarte, skiller seg ut systematisk, kan det ha ført til seleksjonsskjevhet. Ettersom spørreundersøkelsen var anonym, kan duplikater ha forekommet, men de bør ikke ha påvirket resultatene i nevneverdig grad.

Konklusjon

Hensikten med studien var å kartlegge hvor lenge helsenæringspleiere var i forskriftsfestede stillinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten før de sluttet, hvor de jobbet etter å ha sluttet i disse stillingene, og hvorfor de skiftet jobb.

Hovedfunnene viser at størsteparten av studiens deltakere hadde arbeidet i forskriftsfestet helsenæringspleierstilling mellom åtte og tolv år før jobbskiftet. Helsenæringspleierens jobbskifte var påvirket av at de opplevde en motsetning mellom profesjonsidentiteten og rammebetingelsene i arbeidshverdagen. Ønsket om nye utfordringer og mer lønn samt en følelse av ensomhet eller høy arbeidsbelastning fremstår som sentrale årsaker til jobbskiftet.

Som et ledd i å sikre tilstrekkelig bemanning og kvalitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan det være nødvendig med tiltak som styrker profesjonsidentiteten, forbedrer rammebetingelsene og øker anerkjennelsen av helsenæringspleierens kompetanse.

Longitudinelle studier kan benyttes for å undersøke helsenæringspleieres yrkesvalg over tid. I tillegg kan det være verdifullt med studier som utforsker sammenhenger mellom faktorene

som er belyst i denne tverrsnittsstudien.

Takksigelser

Takk til Ann Karin Swang, Jorunn Grøndalen og sentralstyret i Helsenærhetene NSF for idé, bidrag til svarkategorier i spørreskjemaets spørsmål om årsaker samt hjelp til rekruttering. Takk til de som bidro i pilotstudien og deltakerne i den endelige spørreundersøkelsen.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



SKIFTET JOBB: Helsenærhetene i studien opplevde en motsetning mellom sin egen faglige rolleforståelse og de ytre rammene for jobben. Personene på bildet har ingen sammenheng med deltakerne i studien. F.v. helsenærhet Linda Habbestad Skorge og elevene Kristin Fredheim og Adelheid Weka. Arkivfoto: Erik M. Sundt

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). The 1st international conference on health promotion, Ottawa, 1986: The Ottawa charter for health promotion [internett]. Genève: WHO; 1986 [hentet 19. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

2. Verdens helseorganisasjon (WHO). Health promotion glossary of terms 2021 [internett]. Genève: WHO; 2021 [hentet 22. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>

3. Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. FOR-2021-04-09-1146 [hentet 2. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-04-09-1146>
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 20. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
5. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten). FOR-2018-10-19-1584 [hentet 25. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
6. Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste). FOR-1983-11-23-1779 [hentet 25. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779>
7. Helsedirektoratet. Modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2023 [hentet 25. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/modeller-for-spesialistgodkjenning-av-sykepleiergrupper>
8. Helsedirektoratet. Tilgang på og behov for helsesykepleiere [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [hentet 1. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-helsesykepleiere>
9. Lassemo E, Melby L. Rapport – Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten – Status, utvikling og behov [internett]. Trondheim: Sintef; 2020 [hentet 5. februar 2024]. Rapport 2020:01346. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf
10. Tollefsen AS, Olsen AB, Clancy A. Nurses' experiences of ethical responsibility: a hermeneutic phenomenological design. Nord J Nurs Res. 2021;41(1):34–41. DOI: [10.1177/2057158520967900](https://doi.org/10.1177/2057158520967900)
11. Clancy A, Svensson T. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. Nurs Philos. 2007;8(3):158–66. DOI: [10.1111/j.1466-769X.2007.00311.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00311.x)
12. Hilli Y, Pedersen G. School nurses' engagement and care ethics in promoting adolescent health. Nurs Ethics. 2021;28(6):967–79. DOI: [10.1177/0969733020985145](https://doi.org/10.1177/0969733020985145)
13. Clancy A, Hovden JT, Andersen RA, Laholt H. Public health nurses' experiences of ethical responsibility: a meta-ethnography. Nurs Ethics. 2023;31(5):875–95. DOI: [10.1177/09697330231209294](https://doi.org/10.1177/09697330231209294)

14. Oberle K, Tenove S. Ethical issues in public health nursing. *Nurs Ethics*. 2000;7(5):425–38. DOI: [10.1177/0969733000000700507](https://doi.org/10.1177/0969733000000700507)
15. Dahl BM. Challenges and demands in the population-based work of public health nurses. *Scand J Public Health*. 2018;46(20_suppl):53–8. DOI: [10.1177/1403494817743897](https://doi.org/10.1177/1403494817743897)
16. Laholt H, Clancy A. Sykepleiefaglig grunnlag i norske helsesykepleierutdanninger – en dybdeanalyse av pensuminnhold og abstraksjonsnivå. *Klin Sygepleje*. 2024;38(1):3–16. DOI: [10.18261/ks.38.1.2](https://doi.org/10.18261/ks.38.1.2)
17. Mæland LH, Frøysland, Oftedal B, Kristoffersen M. Self-realisation – What does this mean for school nurses to remain in nursing practice? *J Clin Nurs*. 2021;30(5-6):655–63. DOI: [10.1111/jocn.15585](https://doi.org/10.1111/jocn.15585)
18. Mæland LH, Oftedal BF, Kristoffersen M. What school nurses receive for themselves that influences their remaining in practice: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2023;22(1):77. DOI: [10.1186/s12912-023-01229-5](https://doi.org/10.1186/s12912-023-01229-5).
19. Mæland LH, Oftedal BF, Kristoffersen M. What school nurses strive to achieve for themselves in order to remain in practice: a qualitative study. *Nurs Open*. 2023;10(2):665–72. DOI: [10.1002/nop2.1333](https://doi.org/10.1002/nop2.1333)
20. Curtis EA, Glacken M. Job satisfaction among public health nurses: a national survey. *J Nurs Manag*. 2014;22(5):653–63. DOI: [10.1111/jonm.12026](https://doi.org/10.1111/jonm.12026)
21. Foley M, Lee J, Wilson L, Cureton VY, Canham D. A multi-factor analysis of job satisfaction among school nurses. *J Sch Nurs*. 2004;20(2):94–100. DOI: [10.1177/10598405040200020701](https://doi.org/10.1177/10598405040200020701)
22. Hafstad A, Johansen LB. – 72 prosent av sykepleierne i kommunen har vurdert å slutte [internett]. Oslo: Sykepleien; 15. august 2021 [hentet 22. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/08/72-prosent-av-sykepleierne-i-kommunene-har-vurdert-slutte>
23. Hjemås G, Syse A. Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse. *Sykepl Forsk*. 2023;18(93304):e-93304. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.93304](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.93304)
24. Skjøstad O, Hjemås G, Beyrer S. 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten [internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 25. august 2017 [hentet 22. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
25. Universitetet i Oslo. Nettskjema [internett]. Oslo: Universitetet i Oslo; u.å. [hentet 26. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://nettskjema.no>
26. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. Los Angeles, CA: Sage; 2022.

27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
28. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11. utg. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
29. Dahl BM, Clancy A. Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. Scand J Caring Sci. 2015;29(4):679–87. DOI: [10.1111/scs.12196](https://doi.org/10.1111/scs.12196)
30. Hörberg A, Gadolin C, Nilsson MS, Gustavsson P, Rudman A. Experienced nurses' motivation, intention to leave, and reasons for turnover: a qualitative survey study. J Nurs Manag. 2023;2023(1):2780839. DOI: [10.1155/2023/2780839](https://doi.org/10.1155/2023/2780839)
31. Hustad G, De Bortoli MM, Hansen EH. Working in the Norwegian school health services: a quantitative cross-sectional study of school nurses' work situation. J Sch Nurs. 2025;0(0). DOI: [10.1177/10598405251327913](https://doi.org/10.1177/10598405251327913)