

Håndhygiene hos ansatte i barnehagen - en deskriptiv studie

Mari Sagli Holte

Master of Public Health

MPH 2014:28



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Håndhygiene hos ansatte i barnehagen- en deskriptiv studie

© Nordic School of Public Health NHV

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-86739-93-5



norden

Nordic School of Public Health
NHV

MPH 2014:28
Dnr U12/09:406

Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Håndhygiene hos ansatte i barnehagen- en deskriptiv studie				
Författare Mari Sagli Holte				
Författarens befattning och adress Hygienesykepleier, Seksjon for smittevern. St.Olavs Hospital, 7006 Trondheim				
Datum då examensarbetet godkändes 15.10.2014			Handledare NHV Ingemar Qvarfordt, Lektor NHV.	
Antal sidor 46	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-93-5

Bakgrunn: Barn som går i barnehage er mer utsatt for infeksjoner enn andre barn, og den vanligste årsaken til at barn er hjemme fra barnehagen er smittsomme sykdommer. Infeksjonssykdommer er nesten dobbelt så vanlig hos yngre barnehagebarn sammenliknet med barn som ikke går i barnehage. Infeksjonssykdommer hos barnehagebarn kan gi samfunnsmessige konsekvenser, og ett høyt forbruk av antibiotika kan bidra til resistensutvikling. Håndhygiene er et vell dokumentert og effektivt tiltak når det gjelder å hindre smittespredning, og nasjonale og lokale retningslinjer for håndhygiene i barnehagen er utarbeidet.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å kartlegge forutsetningene for, og å måle etterlevelse av rutiner for håndhygiene hos ansatte som jobber i barnehagen.

Metode: Studien er en deskriptiv studie, der resultatet ble analysert med kvantitativ metodikk. Data til studien ble insamlet ved kartlegging, observasjon og spørreskjema.

Resultat: De fysiske forutsetningene for å utføre håndhygiene etter gjeldende retningslinjer var tilstede. De ansatte i barnehagen hadde ulik kjennskap til gjeldende håndhygienerutiner, og det var store variasjoner i svarene som ble rapportert i spørreskjema. Etterlevelsen av håndhygiene hos ansatte etter gjeldende retningslinjer var på 49%.

Konklusjon: Den totale etterlevelsen av håndhygiene hos ansatte i barnehagen er ikke tilfredsstillende og kan ha betydning for hyppigheten av infeksjoner hos barna. De ansatte har forutsentninger for å utføre håndhygiene etter gjeldende retningslinjer, men det krever at de får opplæring i og kjenner retningslinjene for håndhygiene.

Nøkkelord

Håndhygiene, barnehage, førskole, infeksjonskontroll, etterlevelse



norden

Nordic School of Public Health
NHV

MPH 2014:28
Dnr U12/09:406

Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Hand hygiene among kindergarten caregivers - a descriptive study				
Author Mari Sagli Holte				
Author's position and address Infection Control Nurse, Department for Infection Control St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim				
Date of approval 15.10.2014			Supervisor NHV Ingemar Qvarfordt, Lektor NHV	
No. of pages 46	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian/ English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-93-5

Background: Children in kindergarten are more prone to infections than other children, and the most common reason for children to be home from kindergarten is due to contagious diseases. Infectious diseases are almost twice as common with younger children who attend kindergarten compared to children who are not in kindergarten. Infectious diseases among kindergarten children can cause social consequences, and a high consumption of antibiotics can cause resistance development. Hand hygiene is a well-documented and efficient method for preventing the spread of infections, and both national and local policies for hand hygiene in kindergarten are developed.

Aim: The aim with this study was to map the prerequisites for, and to measure the compliance of routines for hand hygiene among kindergarten caregivers.

Method: This study is a descriptive study, where the results have been analyzed with a quantitative method. Data from the study was collected through mapping, observation and questionnaires.

Results: The physical prerequisites for hand hygiene complied with current policies. However, kindergarten caregivers reported varied levels of knowledge about such policies. Importantly, only 49% of caregivers followed hand hygiene guidelines.

Conclusion: The total compliance of hand hygiene among kindergarten caregivers is unsatisfactory, and can have a importance for the frequency of infectious diseases in kindergarten. The caregivers have prerequisites to conduct hand hygiene according to current guidelines, but it requires that they have knowledge of the policies and follow them in their work to prevent the spread of infections in kindergartens.

Key words

Hand hygiene, kindergarten, preschool, infection control, compliance

Innhold

1	INTRODUKSJON.....	5
1.1	Infeksjonssykdommer hos barnehagebarn.....	5
1.2	Spredning av infeksjonssykdommer.....	7
2	HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	10
2.1	Forskningsspørsmål.....	10
3	METODE.....	11
3.1	Studiedesign.....	11
3.2	Utvalg.....	11
3.3	Datainnsamling.....	12
3.4	Måleinstrument.....	13
3.5	Dataanalyse.....	15
3.6	Etiske overveielser.....	15
4	RESULTAT.....	16
4.1	Studiedeltakere.....	16
4.2	Krav til kompetanse.....	16
4.3	Fysiske forutsetninger.....	16
4.4	Personalets kunnskap om håndhygiene.....	17
4.5	Personalets etterlevelse av håndhygiene.....	22
5	DISKUSJON.....	23
5.1	Resultatdiskusjon.....	23
5.2	Metodediskusjon.....	29
5.3	Konklusjon.....	33
5.4	Implikasjon.....	33
6	TAKK.....	34
7	KILDER.....	35

Vedlegg

Kartleggingsskjema	vedlegg 1	38
Observasjonsskjema	vedlegg 2	39
Spørreskjema	vedlegg 3	40
Vurdering Regional Etisk Komite	vedlegg 4	44
Skriftlig samtykke til deltakelse i studien	vedlegg 5	46

1 INTRODUKSJON

Globalt er infeksjonssykdommer den viktigste årsak til sykdom og for tidlig død, og infeksjonsforebygging har derfor stort fokus innen folkehelsearbeidet både nasjonalt og internasjonalt. I Norden er infeksjoner et forholdsvis lite folkehelseproblem sammenlignet med resten av verden. Vi har klart å lykkes godt i det forebyggende smittevernarbeidet, med vaksiner, smittevern tiltak og en streng antibiotika politikk. Tross dette er kanskje trusselen mot infeksjoner like stor som den alltid har vært (Larsen 2006). Vi har en økende reisevirksomhet, og vi forflytter oss raskt. Infeksjonssykdommer kjenner ikke sine landegrenser på samme måte som tidligere. For å kunne ha kontroll på denne utfordringen må vi fortsette å holde fokuset på smittevern oppe i arbeidet med folkehelsen.

Historisk har sykdomsforekomsten hos barn endret seg i løpet av det siste århundret. På begynnelsen av 1900 tallet var barnedødeligheten høy i de nordiske landene, og infeksjonssykdommer var den vanligste dødsårsaken hos barn. Men med bedre kunnskap om hygiene, bedre levekår og ernæring har dette endret seg (Larsen 2006). Vi har i Norden en organisert tilgang på helsetjenester, og forebyggende tiltak som vaksinasjoner. Tross dette, er infeksjoner hos barnehagebarn fortsatt ett folkehelseproblem (Folkehelseinstituttet 2009 kap.11, Sosialstyrelsen 2008, Wathne og Bøhler 2001).

Hygiene i barnehagen er ett av områdene innen folkehelsearbeidet, der håndhygiene er ett viktig forebyggende tiltak for å hindre smittespredning (Folkehelseinstituttet 2009 kap.11). Sosialstyrelsen (2008) i Sverige, Sundhedsstyrelsen (2011) i Danmark og Folkehelseinstituttet (2009 kap.11) i Norge har utarbeidet retningslinjer for smittevernet i barnehagen. Disse retningslinjene gir faglige råd om aktuelle infeksjonsforebyggende tiltak som er relevante, samt at de beskriver aktuelle tiltak. Det gis jevnt over like råd i alle de tre landene, og ingen av landene skiller seg ut i forhold til rådene som gis. I tillegg til nasjonale retningslinjer i de nordiske landene har flere av landene utarbeidet lokale retningslinjer, større rapporter av undersøkelser og prosjekt som er rettet mot smittevern i barnehager (Trondheim Kommune 2013, Bengtson og Lindqvist 2009).

1.1 Infeksjonssykdommer hos barnehagebarn

Infeksjoner hos barn er normalt, og eksponeringen av infeksjonsfremkallende mikrober forekommer så snart barnet er født. I første omgang er det eksponering av mikrober fra nærmeste omgangskrets som familie, men når barnet blir større og omgås andre vil også denne eksponeringen spille inn på forekomsten av infeksjonssykdommer. Des yngre barnet er dess høyere er forekomsten av infeksjoner. Dette kan ha sammenheng med at immunforsvaret ikke er fullt utviklet (Sosialstyrelsen 2008).

Barn som går i barnehage er mer utsatt for infeksjoner enn andre barn (Folkehelseinstituttet 2009:18). Den vanligste årsaken til at barn er hjemme fra barnehagen er smittsomme sykdommer som forkjølelssymptomer, hoste, halsvondt og

ørebetennelser (Skadeberg og Berstad 2001). Slike infeksjoner er nesten dobbelt så vanlig hos yngre barnehagebarn sammenliknet med barn som ikke går i barnehage. Infeksjoner i mage/tarm er opp til tre ganger så vanlig hos barnehagebarn. I tillegg til disse infeksjonene forekommer stadig utbrudd i mindre størrelse som bl.a. utslettsykdommer, brennkopper og hodelus (Folkehelseinstituttet 2009 kap.11, (Socialstyrelsen 2008).

70-80 % av alle sykdomstilfeller hos barn generelt er infeksjonssykdommer. Forekomsten av infeksjonssykdommer hos barnehagebarn er fra seks til åtte infeksjoner per år (Socialstyrelsen 2008). En studie om infeksjoner og bruk av antibiotika hos barn i barnehager i Oslo og Akershus (Nordlie og Andersen 2002), viser at i løpet av de siste 12 måneder hadde 97 % av barna gjennomgått infeksjoner med ett snitt på sju hver. Man har ikke tall på om infeksjonssykdommer hos barnehagebarn har økt de senere årene. Men sammenliknet med forekomsten for 20 år siden, tyder mindre studier på at den årlige økningen av antall infeksjonssykdommer hos barn som går i barnehage ikke er dramatisk (Socialstyrelsen 2008).

1.1.1 Samfunnsmessige konsekvenser av infeksjonssykdommer hos barnehagebarn

Barn med infeksjonssykdommer har ofte ett økt behov for omsorg og pleie i en periode (Skadeberg og Berstad 2001). I dagens samfunn er en stor del småbarnsforeldre i lønnet arbeid utenfor hjemmet, og for mange er full barnehagedekning viktig for at begge foreldrene skal kunne arbeide. Barnehagebarns sykdom påvirker foreldrenes fravær fra arbeid, og vil gi samfunnsøkonomiske konsekvenser (Lindbæk 2007).

Prosjektet «Hygiensjuksjöterska i förskolan» i Göteborg har blant annet gjort en undersøkelse om kring samfunnsøkonomiske konsekvenser av sykdom i barnehagen (Bengtsson og Lindqvist 2009). De peker på viktige moment som at konsekvensene av at barn som går i barnehage blir syke, ikke bare påvirker barnet selv og deres foreldre. Det gir også økonomiske konsekvenser for samfunnet for øvrig som for eksempel at foreldrene må være hjemme fra sitt arbeid på grunn av at barnet er sykt. Om foreldrene blir smittet av sine barn kan de igjen smitte infeksjonssykdommer videre til kolleger og andre i nærmiljøet, som kan føre til ytterligere fravær og produksjonsbortfall på arbeidsplasser og i samfunnet.

En ytterligere konsekvens av infeksjonssykdommer hos barnehagebarn er ett høyt forbruk av antibiotika som kan bidra til resistensutvikling og spredning av antibiotika resistente mikrober. Studier viser at infeksjoner hos barn behandles i høy grad med antibiotika, noe som kan føre til resistensproblematikk (Nordlie og Andersen 2002). Barn får som kjent flere infeksjoner i løpet av sine første leveår, i hovedsak virusinfeksjoner. Noen av infeksjonene er bakterielle og kan behandles med antibiotika. Det som kan være problematisk er at antibiotika anvendes på feil grunnlag. Den vanligste årsaken til dette er at legen oppfatter en virusinfeksjon som en bakteriell infeksjon (Socialstyrelsen 2008).

Antibiotika er en viktig og effektiv medisin i behandlingen av bakterielle infeksjoner, feil bruk kan derimot føre til utvikling av resistens. Antibiotika resistens er et alvorlig og økende problem, og de antibiotikaresistente bakteriene selekteres lettere i miljø der det er høyt forbruk av antibiotika (Socialstyrelsen 2008). I Norden har vi forholdsvis lav forekomst sammenlignet med verden for øvrig, men antibiotika bruken ser ut til å øke i en høyere takt enn omfanget av infeksjonssykdommene skulle tilsi (Lindbæk 2007). For å forebygge utviklingen av antibiotika resistens må det fokuseres på redusert og riktig bruk av antibiotika. Samtidig må det opprettholdes ett godt smittevern for å hindre spredning av resistente bakterier (Folkehelseinstituttet 2012, Hartug og Akselsen 2008).

1.2 Spredning av infeksjonssykdommer

Spredning av infeksjonssykdommer forekommer på ulike måter (Folkehelseinstituttet 2004: smittevern 9). Ulike mikrober har ulike smitteveier og det finnes enkle metoder for å bryte disse smitteveiene. Smitteveiene kan være kontaktsmitte, dråpesmitte, luftbåren smitte, smitte gjennom mat/drikke og blodbåren smitte. Kontaktsmitte kan blant annet forekomme ved direkte kontakt mellom to personer som f.eks. håndhilser på hverandre, eller har indirekte kontakt ved for eksempel at en person nyser i hånden å tar på en leke, så kommer neste person å tar på en leke for så å putte hendene i munnen. Dråpesmitte smitter f.eks. når en person hoster eller nyser, og det dannes dråper som spres i området rundt personen. Noen i nærheten kan være mottakelige for dette, puster inn dråpene og blir smittet (Socialstyrelsen 2008).

Smittekjeden beskriver hvordan smitteoverføring forekommer ved at ett smittestoff, f.eks. en luftveisinfeksjon overføres fra personen (smittekilden), personen hoster (utgangsport), smittestoffet kommer inn gjennom luftveiene (inngangsport) via smitteveien(dråpesmitte), hos en person som er mottakelig(smittemottaker). Målet for smittevernet er å hindre smitteoverføring ved å gjennomføre smitteforebyggende tiltak for å bryte smittekjeden (Folkehelseinstituttet 2009: smittevern 18-kap.9).

De minste barna er ikke bare ekstra mottakelig for infeksjoner, de kan også være smittespredere i større grad enn eldre barn (Socialstyrelsen 2008). Smittespredning i barnehagen skjer hovedsakelig gjennom direkte eller indirekte kontaktsmitte, og gjennom dråpesmitte. På grunn av barns lek og generelle atferd kan det være vanskelig å unngå smittespredning helt. Spredning av smittsomme sykdommer forebygges ved å ha gode generelle hygienrutiner (Folkehelseinstituttet 2009 kap.18, Trondheim Kommune 2013, Folkehelseinstituttet 2004: smittevern 11).

1.2.1 Håndhygiene som infeksjonsforebyggende tiltak

Håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket for å hindre spredning av sykdomsfremkallende mikrober, og å bryte smittekjeden. Med god håndhygiene kan man hindre eller redusere smittespredningen, og dermed også sykdom hos barn i barnehagen (Folkehelseinstituttet 2004: smittevern 11).

Studier som er gjort på helsepersonell viser blant annet at forurensede hender og dårlig håndhygiene anses som å bidra vesentlig til spredning av infeksjoner i sykehus (Fagernes og Lingaas 2009). Klokker og ringer på hendene antas å ha en innvirkning på bakteriemengden på hendene. En økt forekomst av sykdomsfremkallende mikrober som for eksempel staphylococcus aureus og gram negative bakterier, er målt hos helsepersonell som bærer klokker og ringer i sitt arbeid (Fagernes og Lingaas 2009).

Historisk har håndvask gjennom generasjoner blitt ansett som en naturlig del av den personlige hygien (Folkehelseinstituttet 2004: smittevern 11). Hendene ble vasket for velvære og for å bli fysisk ren, men også på grunn av symbolske og religiøse årsaker. Før 1800-tallet visste man ikke at årsaken til infeksjoner var mikrober, og at disse infeksjonene kunne forebygges med håndvask. På 1840 tallet påviste den ungarske legen Semmelweis sammenhengen mellom høy dødelighet av barselfeber og manglende håndhygiene, og rundt 20 år etter Semmelwis utviklet Joseph Lister aseptisk teknikk som inkluderte hånddesinfeksjon ved kirurgiske inngrep. Metoden ble svært effektiv, og rapporterte i en reduksjon i dødelighet ved amputasjoner fra 46 % til 15 %. I 1975 publiserte Centers of Disease Control and Prevention (CDC) skriftlige retningslinjer for håndhygiene for første gang, der håndvask ble anbefalt. 15 år senere i 1990 ga Statens institutt for folkehelse ut «retningslinjer for håndhygiene», der håndvask også ble anbefalt som metode for håndhygiene (Folkehelseinstituttet 2004: smittevern11).

Først i 1995 ble hånddesinfeksjon diskutert mer inngående. Mange land hadde da allerede begynt å bruke hånddesinfeksjon som førstevalg, og på grunn av nyere vitenskapelige data. I 2002 CDC ut nye retningslinjer for håndhygiene der hånddesinfeksjon var førstevalget som metode for håndhygiene i helsetjenesten (Folkehelseinstituttet 2004: smittevern11).

I Helsinki er det gjennomført en studie som har sett på effekten av infeksjonsforebyggende tiltak i barnehager i forhold til fravær (Pönka, Poussa og Laosmaa 2004). Studien viser en reduksjon på 26 % av fraværet hos barn under 3 år, men ikke blant de større barna. De infeksjonsforebyggende tiltakene fokuserte på håndhygiene både hos ansatte og barna, samt rutiner for rengjøring av omgivelser og leker. Retningslinjene for når håndhygiene skulle utføres var både hos barn og voksne som følger: når de kom i barnehagen, etter å ha vært ute, etter nysing/pussing av nese, etter toalettbesøk/bleieskift og før måltid. Engangshåndkle ble anbefalt.

Folkehelseinstituttet (2009: smittevern 18-kap.11) anbefaler at barn og ansatte i barnehagen gjennomfører håndhygiene før de spiser, lager mat, etter toalettbesøk/bleieskift/stell, pussing av nese eller kontakt med andre kroppsvæsker. Håndhygiene kan utføres med såpe og vann eller hånddesinfeksjonsmiddel.

Hånddesinfeksjon anbefales som førstevalg, men ved synlig forurensede hender skal håndvask med såpe og vann gjennomføres (Folkehelseinstituttet 2004: smittevern 11). Effekten av håndvask og hånddesinfeksjon er avhengig av at det brukes tilstrekkelig mengde desinfeksjonsmiddel eller såpe. At desinfeksjonsmidlet eller såpen gnis inn på alle flater på hendene, og at man har riktig teknikk. Det skal brukes tilstrekkelig tid, og hendene må ikke forurenses på nytt i løpet av gjennomføringen. Bruk av engangs hansker erstatter ikke indikasjon for håndhygiene.

1.2.2 Gjeldende retningslinjer og lovverk i Norge

Kommunens plikter i forhold til smittevern i skoler og barnehager beskrives i Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven 2001). I «Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.» (FOR 1995) står det skrevet at virksomheten skal drives og planlegges slik at risikoen for at smittsomme sykdommer skal spes blir så liten som mulig. Statens helsetilsyn ga i 1998 ut «Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler» (Helsedirektoratet 2000). Denne veilederen gir kommunen og barnehagen konkrete råd, og beskriver at smittevern er tilknyttet internkontrollordningen. I Trondheim Kommune hvor dette MPH-arbeidet ble utført finnes det interne rutiner for håndhygiene knyttet til barnehager og skoler basert på de råd som er gitt fra folkehelseinstituttet (Trondheim Kommune 2013).

Retningslinjene for Trondheim kommune (2013) er skrevet som et fakta ark, og beskriver hvordan smittespredning i barnehager forekommer, og at barns lek og generelle atferd kan være en utfordring i forhold til smittespredningen. Fakta arket beskriver rutiner for håndhygiene slik:

- *Håndhygiene skal utføres etter bleieskift og toalettbesøk (voksne bør bruke hånddesinfeksjonssprit), før man skal spise tilberede mat, eller ta ut av oppvaskmaskinen, etter nysing og pussing av naser, etter at man kommer inn utenifra, etter bruk av engangshansker, etter kontakt med dyr.*
- *Er hendene synlig skitne, gjennomføres håndhygiene ved å vaske hendene med flytende såpe og rennende lunket vann. Tørk hendene med engangs papirhåndklær eller eget håndkle som ikke deles med andre og oppbevares adskilt.*
- *Er hendene ikke synlig skitne, kan håndhygiene gjennomføres ved å bruke ett alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel i stedet for håndvask. Alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel kan også brukes i tillegg til håndvask, etter at hendene er vasket og tørket.*

I forhold til effekten av håndhygiene legges det vekt på mengde, teknikk og tid. Ved håndvask (innsåping) anbefales det 30 sek, mens for hånddesinfeksjon 15 sek. Fakta arket er ikke rettet mot spesielt ansatte eller barn, men er en generell anbefaling.

I Norge har smittevernlegen i de enkelte kommunene en overordnet rolle som rådgiver for barnehager og kommunens øvrige leger. Smittevernlegen skal bistå som rådgiver i forhold til for eksempel utbrudd av infeksjoner i barnehager. Hvis smittevernlegen trenger å rådføre seg, kan folkehelseinstituttet eller de lokale barne- eller infeksjonsmedisinske avdelingen kan kontaktes (Folkehelseinstituttet 2009: 18-kap.11)

2 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Vi har kunnskap om at infeksjonssykdommer hos barnehagebarn er høyere forekommende enn hos barn som ikke går i barnehagen. Vi vet at infeksjonssykdommer hos barnehagebarn kan bidra til å gi samfunnsmessige konsekvenser, og ett høyt forbruk av antibiotika kan bidra til resistensutvikling. Håndhygiene er ett vell dokumentert og effektivt forebyggende tiltak når det gjelder å redusere eller hindre spredning av infeksjonssykdommer. Nasjonale og lokale retningslinjer underbygger viktigheten av håndhygiene ved at konkrete retningslinjer og anbefalinger for håndhygiene i barnehagen er utarbeidet. Det vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om i dag er hvordan disse retningslinjene og anbefalingene følges.

Hensikten med dette MPH- arbeidet er å kartlegge forutsetningene for, og å måle etterlevelse av rutiner for håndhygiene hos ansatte som jobber i barnehagen. Resultatet vil kunne bidra til ett grunnlag for hvilke forbedringstiltak som kan gjennomføres med mål om å minske smittespredningen i barnehager.

Antagelsen som ligger til grunn for undersøkelsen er at det finnes muligheter for forbedring når det gjelder etterlevelse av håndhygiene blant ansatte i barnehager, og kanskje også når det gjelder forutsetningene.

2.1 Forskningsspørsmål

1. Hvilke fysiske forutsetninger for å kunne etterleve håndhygiene er tilstede i barnehagen?
2. Kjenner personalet som jobber i barnehagen til rutinene for håndhygiene?
3. I hvor stor grad etterlever personal som jobber i barnehagen håndhygiene?

3 METODE

3.1 Studiedesign

Denne studien er en deskriptiv studie der resultatet ble analysert med kvantitativ metodikk. Data ble innsamlet ved kartlegging, strukturert observasjon og spørreskjema.

Det tas utgangspunkt i gjeldende skriftlige rutiner for håndhygiene i barnehagen. Ansatte gjelder alle ansatte som er på jobb under studiens gjennomføring. Det vil si; studenter, vikarer og faste ansatte. Alle avdelinger ved en utvalgt barnehage i Trondheim Kommune er inkludert, både avdelingene for store barn og avdelingene for små barn. Måling av barnas etterlevelse av håndhygiene ekskluderes, da denne i stor grad vil kunne påvirkes av ansattes oppfordring til når barna skal utføre håndhygiene.

3.2 Utvalg

Utvalget i denne studien baserte seg på alle ansatte i en barnehage i Trondheim Kommune midt i Norge. Trondheim Kommune (2014) har pr. 2014, 180 000 innbyggere.

Denne studien ble gjennomført i en kommunal barnehage med 114 barn. Barnehagen var delt i to bygninger med flere stor- og småbarns avdelinger ved begge bygningene. Bygningene hang ikke fysisk sammen, men var bygningsmessig plassert nært hverandre. Barnehagen hadde areal både ute og inne. Barna var delt inn i fem avdelinger for små barn (1-3år), og fire avdelinger for store barn (4-6år), totalt 43 små barn og 71 store barn. Det var 23 faste ansatte som jobbet i avdelingene totalt, i tillegg til ledere. Pr avdeling var det i snitt 2,5 ansatte. Barnehagen hadde både faste ansatte, vikarer og studenter i arbeid under studien, og alle ble inkludert.

Rutinene for håndhygiene i barnehagen gjelder for alle ansatte uavhengig yrkesutdannelse (Trondheim Kommune 2013). Flere av de ansatte hadde lang erfaring med arbeid i barnehage, mens noen var forholdsvis nye i jobben. Andel kvinner og menn ble ikke undersøkt på forhånd da kjønn ikke er valgt å se på som en variabel i denne studien.

Forespørselen om deltagelse i studien ble kun sendt til denne barnehagen, da den ble sett på som en representativ barnehage for dette Mph arbeidet. Utvalget kategoriserte ikke ansatte, og det kan ikke spores tilbake til hvem som ble observert foruten at det kan knyttes opp mot avdeling. Det var ulikt hvilke ansatte som var på jobb de ulike dagene studien foregikk, og i noen avdelinger ble kun en ansatt observert, andre avdelinger flere ansatte og noen avdelinger en ansatt flere ganger. Utvalget ble således tilfeldig ut i

fra hvem som var på jobb det aktuelle tidspunktet observasjonen foregikk. Spørreskjema ble derimot delt ut til alle ansatte, vikarer og studenter som var på jobb i perioden.

3.3 Datainnsamling

Innsamling av all data til studien foregikk i barnehagen i perioden uke 39-44, 2013.

3.3.1 Kartlegging

Kartlegging er ikke en metode i seg selv, men ble i denne studien brukt som en framgangsmåte for å få en oversikt over om de fysiske forutsetninger for å kunne etterleve håndhygiene var tilstede. Kartleggingen er også en måte å gjøre seg kjent med feltet, samt presentere seg for feltet før observasjonen starter (Dalland 2000). Under kartleggingen ble en ansatt og/eller barnehagens leder med på runden i den avdelingen de jobbet i, for å se på de fysiske forutsetningene for håndhygiene. Alle avdelingene ble kartlagt. Ett standardisert kartleggingsskjema ble fylt ut under runden på hver avdeling (Vedlegg 1).

3.3.2 Observasjon

Observasjon er en kvalitativ metode som defineres som en «systematisk overvåkning av adferd eller tale i naturlige situasjoner» (Krumsvik 2014). Metoden bygger på teorier om fortolkning, hermeneutikk (Nasjonale forskningsetiske komiteene 2013). Observasjoner gir mulighet til å se hvordan mennesker handler og samhandler i gitte situasjoner, og hvordan menneskene forholder seg til sitt fysiske miljø. Observasjonen kan fortelle hva folk i virkeligheten gjør, noe som kan være ulikt fra det mennesket selv sier eller rapporterer at de gjør (Dalland 2000). Observasjonsdata samles ofte inn anonymt og konfidensielt (WHO 2009).

Observasjonen i denne studien foregikk ved at ansatte ble observert etter WHO's metode for standardisert observasjon for håndhygiene (WHO 2009), og ett standardisert observasjonsskjema ble benyttet (Vedlegg 2). Observasjonene ble gjennomført til tider på dagen der barn og ansatte i størst grad var samlet i avdelingen. Dette var ved daglige gjøremål som kjøkkenarbeid/måltid, lek, stellesituasjoner. Alle observasjonene ble gjennomført innendørs. I henhold til WHO's (2009) observasjonsmetode av «fem anledninger for håndhygiene» bør observasjonen skje der ansatte utfører eller skulle ha utført håndhygiene.

Barnehagens leder sørget for at alle ansatte var informert og at alle fikk beskjed om at observasjon skulle foregå i det bestemte tidsrommet. Ved all datainnsamling ble tidspunkt for gjennomføring avtalt med leder, og ansatte i barnehagen fikk informasjon i forkant. All observasjonsdata ble gjennomgått samme dag eller innen få dager etter observasjonene ble gjennomført. Observasjonene ble gjennomført etter kartleggingen.

3.3.3 Spørreskjema

Ett strukturert spørreskjema gir mulighet til å hente informasjon fra en større gruppe mennesker. Spørsmålene er ferdig formulert og standardisert, og det vektlegges at spørsmålene som stilles skal oppfattes mest mulig likt av dem som skal svare (Dalland 2000). Dalland (2000) deler inn måtene å samle inn data på gjennom spørreskjema i tre hovedtyper: Besøksintervju, telefonintervju og postintervju. I denne studien ble det brukt postintervju.

Spørreskjema ble delt ut til slutt slik at det ikke på noen måte skulle kunne påvirke gjennomføringen av observasjonsstudiene. Spørreskjema ble først bestemt at det skulle besvares elektronisk, men på grunn av ansattes reduserte tilgang til pc og mail i arbeidstiden, ble det sammen med leder i barnehagen bestemt at spørreskjema ble levert og skulle besvares på papir (Vedlegg 3). Ansatte som var tilstede fikk utdelt spørreskjema på en aktuell dag, med svarfrist innen en uke. Barnehagens leder leverte spørreskjema til de ansatte som ikke hadde fått. Totalt ble det delt ut 30 spørreskjema. En runde med muntlig purring ble gjennomført, og en ny runde med innsamling en uke etter.

3.4 Måleinstrument

3.4.1 Kartleggingsskjemaet

Med utgangspunkt i gjeldende litteratur om smittevern i barnehagen og kunnskap om grunnleggende tiltak for å forebygge smitteoverføring ble ett kartleggingsskjema utarbeidet. Kartleggingsskjemaet hadde blant annet fokus på tilgang på håndvask og hånddesinfeksjon. Skjema (Vedlegg 1) ble først laget for å samle inn ett bredere sett med informasjon enn kun håndhygiene. Behovet for disse dataene endret seg da problemformuleringen ble tilspisset til kun å gjelde håndhygiene hos ansatte. Alle data fra kartleggingsskjemaet er derfor ikke presentert i resultatdelen i oppgaven.

3.4.2 Observasjonsskjemaet

Observasjon av ansattes håndhygiene ble gjennomført etter standardisert metode og

observasjonsskjema utarbeidet av WHO. WHO's observasjonsskjema (Vedlegg 2) er tilpasset helsetjenesten, og skjema ble derfor endret noe for å passe til barnehagen i forhold til gjeldende krav om håndhygiene som stilles der. Metoden måler graden av etterlevelse til håndhygiene i forhold til gjeldende anbefalinger.

Systemer og instrumenter for observasjon av etterlevelse av håndhygiene ble basert på modellen «My five Moments for Hand Hygiene» (WHO 2009). Modellen beskriver illustrativt og med tekst når håndhygiene skal utføres. Hensikten er å se på graden av etterlevelse av håndhygiene blant helsepersonell.

I denne studien ble observasjonsskjemaet fra WHO og de fem anledningene for håndhygiene hos ansatte i helsetjenesten, endret til å gjelde anledninger for håndhygiene hos ansatte i barnehagen. Anledningene for håndhygiene i barnehagen ble definert ut i fra anbefalinger fra Trondheim Kommune (2013) (Vedlegg 2).

På observasjonsskjemaet skal det registreres tid, sted, dato, varighet og observatør, samt dataene som observeres etter anledning, indikasjon og håndhygienemetode (WHO 2009). Skjemaet er nummert med start og slutt tidspunkt for å beregne den totale varigheten. I beskrivelsen av metoden står det at observasjonene bør være ca. 20 min (evt.+10min), avhengig av aktiviteten som blir observert. Så langt det lar seg gjøre er det best at sekvensen blir observert fra begynnelse til slutt. Avsluttes sekvensen før det har gått 20 minutt, vet eventuelt at den man observerer forlater rommet avsluttes observasjonen. Hensikten med å gjøre observasjonen med avgrenset tid er at man på denne måten kan skaffe seg en god oversikt over praksis (WHO 2009). Flere ansatte kan observeres samtidig, når de arbeider i samme rom, avhengig av intensiteten på aktiviteten og indikasjonene. Observatøren må inneha god kunnskap om smittevern, og kjenne til retningslinjene (WHO 2009).

I denne metoden blir ikke kvaliteten på utførelsen av håndhygiene vurdert. Hvis helsepersonell utfører håndhygiene uten at det er en indikasjon for det skal det ikke regnes med (WHO 2009). Etterlevelse av håndhygiene måles ved å dele antall utførte handlinger(håndhygiene) på antall observerte anledninger(WHO 2009).

3.4.3 Spørreskjema

Spørreskjema (Vedlegg 3) ble utarbeidet og gjennomgått av smittevernpersonell ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Ved utarbeidelse av spørreskjema er det tatt utgangspunkt i gjeldende retningslinjer for hvordan, på hvilken måte og når håndhygiene skal utføres. Den ansatte bes også svare på spørsmål som kan tenkes å ha en påvirkning på etterlevelsen. Det var 20 spørsmål totalt på spørreskjemaet, og alle var lukkede spørsmål med ulikt antall svaralternativer (Dalland 2000), enkelte av spørsmålene hadde i tillegg til ulike svaralternativ, annet som valg. Spørreskjema inneholdt både kunnskapsspørsmål, atferds spørsmål og holdningsspørsmål.

3.5 Dataanalyse

All data som ble samlet inn ved hjelp av kartlegging, spørreskjema og observasjon ble lagt inn i Excel og framstilt ved hjelp av enkel deskriptiv statistikk. Innsamlet data ble gått gjennom manuelt da omfanget ikke var større enn at dette var overkommelig. Spørreskjemaene var ikke elektroniske og ble derfor også gjennomgått manuelt. Kartleggingsskjema for hver avdeling ble gjennomgått i etterkant av kartleggingen og sammenfattet kvalitativt i tekst. Data fra kartleggingen vil kunne si noe om den enkelte avdeling har fysiske forutsetninger for at ansatte skal kunne utføre håndhygiene. Data fra observasjonsstudien ble analysert etter WHO's metode (2009) for observasjon av håndhygiene. Observasjonsstudien målte graden av etterlevelse av håndhygiene. Observasjonene vil kunne gi svar på graden av etterlevelse hos ansatte når det gjelder håndhygiene ut i fra indikasjon for håndhygiene og de ulike anledningene beskrevet i metoden. Spørsmålene og variablene i spørreskjema ble lagt inn i Excel, og bearbeidet. Resultatet ble framstilt i tekst og tabeller.

3.6 Etiske overveielser

Det ble sendt inn søknad på fremleggingsvurderingsskjema datert 09. 09. 2013 til Regional Etisk Komité. Søknaden ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i Helseforskningsloven § 10, jfr. Forskningsetikkloven § 4. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Vedlegg 4).

Smittevernoverlege i Trondheim Kommune har ansvar for smittevernet i barnehagene i kommunen. Hun ble orientert pr. mail (25.09.13) om MPH studien, og stilte seg positiv til gjennomføring av studien.

Leder i barnehagen ble skriftlig og muntlig informert om studien. De ansatte fikk ved personalmøte en muntlig informasjon om hvordan prosjektet skulle foregå. Lederen har skriftlig samtykket til at hun har mottatt informasjon om prosjektet, og at barnehagen ønsket å være deltagende. Alle ansatte ble informert om at data som samles inn vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt (Vedlegg 5).

4 RESULTAT

4.1 Studiedeltakere

Alle ansatte som jobbet i barnehagen i Trondheim kommune, og som var tilstede på jobb under perioden studien ble gjennomført ble inkludert. Dette var fast ansatte, vikarer og studenter/elever.

30 spørreskjema ble delt ut da det var vikarer og studenter i barnehagen under perioden. Svarprosenten på spørreskjema var 93 %, 28 av 30 skjema ble besvart. Av de som har besvart spørreskjema er 27 kvinner og en mann, og det er flest ansatte i aldersgruppen 40-50 år, men med en variasjon fra <20år til >50år.

68 % av de ansatte som besvarte spørreskjema jobber på småbarns avdeling, 21 % på storbarn og 11 % jobber ikke i avdeling. 82 % er fast ansatt, 7 % er vikar og 11 % er student/elev.

4.2 Krav til kompetanse

Under denne studien tok jeg kontakt med Dronning Mauds Minne, som er en høyskole som utdanner barnehagelærere (førscolelærere), de fortalte at det i utdanningen av barnehagelærere i dag er ulikt fokus på hygiene i undervisningen. Noen skoler har fokus på andre områder i større grad enn hygiene når det gjelder forebyggende helsearbeid. Ut i fra pensum viser det at undervisningen ved Dronning Mauds Minne består av generell hygiene i barnehagen, men har lite fokus på forebyggende tiltak som håndhygiene.

I barnehagen i Trondheim Kommune som denne studien foregår stilles det krav til at ansatte følger Trondheim Kommunes rutiner når det gjelder håndhygiene, men de har ingen systematisk opplæring av sine ansatte i håndhygiene.

4.3 Fysiske forutsetninger

I helsetjenesten anbefales det at håndhygiene skal utføres så nære behandlingsstedet som mulig, og hånddesinfeksjon ev. håndvask skal plasseres deretter. (FHI 2004:11). I barnehagen er det ingen direkte anbefaling på hvor dispensere med hånddesinfeksjon eller håndvasker skal plasseres. Men det er naturlig å tro at disse bør plasseres hensiktsmessig i forhold til de anledningene for håndhygiene som anbefales gjennomført. Utgangspunktet for kartleggingen er å se etter hvor det er muligheter for å utføre håndhygiene i barnehagen, og da med spesielt fokus på stellerom, toalett og kjøkken.

Barnehagen som undersøkes i denne studien er delt inn i fem småbarnsavdelinger og fire stor barns avdelinger i to bygninger. Kartleggingen ga følgende resultater: Håndvask eller hånddesinfeksjon var tilgjengelig i nærheten av eller i avdelingens kjøkken på alle avdelinger, men ikke alle avdelinger hadde plassert håndvask inne på kjøkkenet. Begge bygningene hadde ett felles hoved kjøkken, der det blant annet ble oppbevart mat som ble mellomlagret før det gikk ut til avdelingskjøkken. På kjøkkenene inne i avdelingen var det enkelte steder god orden. Mens andre steder ble blant annet kjøkkenbenken brukt til lagring av ansattes håndvesker og sekker, og hyller ble brukt til kontorsaker. De fleste plassene var det ikke ett klart skille mellom ren og uren side. Kjøkkenbenken lot seg vanskelig rengjøre i den grad den ble brukt til oppbevaring. Der det var håndvask på kjøkkenet var denne flere steder plassert slik at området rundt kunne forurenses når noen vasket hendene sine.

Håndvask var tilgjengelig på eller rett utenfor toalett og stellerom. Hånddesinfeksjon var tilgjengelig på flyttbare dispensere i alle avdelinger. Barnehagen hadde kun engangs papirhåndklær tilgjengelig. Flere avdelinger delte personalrom samt personaltoalett.

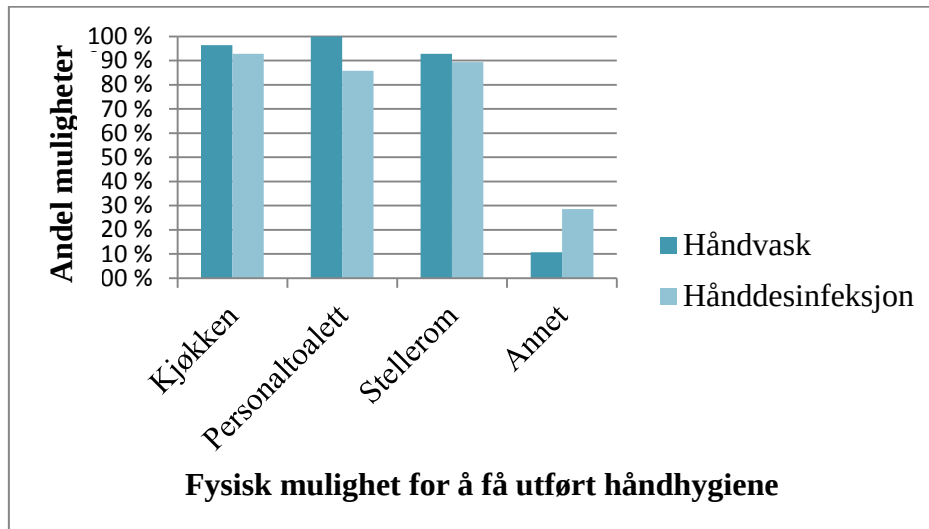
4.4 Personalets kunnskap om håndhygiene

4.4.1 Rutiner for håndhygiene ved barnehagen

De ansatte ble i spørreundersøkelsen spurt om avdelingen de jobbet i hadde skriftlige rutiner for når ansatte skal utføre håndhygiene, og hvordan ansatte skal utføre håndhygiene. 64 % svarte ja, 21 % svarte nei. 14 % hadde svart blankt og eller skrevet *vet ikke* på spørreskjema. Det var nøyaktig lik svarprosent på spørsmålet om det fantes skriftlige rutiner ved avdelingen for *når* ansatte skal utføre håndhygiene, og om det fantes skriftlige rutiner på *hvordan* ansatte skal utføre håndhygiene.

4.4.2 Fysisk tilgjengelighet

I spørreundersøkelsen skulle de ansatte rapportere steder i barnehagen der de kan utføre håndhygiene, se figur 1. Det skilles mellom håndvask og hånddesinfeksjon.



Figur 1. Steder i barnehagen der ansatte rapporterer at de kan utføre håndhygiene.

På svaralternativ *annet*, ble følgende skrevet: «kontoret, garderobe, lekerom, på avdelingen v/spisebord, personalgarderobe, hoved kjøkken, i gangen, ved spisebord».

4.4.3 Håndsmykker

I spørreundersøkelsen rapporterte totalt 75 % av de ansatte at de bærer ett eller flere håndsmykker på undersøkelsestidspunktet.

4.4.4 Ansattes valg av metode for å utføre håndhygiene

I spørreundersøkelsen kom følgende resultat fram når det gjaldt valg av metode for håndhygiene, og tilgjengeligheten av hansker i avdelingene. 16 av 28 ansatte rapporterte at de på jobb foretrakk å utføre håndhygiene med såpe og vann framfor å bruke hånddesinfeksjonssprit. 9 av 28 krysset av for både håndvask med såpe og vann, og hånddesinfeksjonssprit. Mens 3 av 28 foretrakk å bruke hånddesinfeksjonssprit.

Hansketyper som er tilgjengelige i avdelingene er 46 % vinyl, 35,7 % latex. 14,2 % svarte at avdelingen hadde både vinyl og latex hanser tilgjengelige. 3,5 % svarte blankt.

Over halvparten av personalet (64 %) rapporterte i spørreundersøkelsen at de aldri følte seg usikre på i hvilke situasjoner de skulle utføre håndhygiene.

I tabell 1 framstilles fra spørreskjema prosentvis ansattes rapporterte etterlevelse av håndhygiene ved de ulike anledningene for håndhygiene som beskrives i Trondheim Kommunes retningslinjer. Etterlevelsen av anledningene blir utført med håndvask, hånddesinfeksjon, håndvask og/eller hånddesinfeksjon. Alternativt at den ansatte ikke utfører håndhygiene.

	Etter ute	Etter toalett, bleieskift	Etter bruk av engangs hansker	Etter nysing, pussing av nese	Før spising og håndtering av mat	Før du tar rene kopper ut av oppvaskmaskina
Håndvask	79%	39 %	39 %	36 %	61 %	29 %
Hånd desinfeksjon	4 %	11 %	25 %	33 %	4 %	18 %
Håndvask og/eller hånd desinfeksjon	18%	50 %	25 %	25 %	32 %	22 %
Utfører ikke håndhygiene			11 %	4 %	4 %	30 %
Ikke besvart				4 %		4 %

Tabell 1: Ansattes rapporterte (spørreskjema) etterlevelse av håndhygiene ved de ulike anledningene.

I følge anbefalingene for håndhygiene i barnehagen kan personalet velge å utføre håndhygiene ved håndvask med såpe og vann eller ved hånddesinfeksjon, evt. begge deler. Ved observasjon ble det observert følgende valg av metode for håndhygiene hos ansatte som etterlevde anledningene for håndhygiene. Tabell 2 gjelder valg av metode hos de ansatte som jobber i småbarnsavdeling, og tabell 3 gjelder valg av metode hos de ansatte som jobber i storbarnsavdeling.

	Etter ute	Etter toalett, bleieskift	Etter bruk av engangs hansker	Etter nysing, pussing av nese	Før spising, håndtering av mat, tar ut av oppvaskmaskin
Håndvask	6	2	1	1	11
Hånddesinfeksjon	1	3	0	6	7
Håndvask og hånddesinfeksjon	1	2	2	0	1

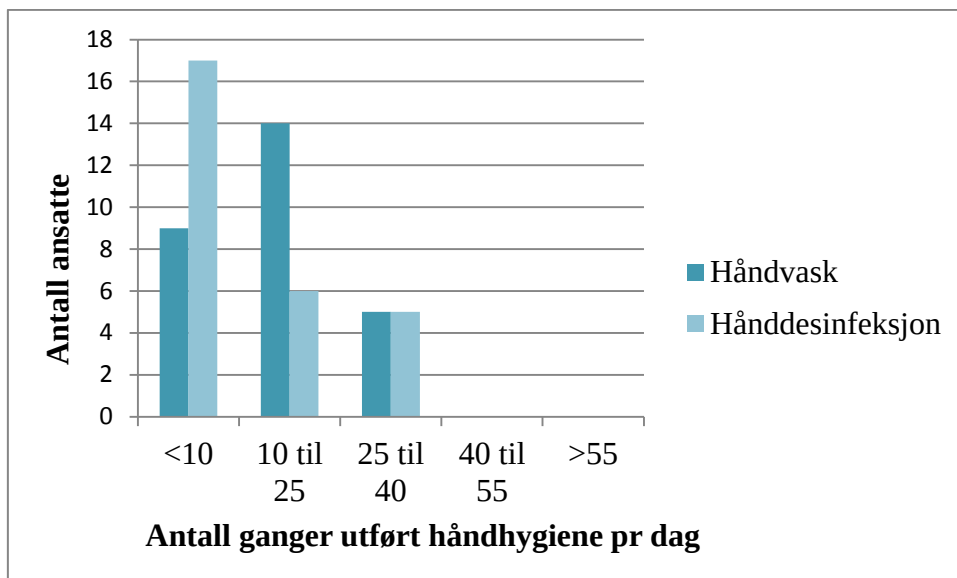
Tabell 2. Småbarnsavdeling. De ansattes valg av metode for å utføre håndhygiene (observert), registrert ut fra de anledningene der håndhygiene ble etterlevd. Anledningen for håndhygiene sammenfaller med flere indikasjoner i syv av tilfellene.

	Etter ute	Etter toalett, bleieskift	Etter bruk av engangs hansker	Etter nysing, pussing av nese	Før spising, håndtering av mat, tar ut av oppvaskmaskin
Håndvask	0	4	0	1	5
Hånddesinfeksjon	1	0	0	1	5
Håndvask og hånddesinfeksjon	0	0	0	0	0

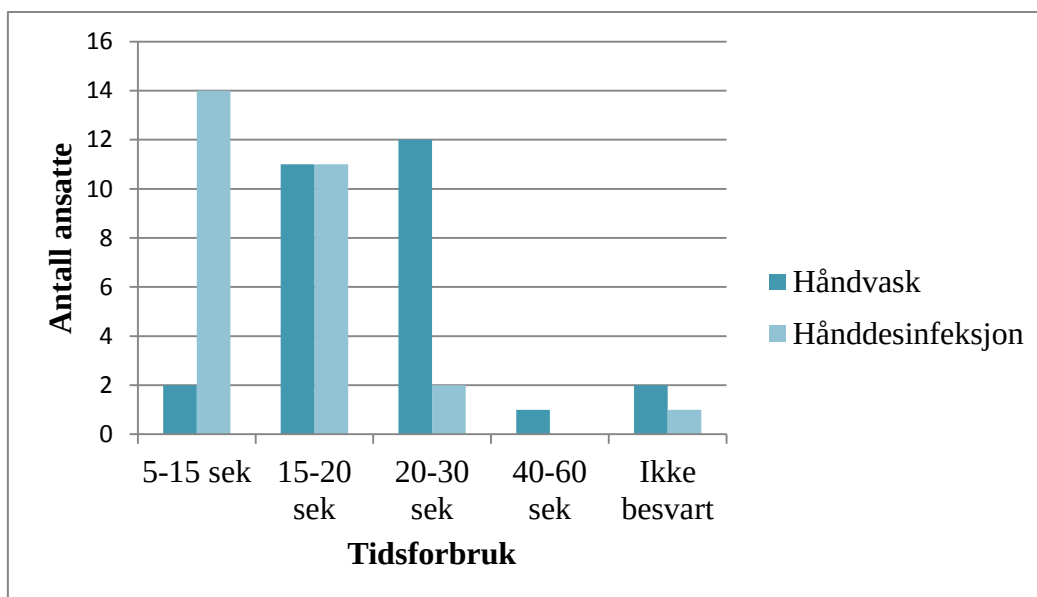
Tabell 3. Storbarnsavdeling. De ansattes valg av metode for å utføre håndhygiene (observert), registrert ut fra de anledningene der håndhygiene ble etterlevd.

4.4.5 Tidsforbruk ved utførelse av håndhygiene

De ansatte ble i spørreskjemaet bedt om å rapportere hvor mange ganger i løpet av en dag de gjennomførte håndhygiene, enten håndvask eller hånddesinfeksjon, figur 2. Samt hvor lenge de mener håndvask og håndhygiene må gjennomføres for å oppnå god håndhygiene, figur 3.



Figur 2. Ansattes rapportering(spørreskjema) av antall ganger de utfører håndhygiene pr. dag, inndelt etter håndvask og hånddesinfeksjon.

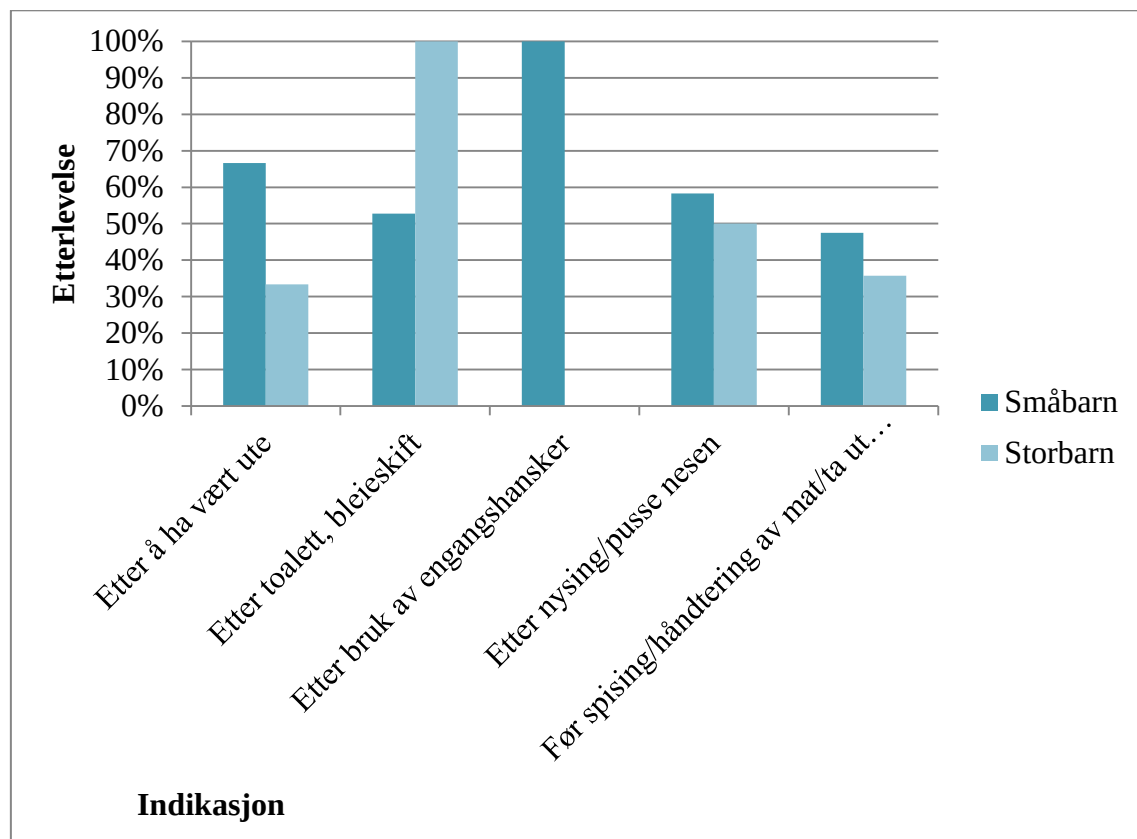


Figur 3. Spørsmål fra spørreskjema: «Hvor lenge mener du man må utføre håndvask eller hånddesinfeksjon for å oppnå god håndhygiene?»

4.5 Personalets etterlevelse av håndhygiene

109 anledninger for håndhygiene observert over en tidsperiode på til sammen fire uker, fordelt på totalt åtte ulike dager. Observasjonenes varighet var fra 10 minutt, til den lengste på 50 minutter, med en total observasjonstid på 16 timer og 52 minutter. Dette fordelt på fem småbarnsavdelinger og fire storbarns avdelinger som henholdsvis ble observert med en observasjonstid på 10 timer og 40 minutt, og seks timer og 12 minutt.

Gjennom strukturert observasjon ble personalets etterlevelse av håndhygiene observert. Total etterlevelse av håndhygiene hos ansatte var på 49 %, og lik på både storbarn og småbarnsavdeling. Figur 4 viser den observerte etterlevelsen av håndhygiene hos ansatte på småbarn versus storbarnsavdeling rapportert i prosent. Stolpen «Etter bruk av hansker» inneholder kun tre observasjoner totalt.



Figur 4. Prosentvis etterlevelse av håndhygiene observert hos ansatte på småbarn og stor barns avdeling etter indikasjon for håndhygiene.

5 DISKUSJON

5.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien var kartlegge på forutsetningene for, og å måle etterlevelsen av håndhygiene hos ansatte i barnehagen.

Studier viser at barn som går i barnehage er mer utsatt for å få infeksjonssykdommer enn barn som ikke går i barnehage (Folkehelseinstituttet 2009:18). Infeksjonssykdommer som luftveisinfeksjoner er nesten dobbelt så vanlig hos yngre barnehagebarn sammenlignet med barn som ikke går i barnehage. Det er også en økt forekomst av mage/tarm infeksjoner (Folkehelseinstituttet 2009 kap.11, Sosialstyrelsen 2008).

Dette observasjonsstudiet viser at de ansatte etterlever gjeldene retningslinjer for håndhygiene i barnehagen i 49 % av anledningene det er anbefalt. For å forebygge infeksjoner blant barn som går i barnehage er det viktig med ett godt smittevern. Det viktigste enkelttiltaket i det forebyggende arbeidet mot smittespredning er god håndhygiene (FHI 2004:11). Håndhygiene beskrives i en studie som «simple and complex», og det påpekes at å fysisk gjennomføre håndhygiene er et enkelt tiltak, men flere faktorer som påvirker etterlevelsen spiller inn. Den påvirkes av bl.a. kunnskap, vaner, atferd, sosiale og kulturelle behov (Jumaa 2004).

5.1.1 Fysiske forutsetninger for å kunne etterleve håndhygiene

Studien viser at de fysiske forutsetningene for, og skriftlige retningslinjene for håndhygiene i stor grad er tilstede. Barnehagen har tilgjengelig både håndvasker og hånddesinfeksjonssprit, og disse finnes i miljøet slik at muligheten for å utføre håndhygiene er tilstede ved alle anledningene som ble observert. Papirhåndkle brukes i alle tilfeller, og ingen fler gangs håndkle ble observert. Ved å bruke papirhåndkle er det grunn til å tro smittespredningen reduseres, i forhold til ved bruk av flere gangs håndkle.

Plassering av håndvask og hånddesinfeksjonsdispensere ved enkelte avdeling kan med fordel forbedres. Det ble observert avdelinger som ikke hadde vask på kjøkkenet, og de ansatte måtte i gangen eller på toalettet for å vaske hendene før matlaging og eventuelt ved behov under måltidet. Dette kan bidra til en dårligere etterlevelse av håndhygiene i forbindelse med måltid og kjøkkenarbeid. Under observasjonene skulle ett barn pusse nesen under måltidet. Den ansatte hadde tilgang på håndvask på kjøkkenet, og vasket hendene der etterpå. Man skulle kunne anta at økt tilgjengelighet og mer hensiktsmessig plassering av håndvask og hånddesinfeksjonssprit ville kunne øke etterlevelsen av håndhygien. Tilgjengeligheten av håndhygienefasiliteter ble sett på i en studie fra Nederland, der fant de ikke noen sammenheng mellom tilgjengeligheten av hånddesinfeksjonsmiddel og etterlevelsen av håndhygiene (Tizza 2013). De fant

derimot en sammenheng mellom at håndhygiene ble utført i mindre grad når de ansatte måtte tørke seg på tekstilhåndkle framfor papirservietter. Dette kunne ha en årsak i at de ansatte syntes det var ubehagelig å tørke seg på ett etter hvert vått og kaldt håndkle. Andre studier viser at tekstilhåndkle ble foretrukket brukt av ansatte til å tørke hendene på framfor papir (Bengtson og Lindqvist 2009).

I denne studien besvarte 64 % av de ansatte at deres avdeling hadde skriftlige rutiner for når og hvordan de ansatte skulle utføre håndhygiene. Det er ett godt utgangspunkt for videre arbeid, sammenlignet med andre studier (Socialstyrelsen 2008), der personalet kun i 10 % av førskolene hadde skriftlige retningslinjer å forholde seg til når det gjaldt håndhygiene. Felles rutiner vil kunne føre til at alle vet hva de skal gjøre, og om de er usikre kan de lett tilegne seg kunnskapen gjennom å lese de skriftlige rutinene. De ansatte har ett felles utgangspunkt for forebyggende arbeid mot smittespredning, og kunnskapen i oppdaterte rutiner er i de fleste tilfeller evidensbaserte. I denne studien varierer tilgjengelighet av skriftlige rutiner hos ansatte i samme barnehage. Studien sier ikke noe om hvilke retningslinjer som er tilgjengelige, og om disse er oppdaterte. Når barnehagen ikke har felles rutiner kan det føre til at egen atferd og personlig kunnskap påvirker etterlevelsen av håndhygiene. Slik kunnskap er ikke alltid evidensbasert kunnskap men i de fleste tilfellene utført i beste mening. Ved for eksempel utbrudd av smittsomme sykdommer i en barnehage vil mangel på rutiner kunne føre til usikkerhet hos ansatte. Det kan få konsekvenser ved at både barn og voksne blir smittet og syke, i den grad at utbruddet pågår over tid og effektive smitteverntiltak ikke blir satt inn for å begrense det.

5.1.2 Personalets kjennskap til rutinene for håndhygiene

Observert etterlevelse er målt etter anledning og indikasjon for håndhygiene. Alle de positive anledningene der håndhygiene ble utført, enten ved håndvask eller ved hånddesinfeksjon ble kun regnet som etterlevd eller ikke etterlevd. Kvaliteten på utførelsen av håndhygien ble ikke undersøkt i denne studien.

Halvparten av de ansatte besvarte i spørreundersøkelsen at de brukte fem-15 sekunder på hånddesinfeksjon. Det er kort tid i forhold til nasjonale anbefalinger som er på 20-30 sekunder (FHI 2004:11). Derimot står det i Trondheim Kommunes anbefalinger at 15 sekunders hånddesinfeksjon er tilstrekkelig (Trondheim Kommune 2013). Hendene må være tørre og synlig rene før påføring av hånddesinfeksjonsmiddel, da våte hender fortynner desinfeksjonseffekten og sprit ikke trenger gjennom synlig skitt. Stor nok mengde påføres slik at hendene blir våte på alle steder, og spriten skal gnis inn til hendene er tørre (FHI 2004:11). Under observasjonen var det en ansatt som ristet av seg hånddesinfeksjonsspriten etter at hun hadde tatt den på, da hun mente det var for stor mengde. Dette har med uvitenhet om hvordan håndhygiene med hånddesinfeksjonsmiddel skal utføres.. Resultatet av dette var at hendene trolig fortsatt var urene mens den ansatte trodde hendene var rene. Det har vært en felles misforståelse at håndsprit tørker ut hendene, også blant ansatte i for eksempel helsetjenesten. Denne oppfatningen kan påvirke ansattes valg av håndhygienemetode. Håndvask er også kjent

for alle, og føles kanskje tryggere. Noen kan være usikre på bruken av hånddesinfeksjonssprit, om det for eksempel er skadelig med alkoholen som er i den.

Når det gjelder håndvask var det kun en av 28 ansatte som rapporterte i spørreundersøkelsen at man måtte utføre håndvask i 40-60 sekunder for å oppnå god håndhygiene, noe som anbefales nasjonalt (FHI 2004:11). Trondheim Kommunes anbefalinger ligger også her lavere enn nasjonale anbefalinger, kun på 30 sekunders håndvask (Trondheim Kommune 2013). Trolig er bakgrunnen for at de lokale anbefalingene avviker fra de nasjonale, at de ikke er oppdatert i samsvar med siste oppdatering av de nasjonale. De ansatte bruker for kort tid på å utføre håndhygiene, noe som kan ha mange årsaker. Uvitenhet og kunnskap om håndhygiene teknikk, tidspress og travelhet i arbeidshverdagen og ikke tilgjengelig håndvask eller hånddesinfeksjonssprit. De ansatte kan kanskje ikke alltid gå fra barna for å utføre håndhygiene, og det er da en fordel at muligheten for å utføre håndhygiene er så nært tilgjengelig som mulig. Ett godt alternativ til dette er små flasker med hånddesinfeksjon som de ansatte kan ha i en lomme.

Håndhygiene teknikken er av stor betydning for i hvor stor grad den midlertidige mikrobefloraen på hendene reduseres. Effekten av håndvask eller hånddesinfeksjon er avhengig av at det brukes tilstrekkelig mengde med såpe eller hånddesinfeksjonsmiddel. Alle flatene på hendene skal gnis inn, og man skal bruke tilstrekkelig tid. Hendene skal ikke forurennes på nytt i løpet av gjennomføringen (FHI 2004:11). De ansatte rapporterte i spørreundersøkelsen at de brukte alt fra fem til 60 sekunder på håndvask. Kvaliteten på håndhygieneteknikken påvirkes av hvilken kunnskap man har om hvordan man skal vaske hendene eller utføre hånddesinfeksjon for å oppnå rene hender. Konsekvensen av at man bruker for kort tid vil være at mikrobefloraen på hendene fortsatt er høy. Altså hendene ikke er rene. I spørreundersøkelsen er det kun sett på tid i forhold til etterlevelse, teknikken man bruker er vell så viktig. Hvis teknikken ikke er tilstrekkelig vil de ansatte kunne tro at de har rene hender, mens de i virkeligheten bare har redusert mikrobefloraen i liten eller ingen grad, og dermed kan spre smitte. Opplæring i riktig teknikk er viktig for å kunne gjennomføre god etterlevelse. Alle kan vaske hendene, men profesjonell håndhygiene er håndhygiene som skal utføres etter gjeldende retningslinjer.

Håndsmykker er til hinder for god håndhygiene (Fagernes og Lingaas 2001). I denne studien rapporterte 75 % av de ansatte at de på undersøkelsestidspunktet bar ett eller flere håndsmykker, noe som er høyt forekommende. Ansatte som bærer håndsmykker vil kunne ha flere mikrober på hendene sine, på grunn av at de ikke får utført tilstrekkelig håndhygiene når de har håndsmykker på. Dette kan gi en større sjanse for smitteoverføring både via direkte og indirekte kontaktsmitte. De ansatte kan i tillegg bære med seg sykdomsfremkallende mikrober hjem via sine håndsmykker. Personalet håndterer både mat, og bytter bleie på barna i løpet av en arbeidsdag. Og hvis de ansatte ikke har rene hender, kan dette få konsekvenser som fører til sykdom både hos barn og voksne. I verste fall kan smittespredningen gi ett utbrudd i barnehagen. Når det gjelder de skriftlige retningslinjene for Trondheim Kommune (2013) står det at:

«lange negler, ringer, klokker, armbånd, neglelakk og kunstige negler hindrer tilfredsstillende utførelse av håndhygiene, og gjør det vanskeligere å få rene hender etter håndvask/desinfeksjon».

Antibiotika resistente mikrober kan man bli bærer av og spre i miljøet rundt seg (FHI 2009:18 kap.8). Ofte er man ikke klar over at man selv er bærer av slike mikrober, og sprer de videre til andre kolleger eller barn i barnehagen. Som i sin grad igjen blir smittet og eventuelt får en infeksjon med eller blir bærer av en antibiotika resistent bakterie. Som hygienesykepleier jobber man blant annet for at antibiotika resistente bakterier ikke skal bli en del av normalfloraen i sykehus. I den grad det er mulig vil man ikke ønske at den blir en del av normalfloraen i barnehagen heller.

Hansker har den fordel at de beskytter hendene, men kan ikke erstatte håndhygiene. I denne studien rapporterte 89 % av de ansatte at de utførte håndhygiene etter bruk av engangshansker, noe man kan si er en god etterlevelse av håndhygiene. Under observasjonene ble kun tre anledninger for hanskebruk observert i forbindelse med bytte av bleie, håndhygiene ble utført etter disse anledningene. Hansker brukes ofte i situasjoner der det er fare for at hendene kan bli tilsølt med kroppsvæsker. Fravær av håndhygiene etter slike arbeidsoppgaver er ikke tilfredsstillende, da disse mikrobenes vil kunne spres i miljøet i barnehagen og forårsake smitte. I helsetjenesten anbefales hansker brukt i situasjoner der det er fare for søl av blod og kroppsvæsker (FHI 18 kap.9). Det er viktig at de ansatte har kunnskap om at engangshansker som brukes ikke er 100 % tett, og at de skal brukes kun til en arbeidsoppgave, for eksempel ett bleieskift (FHI 2004: 11). Håndhygiene anbefales utført før og etter bruk av hansker for å hindre smitteoverføring. I en rapport fra (Bengtson og Lindqvist 2009) så de nærmere på hanske bruk. Det fantes ulike typer hansker i barnehagen. Ved noen avdelinger ble det observert at ansatte ikke byttet hansker mellom bleie bytte hos barna. Men hadde de samme hanskene på ved alle bleie skiftene. Dette synligjør den ansattes kunnskap om hanskebruk, og tanken på å beskytte seg selv med hanskene, mens smittespredning fortsatt ville kunne forekomme mellom barna. Det å ha de samme hanskene på gjør at smitteoverføring fra barn til barn vil forekomme, og kan føre til unødvendig sykdom hos barna.

For at etterlevelsen skal øke må forutsetningene for håndhygiene være til stede. Ett punkt i disse forutsetningene er tilgjengelig kunnskap. I alle de nordiske landene er det skriftlige anbefalinger for håndhygiene i barnehager. I Sverige har de gitt ut boken «Smitta i Förskolan» (Socialstyrelsen 2008), i Danmark «Smittsomme sygdomme hos børn og unge» (Sundhedsstyrelsen 2011). I Norge beskriver FHI (2009:18 kap.11) smittevern i barnehagen i smittevernhåndboka under tema «smittevern i helsetjenesten» kapittel barnehager og smittevern. Det er naturlig å tro at de som jobber i barnehage ikke vil lete etter fagstoff under tema *smittevern i helsetjenesten*. Litteraturen som står her er aktuell for helsepersonell som jobber med smittevern i barnehagen, men minst like aktuell for ansatte i barnehagen. Rutinene Trondheim Kommune (2013) har er tilgjengelig som ett fakta ark på deres internettsider. Ved å ha felles nasjonale rutiner som var tilgjengelige ville de ansatte enklere kunne tilegne seg oppdatert kunnskap på området.

5.1.3 Etterlevelsen av håndhygiene blant ansatte i barnehagen

De fysiske forutsetningene for å kunne utføre håndhygiene etter gjeldene rutiner er i denne studien i stor grad tilfredsstillende, og legger ett godt grunnlag for videre arbeid med håndhygiene. Personalet kjenner derimot ikke til gjeldene rutiner for håndhygiene i tilstrekkelig grad, og etterlevelsen av håndhygiene er ikke tilfredsstillende. Studier viser at barn som går i barnehagen, og framfor alt småbarnsavdeling har større forekomst av infeksjonssykdommer enn barn som ikke går i barnehagen (Folkehelseinstituttet 2009:18). Flere intervensjonsstudier blant annet Lenell et al. (2008) har sett på håndhygiene som ett smitteforebyggende tiltak. Lenell et al. (2008) så en 12 % reduksjon i fravær når de innførte håddesinfeksjonssprit i barnehagen. I en stor studie blant barnehager i Nederland der 350 ansatte og 2003 anledninger for håndhygiene ble observert, så de på blant annet etterlevelse av håndhygiene hos ansatte som jobbet i barnehagen. Den totale etterlevelsen var på 42 % men med en variasjon fra 20-79 %. (Tizza et al.2013).

De ansatte rapporterte i spørreskjemaundersøkelsen at de utførte håndhygiene i større grad enn det observasjonene viser. Det kan være at de ansatte ikke kjenner rutinene i den grad, og etterlever anledningene ut i fra andre anledninger enn de observerte. Mens de i spørreskjema får opp anledningene som alternativer, og tenker at ved disse anledningene utfører jeg jo håndhygiene. Det kan også være at det ikke er tilstrekkelig bevissthet rundt handlingene i praksis, altså etterlevelsen, men at de har kunnskap om det slik at de rapporterer høyere grad enn det observasjonene viser. Observasjonen er også bare ett bilde av hvordan etterlevelsen er på ett tidspunkt, men med ett representativt utvalg skulle det kunne være ett troverdig resultat. Etterlevelsen kan trolig påvirkes av andre faktorer som blant annet høyt arbeidstempo, forstyrrende faktorer, og tilgjengelighet av håndvask og håddesinfeksjonsmiddel.

Nå skal vi se nærmere på etterlevelsen av håndhygiene ved tre av anledninger for håndhygiene. *«Håndhygiene skal utføres etter bleieskift og toalettbesøk (voksne bør bruke håddesinfeksjonssprit)»* (Trondheim Kommune 2013). De ansatte rapporterer i spørreundersøkelsen at de alltid utfører håndhygiene etter bleieskift eller toalettbesøk. Under en av observasjonene ble håndhygiene utført etter bleieskift, men først etter at det siste barnet hadde blitt byttet på. Dermed har de ansatte kunnet overføre smittestoff fra ett barn til neste, i og med at håndhygiene ikke ble utført etter hvert bleieskift. Den observerte etterlevelsen for håndhygiene på denne anledningen var 50 % på småbarnsavdeling og 100 % på storbarn. At håndhygiene ikke ble utført etter hvert bleie skift kan komme av at personalet ikke har kunnskap om hvorfor de skal utføre håndhygiene. De utførte i denne situasjonen håndhygiene til slutt for selv å bli ren på hendene, mens håndhygiene skal gjennomføres etter hvert bleieskift for å unngå å spre smitte mellom barna som går i barnehagen. Bengtson og Lindqvist (2009) beskriver i en prosjektrapport følgende *«En pedagog har till uppgift att byta blöja på alla blöjbarn före vilan. Det är en småbarnsavdelning, och 13 barn väntar på sin tur. Pedagogen förbereder blöjbytet med att lägga ut ett pappersark på skötbordet, tar på sig vinylhandskar på båda händerna och sedan går det undan. Pappersarket ligger kvar mellan blöjbytena och engångshandskarna byts aldrig»*. Forekommer dette i den grad det er observert i denne studien og beskrevet i prosjektrapporten over, er smittefaren

stor under gjennomføring av bleieskift. I tillegg vil barnas klær kunne bli forurensset, og smitte spres i miljøet i barnehagen. Det er viktig at de ansatte får tilstrekkelig kunnskap i grunnleggende smittevern, og om hvordan smitte spres gjennom opplæring, slik at de som jobber i barnehagen kjenner til gjeldene rutiner.

«Før man skal spise tilberede mat eller ta ut av oppvaskmaskinen» (Trondheim Kommune 2013) Håndhygiene i forbindelse med kjøkkenarbeid og mathåndtering står nøye beskrevet i veiledningsheftet «Bra mat i barnehagen» utgitt av Helsedirektoratet (2011). Anbefalingene derfra samsvarer med Trondheim Kommunes anbefalinger (2013). 30 % av de ansatte rapporterte at de ikke utførte håndhygiene før de tok rene kopper ut av maskinen. Dette er ett høyt tall med tanke på mikrobefloraen de ansatte kan ha på hendene, som forurenses de rene koppene. Det er viktig å tenke på at arbeid på kjøkken i barnehager krever god kunnskap og gode rutiner for å unngå smitteoverføring. Som det står beskrevet i «Bra mat i barnehagen» (Helsedirektoratet 2011) skal maten som barna spiser skal være helsemessig trygg. Dårlig kjøkkenhygiene kan føre til smittespredning blant barna og de ansatte, og også til matforgiftning og annen sykdom.

«Etter nysing og pussing av neser» (Trondheim Kommune 2013). Leslee m.fl.(2000) påviser viktigheten av god håndhygiene etter nysing og pussing av neser. Når overholdelse av gode infeksjonsforebyggende tiltak i forbindelse med pussing av neser var tilstede hos barna under ett år , ble forekomsten av luftveisinfeksjoner redusert med 17%. I denne studien ble det observert mellom 50-60 % etterlevelse av håndhygiene etter nysing og pussing av neser. Hvorfor er det ikke høyere etterlevelse etter nysing og pussing av neser kan man stille seg spørsmål om. Små barn har behov for hjelp til å pusse nesen, og personalet tenker kanskje på at å pusse nesen er en naturlig del av omsorgen de gir til barnet. I ett smittevernperspektiv skal kroppsvæsker som neseseekret, behandles som andre kroppsvæsker. Konsekvensene av den lave etterlevelsen vil kunne være smittespredning blant barna i barnehagen, men også blant de voksne. Her også vil kunnskap om hvordan smittespredning foregår, samt å vite hvilke rutiner som er gjeldene være viktig.

De ansattes personlige forestillinger om hvordan håndhygiene skal utføres gjenspeiler en del av resultatet i studien. Det hadde vært aktuelt at barnehagene hadde samarbeidet med smittevernpersonell fra kommunen, slik at opplæring rundt rutiner hadde vært en felles prosess. Samtidig kunne smittevernpersonell bistått barnehagene når det gjelder praktiske rutiner som har betydning for smittespredning som for eksempel rutiner på kjøkken og stellerom. Lav etterlevelse av håndhygiene hos ansatte vil kunne bidra til økt smittespredning i barnehagen, og det er behov for kunnskap hos de ansatte når det gjelder å utføre profesjonell håndhygiene.

5.2 Metodediskusjon

Denne studien er en deskriptiv studie, og data ble samlet inn ved kartlegging, strukturert observasjon og spørreskjema. En deskriptiv studie ble valgt for å beskrive i hvilken grad anbefalte smitteverntiltak følges i barnehagen, da med fokus på håndhygiene.

Kartlegging ble brukt for å gjøre seg kjent med feltet før selve observasjonen og spørreundersøkelsen, og som en kartlegging av forutsetningene for håndhygiene. Skjema for kartlegging ble utarbeidet tidlig før hele problemstillingen var tilspisset, og inneholdt dermed punkter som så på flere smittevernrutiner som renhold, vask av leker, bruk av desinfeksjonsmiddel i tillegg til tilgjengeligheten av håndhygiene. Skjemaet kunne med fordel ha blitt revidert og tilpasset problemformuleringen når problemformuleringen var tilspisset, slik at en mer konkret kartlegging hadde funnet sted. Dette særlig med tanke på eventuelle videre studier i andre barnehager. Skjemaet ble revidert på nytt etter at problemformuleringen ble endret, men observasjonsstudiene hadde på det tidspunktet startet og kartleggingen ble ikke gjennomført på nytt. I ettertid ser jeg at for å styrke resultatene i kartleggingen og framstille disse på en tydeligere måte, hadde det vært relevant å gjennomføre en ny kartlegging kun av håndhygienefasiliteter og tilgjengelige skriftlige rutiner, selv om observasjonen hadde startet.

5.2.1 WHO's metode for observasjon av håndhygiene

Det finnes ulike former for observasjons teknikker, noen er strukturerte mens andre har en mer ustrukturert tilnærming. I denne studien ble det brukt en strukturert tilnærming i forbindelse med observasjon av ansattes etterlevelse av håndhygiene. Dette har vært med på å styrke resultatet i oppgaven, da direkte observasjon genererer de mest nøyaktige data. Instrumentene som brukes i WHO's metode for observasjon av etterlevelse av håndhygiene og som ble brukt i denne studien er godt validerte. Som hygienesykepleier har jeg opplæring i bruk av metoden. Opplæringen har foregått ved å vurdere reliabiliteten gjennom parobservasjoner. WHO's metode ble i denne studien endret etter gjeldende rutiner for Trondheim Kommune, til å gjelde anledningene for håndhygiene hos ansatte i barnehager. Smitteoverføring forekommer på samme måte enten du arbeider i barnehage eller som helsepersonell på ett sykehus og metoden regnes derfor som relevant til å kunne brukes begge steder.

Observasjonsrollen ble avklart før observasjonen startet. I denne studien var observatøren deltaker i gruppa, det vil si at de som skulle observeres kjente til observatøren og at de ble observert. Det var en fordel å ha hilst på de fleste ansatte i forkant av observasjonene. Avdelingene var forholdsvis små, og ansatte kjente igjen observatøren, og uttrykte at de følte seg trygge i situasjonen. De ansatte hadde fått informasjon på et personalmøte, og visste hvorfor de skulle observeres. At de ansatte var godt orienterte var positivt for gjennomføringen av observasjonene, og observasjonene kunne starte med det samme jeg kom til avdelingen.

Det er en fordel om de ansatte i barnehagen er kjent med gjeldende retningslinjer slik at det er samsvar mellom begrepene og definisjonene som blir brukt hos de ansatte i barnehagen og hos observatøren. I denne studien var det ikke klart på forhånd hvilken kunnskap de ansatte hadde om de gjeldende retningslinjene.

Å observere mennesker eller å bli observert kan være utfordrende, og litteraturen anbefaler å gjøre seg godt kjent med feltet før observasjonene starter. Det handler både om at observatøren blir kjent med stedet, men også at de som bli observert blir trygge på observatøren. En svakhet i denne studien kan være mulig påvirkning av de ansattes atferd, i og med at de vet at de blir observert, eller at observatøren tolker den faktiske situasjonen feil. Dette kan påvirke observasjonens gyldighet. I denne studien lot de ansatte seg i synlig grad lite påvirkes av at de ble observert. De gjennomførte jobben sin, og det så ut til at de utførte håndhygiene i den grad de gjorde til daglig i sitt arbeide. I forkant av observasjonene ble de ansatte bedt om å gjennomføre jobben slik som de pleide, og prøve å ikke tenke på at de ble observert. I noen få av avdelingene uttrykket de ansatte at de følte seg litt ubekvem med å bli observert, de pratet en del om håndhygiene, og hvilke meninger de hadde om håndhygiene i starten av observasjonene. Etter kort tid falt de tilbake i sitt daglige arbeid.

Antall observerte anledninger må være tilstrekkelige til ikke å kunne påvirkes av tilfeldigheter. I følge WHO's metode er det beregnet at rundt 200 anledninger for håndhygiene bør observeres per enhet, for eksempel en avdeling, for at resultatene skal kunne sammenlignes og representativiteten sikres. Det skal sies at metoden kun er brukt i helsetjenesten, og ikke i barnehage tidligere. I denne studien ble 120 anledninger observert. Observasjonene ble gjennomført med de ansatte som var til stede på det aktuelle tidspunktet. For å sikre at tilstrekkelig antall observasjoner hadde funnet sted ble det gjennomført observasjoner i noen avdelinger flere ganger for å oppnå flere anledninger, uten at det tilførte studien noen andre observasjoner en tidligere. Med det kunne man si at feltet var «mettet».

Hvis studien hadde lagt opp til å observere en og en ansatt, for å sikre at alle ansatte ble observert en gang hver kunne kanskje den statistiske validiteten økt. Men slik som observasjonene ble gjennomført i denne studien var det ett tilstrekkelig grunnlag for å trekke konklusjoner om hvordan etterlevelsen av håndhygiene hos de ansatte i denne barnehagen var.

Innsamlingen av data ble valgt på tilfeldige ukedager og uker. Tid på dagen ble bestemt i samråd med avdelingsleder i forhold til de ansattes arbeidsoppgaver. De fleste observasjonene ble gjennomført i forbindelse med måltid, stell og lek. Dette anses som relevant for studien da det er i disse situasjonene anledningene for håndhygiene i størst grad finner sted. Observasjonstiden derimot ble skjevt fordelt mellom småbarn og stor barns avdeling, dette var en tilfeldighet på grunn av barnehagens dagsplan, og enkelte av avdelingene var på aktiviteter utenfor barnehagen på tidspunkt observasjonene skulle foregå. Det hadde vært en økt troverdighet til studien om både observasjonstiden på småbarn og storbarn hadde vært like. Dette kan få konsekvenser i den grad at resultatet i størst grad representerer småbarnsavdeling, og etterlevelsen av håndhygiene i de avdelingene. Det må det tas høyde for i tolkningen av resultatene.

Under observasjonene ble det ikke gjort så mange notater, ut over det som var relevant for å skulle huske på detaljer rundt observasjonene. Ved å observere etter WHO's metode får man innblikk i organisasjonen når det gjelder smittevern i langt større grad enn om man hadde gjennomført kun en spørreskjemaundersøkelse. Man ser hvordan personalet i praksis gjennomfører håndhygiene, kan se på teknikk, valg av produkter osv. om dette er relevant for studien. Dette fører til at man får mye informasjon på kort tid. Observasjonsnotatene inneholdt ikke nok data til å kunne gjøre en kvalitativ analyse av dataene, men med et annet mål for studien og flere notater hadde dette vært mulig.

I ettertid har jeg erfart at observasjon av flere barnehager etter samme metode hadde vært mulig å gjennomføre med de ressursene som var tilstede. WHO's metode ble enklere å bruke en først antatt, og få tilpasninger krevdes for å kunne bruke denne metoden i barnehagen. Ved observasjon av flere barnehager har dette kunnet styrke konklusjonen på etterlevelsen av gjeldende rutiner for håndhygiene i barnehagen.

5.2.2 Spørreskjema

Spørreskjema ble delt ut til ansatte etter at observasjonene ble gjennomført. Først var spørreskjema tenkt for å undersøke ansattes kunnskap om innholdet i rutinene, men spørsmålene ble formulert slik at studien undersøkte ansattes kunnskap om de kjente til rutinene. Fordelen med spørreskjema var at det bestod av lukkede spørsmål, med avkrysning av svar alternativ. Det gjorde det lettere å sammenligne respondentene. Derimot var det utfordrende å formulere de riktige spørsmålene, ved bruk av lukkede spørsmål. Det kan være vanskelig å vite om respondentene forstår spørsmålene, og de kan oppleve at det mangler aktuelle svaralternativer. Svaralternativet «annet», ble derfor brukt som svar alternativ i flere av spørsmålene. Det kan føre til at opplysninger som kunne ha kommet fram ved åpne spørsmål ikke kom fram i denne studien.

De ansatte i barnehagen hadde ulik utdanning, dette ble besvart i spørreskjemaundersøkelsen. Under observasjonen kunne det vært aktuelt å kategorisere etter yrke når jeg observerte, for å se om utdanning hadde noen betydning for etterlevelse av håndhygiene. WHO legger opp til at yrke kan noteres under observeres i sin metode. Bakgrunnen for at utvalget til studien ble sett på som en gruppe ansatte, og ikke delt opp etter yrke var at gjeldende rutiner for håndhygiene i barnehagen skal være det samme uavhengig av yrke og utdanning.

Validiteten i spørreskjema ble gjennomgått av hygiesykepleier, og ikke testet ut på ansatte i barnehagen på forhånd. Det kan være en svakhet i studien at det ikke ble gjennomført en pilotundersøkelse, for finne ut om spørsmålene egentlig målte det som var ment å måle. Om en slik studie skal gjennomføres igjen, bør spørreskjema testes ut på en gruppe ansatte i en barnehage som besvarer spørreskjema slik at man måler om undersøkelsen undersøker det som er ønskelig og dermed øker studiens reliabilitet. Alternativt kunne intervju i stedet for spørreskjemaundersøkelse i etterkant av observasjonen vært aktuelt å bruke i denne studien. Med intervju kunne man fått ett

dypere innblikk i personalets kunnskap, og hatt muligheten til å stille oppklaringsspørsmål.

Spørreskjema ble lagt inn i excel, og enkel deskriptiv statistikk ble brukt til analyse av data. Fordelen med det er at data da bli tilgjengelig for hele målgruppen. Anvendelige data som er lett å tolke for både ansatte i barnehager og smittevernpersonell, og som kan brukes som et utgangspunkt for forbedringsarbeid i barnehager. Spørreskjema ble delt ut i papir til alle ansatte på grunn av liten tilgang på pc. Det hadde vært en fordel ved senere studier, og ved større utvalg at spørreskjema ble besvart elektronisk. Nøyaktigheten ved behandlingen av data hadde også vært sikrere, framfor feil som kan oppstå ved manuell registrering.

5.2.3 Relabilitet og validitet

Barnehagen var av en slik størrelse at den var representativ for andre barnehager i kommunen, og hadde avdeling for store og små barn. Den lå i nærheten av sykehuset, og tilgjengeligheten til data var fysisk nært. På grunn av oppgavens omfang i størrelse, ble det kun tatt utgangspunkt i denne barnehagen. Barnehagen har ikke tidligere hatt spesielle prosjekter eller kampanjer knyttet til håndhygiene, men følger Trondheim Kommunes anbefalinger. Barnehagen ble funnet representativ i forhold til det utvalget som var ønsket, og stilte seg positiv til å delta i studien.

Valget av metode i denne studien var relevant. At observasjonsmetoden som ble brukt er en kjent og validert metode fra WHO sikrer relabiliteten til studien. Fordeler med metoden er at den er en anvendbar metode. Den kan brukes i barnehagen i like stor grad som helsetjenesten for å observere håndhygiene. Ved intervensjon kan den brukes som en måling på effekten av intervensjonen før og etter, eller som en kartlegging av etterlevelsen som i denne studien. Metoden gir konkrete tall på etterlevelse og ser på både hånddesinfeksjon og håndvask. Flere ansatte kan bli observert samtidig. Metoden krever derimot en grundig opplæring. Den som observerer må forstå smittekjeden, og ha god kunnskap om håndhygiene. Ansatte i barnehagen kan læres opp til å observere hverandre. Ved å observere hverandre, skapes det fokus på håndhygiene. Noe som i sin tur kan gi effekt i form av bedre kunnskap, og etterlevelse. Kartleggingen ga ett godt utgangspunkt for observasjonene, og en fin mulighet til å bli kjent med feltet før observasjonene. I helsetjenesten brukes kartlegging av håndhygienefasiliteter for å se på om håndvask og hånddesinfeksjon er tilgjengelig i tilstrekkelig grad. Samtidig er man på om forutsetningene som rutiner og prosedyrer er på plass. Dette kan også være aktuelt å bruke i flere barnehager for å se på om de fysiske forutsetningene for håndhygiene er tilstede. Spørreskjema ble brukt for å få ett innblikk i personalets kunnskap om rutinene for håndhygiene. Fordelen var at alle ansatte fikk mulighet til å svare på undersøkelsen, framfor om noen hadde blitt utvalgt til ett intervju. Det er en styrke for studien av 28 av 30 personer besvarte spørreskjema, noe som kan gi et troverdig bilde av de ansattes kunnskap. Det er derimot ikke mulighet til å stille oppfølgings spørsmål ved en spørreundersøkelse, noe som hadde vært relevant å gjøre for å få kompletterende opplysninger av respondentene.

5.3 Konklusjon

Ansatte som jobber i barnehagen har fysiske forutsetninger for å kunne etterleve gjeldende håndhygiene rutiner. Kunnskap om gjeldene rutiner og etterlevelsen av disse er derimot ikke tilfredsstillende. Den lave etterlevelsen av håndhygiene blant ansatte kan ha betydning for hyppigheten av infeksjoner hos barnehagebarna.

5.4 Implikasjon

Det er behov for undervisning, kvalitetssikring og oppfølging av hygienerutinene i barnehagen. Følgende tiltak anbefales for å øke etterlevelsen av og kunnskapen om håndhygiene i barnehagen:

- Kurs og undervisning til ansatte om håndhygiene som tiltak for å hindre smittespredning.
- Opprette ett samarbeidsprosjekt mellom barnehager og Trondheim Kommune, for å utarbeide ett felles opplæringsprogram for ansatte i barnehagen.
- Smittevernpersonell som underviser i hygiene på førskolelærerutdanningen.
- Tilgjengelig smittevernpersonell i kommunen som kan bidra med formidling av kunnskap, tilsyn og oppfølging spesielt rettet mot barnehager.
- Måling av etterlevelse av håndhygiene i barnehager etter WHO's modell.

6 TAKK

Hjertelig takk til alle ansatte i barnehagen som deltok i studien. Jeg vil gi en stor takk til NHV som har tilbudt en flott utdanning i smittevern, og fleksible kurs som fint har latt seg koble med jobb. Takk til lærere og forelesere på alle kurs som har gitt god undervisning, og inspirert til videre studier. Takk til min veileder Ingemar for lærerik, konstruktiv og god veiledning. Takk til medstudenter for gode diskusjoner, motivasjon og delte erfaringer gjennom studietiden på NHV, jeg hadde ikke ønsket å vært disse årene for uten. Takk til kollega på Seksjon for smittevern for inspirasjon til skrivearbeidet, og til arbeidsgiver for permisjon til skrivearbeid og kurs. Og til slutt en hjertelig takk til familie og venner for all tålmodighet og motivasjon gjennom hele studietiden!

7 KILDER

Bengtsson, M. Lindsqvist, A. (2009). *Hygiensjukskøterska i förskolan - delrapport 2006-2009*. Smittskyddsenheten. Västra Götalandsregionen

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademiske forlag, Oslo.

De nasjonale forskningsetiske komiteene(2013). *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder- likheter og forskjeller*.
<https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/> (Juli 2014).

Fagernes, M. Lingaas E.(2009). “Impact of finger rings on transmission of bacteria during hand contact” *Infect Control Hosp Epidemiol*. Dec ;30(12):1242.

Fagernes, M og Lingaas, E.(2011) “Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers”. *Journal of Advanced Nursing* 67(2), 297–307. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05462.x

Fakta ark nr. 12, tilgjengelig på
http://www.trondheim.kommune.no/hygiene_barnehager_skoler/ (August 2013)

Folkehelseinstituttet (2004). Smittevern 11, *Nasjonal veileder for håndhygiene*.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6499&Main_6157=6263:0:25,6493&Content_6499=6259:49724::0:6269:3::0:0 (juli 2014)

Folkehelseinstituttet (2009). *Barnehager og smittevern*. Tema ark, tilgjengelig på
<http://www.fhi.no/dokumenter/93d098077c.pdf> (Oktober 2013)

Folkehelseinstituttet (2009) Smittevern 18, *Smittevernboka*. Kapittel 1
Smittevernarbeidet i Norge. E-bok tilgjengelig på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5499&MainContent_6287=6493:0:25,6832&Content_6493=6441:82336::0:6446:1::0:0 (juli 2014).

Folkehelseinstituttet (2009). Smittevern 18, *Smittevernboka*. Kapittel 8, Antibiotika.

Folkehelseinstituttet (2009) Smittevern 18, *Smittevernboka*. Kapittel 9, *Basale smittevernrutiner i helsetjenesten*. E-bok tilgjengelig på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5499&MainContent_6287=6493:0:25,6832&Content_6493=6441:82615::0:6446:9::0:0 (Juli 2014).

Folkehelseinstituttet (2009) Smittevern 18, *Smittevernboka*. Kapittel 11, *Barnehager og smittevern*. E-bok tilgjengelig på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5499&MainContent_6287=6493:0:25,6832&Content_6493=6441:82617::0:6446:10:::0:0#eHandbook826170 (juli 2014).

Folkehelseinstituttet (2012). *Om antibiotika resistens*.

<http://www.fhi.no/tema/antibiotikaresistens/antibiotikaresistens> (August 2013)

Folkehelseloven (2011). LOV 2011-06-24 nr. 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler(1995). FOR-1995-12-01-928

Forskrift om smittevern i helsetjenesten(2005). FOR-2005-06-17-610.

Hartug, S. Akselsen, P.E.(2008). «Tiltak mot antibiotikaresistens» *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 20, 128: 2343–6

Helsedirektoratet (2000). *Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.* Statens Helsetilsyn, Oslo.

Helsedirektoratet(2011). *Bra mat i barnehagen*. Statens helsetilsyn, Oslo.

Jumaa, P.A.(2004) "Hand hygien: simpe and complex" *International Journal of Infectious Diseases*. Volume 9, Issue 1 , Pages 3-14, January 2005.

Krumsvik, R.J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.

Larsen, G.S. (2006). «1880-2005 fra fattigdomssykdommer og overflodslidelser». *Tidsskrift for Den norske Legeforening* nr.1 126: 38–43.

Lenell, A. Ku"hlmann-Berenzon, S. Patricia Geli, S. Hedin, K. Petersson, Cars, O. Mannerquist, K.Burman, L.G, Fredlund, H. and the Study Group(2008) "Alcohol-based hand-disinfection reduced children's absence from Swedish day care centers"., *Journal Compilation C _ 2008 Foundation Acta Pædiatrica/Acta Pædiatrica* 2008 97, pp. 1672–1680.

Leslee, R. m.fl.(2000). "Effect of Infection Control Measures on the Frequency of Upper Respiratory Infection in Child Care: A Randomized, Controlled Trial". *Pediatrics* 2000;105;738.

Lindbæk, M. (2007). «Antibiotika i barnehagen». *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 22, 127.

Nordlie, A.L, Andersen, B.M. (2002) « Barn i barnehager - infeksjoner og bruk av antibiotika». *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 28, 122: 2707–10.

Pönkä, A., Poussa, T. Laosmaa M. (2004) "The effect of enhanced hygiene practices on absences due to infectious diseases among children in day care centers in Helsinki". *Infections* 32: 2-7.

Skadeberg, B.T., Berstad, A.K.H. (2001) "*Snørr og øreverk*" – en plage for barnet, en byrde for samfunnet. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 11,121.

Smittevernloven (2004). LOV- 1994-08-05-55. Lov om vern mot smittsomme sykdommer(smittevernloven).

Socialstyrelsen (2008). *Smitta i förskolan- en kunnskapsöversikt*. Edita, Västra Aros, Västerås.

Statistisk sentralbyrå (2014). *Barnehager, endelige tall*.
<https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/barnehager/aar-endelige/2014-04-25#content> (juli 2014).

Sundhedsstyrelsen (2011). *Smittsomme sygdomme hos børn og unge, vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.* Gp-Tryk, København-Ø.

Tizza P. Zomer MSc , Vicki Erasmus MSc, Ed F. van Beeck MD, PhD , Aimée Tjon-A-Tsien MD, PhD Jan Hendrik Richardus MD, PhD , Hélène A. C. M. Voeten PhD (2013) "Hand hygiene compliance and environmental determinants in child day care centers: An observational study". *American Journal of Infection Control* 41 (2013) 497-502.

Trondheim Kommune, miljøenheten (2013). *Hygiene i barnehager og skoler*.
http://www.trondheim.kommune.no/hygiene_barnehager_skoler/ (aug.14)

Wathne, K.O., Böhler, E. (2001) "Global child health- interventions that work". *Tidsskrift for Den norske legeforening* 121: 2607-11.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for health promotion*. WHO Geneva, 1986.

World Health Organization (2005). "*Clean Care is Safer Care*"
<http://www.who.int/gpsc/en/> (juli 2014).

World Health Organization (2009). *Guidelines on hand hygiene in health care: a summary. First global patient safety challenge clean care is safer care*.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf (Juli 2014).

World Health Organization (2009) *Hand hygiene technical reference manual*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44196/1/9789241598606_eng.pdf?ua=1 (Mai 2014).

KARTLEGGINGSSKJEMA _VERSJON 2.0

DATO:
ANTALL ANSATTE:

AVDELING:
ANTALL BARN:

Stellerom og barnetoalett:

- Håndvask
- Hånddesinfeksjon tilgjengelig
- Tørkepapir
- Flytende såpe

Ansatte toalett:

- Håndvask
- Hånddesinfeksjon tilgjengelig
- Tørkepapir
- Flytende såpe

Kjøkken:

- Håndvask
- Hånddesinfeksjon tilgjengelig
- Tørkepapir
- Flytende såpe

Andre steder det er mulig å utføre håndhygiene for ansatte:

Plakat over håndhygienerutiner:

Plakat over hvordan utføre hånddesinfeksjon, håndvask:

Prosedyrer håndhygiene:

Andre opplysninger:

OBSERVASJONSSKJEMA						
Barnehage:		Dato:		Start/slutt tid:		
Avdeling:		Observasjons nr:		Sesjonens varighet:		
Profesjon						
Kode*						
N						
Anledning		Indikasjon			Håndhygiene	
	☐	e. ute		☐	HD	
	☐	e. toalett, bleie		☐	HV	
1	☐	e. bruk av engangshansker		☐	ikke utf.	
	☐	e. nysing/pusse nesen		☐	hansker	
	☐	f. spising, håndtering mat				
	☐	e. ute		☐	HD	
	☐	e. toalett, bleie		☐	HV	
2	☐	e. bruk av engangshansker		☐	ikke utf.	
	☐	e. nysing/pusse nesen		☐	hansker	
	☐	f. spising, håndtering mat				
	☐	e. ute		☐	HD	
	☐	e. toalett, bleie		☐	HV	
3	☐	e. bruk av engangshansker		☐	ikke utf.	
	☐	e. nysing/pusse nesen		☐	hansker	
	☐	f. spising, håndtering mat				
	☐	e. ute		☐	HD	
	☐	e. toalett, bleie		☐	HV	
4	☐	e. bruk av engangshansker		☐	ikke utf.	
	☐	e. nysing/pusse nesen		☐	hansker	
	☐	f. spising, håndtering mat				
	☐	e. ute		☐	HD	
	☐	e. toalett, bleie		☐	HV	
5	☐	e. bruk av engangshansker		☐	ikke utf.	
	☐	e. nysing/pusse nesen		☐	hansker	
	☐	f. spising, håndtering mat				
	☐	e. ute		☐	HD	
	☐	e. toalett, bleie		☐	HV	
6	☐	e. bruk av engangshansker		☐	ikke utf.	
	☐	e. nysing/pusse nesen		☐	hansker	
	☐	f. spising, håndtering mat				



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Spørreundersøkelse om ansattes håndhygiene i barnehagen høsten 2013.

(Arbeider du ved flere avdelinger krysser du av for den avdelingen du arbeider i når du besvarer spørreskjema)

1. Hvilket kjønn er du? Kvinne ☐ Mann ☐
2. Hva er din alder? ☐ <20år ☐ 20-30år ☐ 30-40år ☐ 40-50år ☐ >50år
3. Hva er din høyeste fullførte utdanning?
☐ Høyskole/universitet
☐ Videregående skole
☐ Grunnskole
4. Hvilken ansettelse har du?
☐ Fast ansatt ☐ Vikariat ☐ Tilkallingsvikar ☐ Student/elev ☐ Annet
5. Hvor mange år har du arbeidet i en barnehage?
☐ <1 år ☐ 1-5år ☐ 5-10år ☐ 10-20år ☐ >20år
6. Hvilken avdeling(er) arbeider du ved?
☐ Storbarn ☐ Småbarn ☐ Arbeider ikke i avdeling
7. Bruker du ring(er), klokke, armbånd på jobb? (flere alternativ kan krysses av, kryss av for hva dine hender er besmykket med når du besvarer spørreskjema)
☐ ring(er)
☐ klokke
☐ armbånd
8. Hvor mange ganger vasker du hendene i løpet av en arbeidsdag?
☐ <10 ☐ 10-25 ganger ☐ 25-40 ganger ☐ 40-55 ganger ☐ >55 ganger
9. Hvor mange ganger desinfiserer du hendene i løpet av en arbeidsdag?
☐ <10 ☐ 10-25 ganger ☐ 25-40 ganger ☐ 40-55 ganger ☐ >55 ganger
10. Er du usikker på i hvilke situasjoner du skal utføre håndhygiene?
☐ Aldri ☐ Sjelden ☐ Av og til ☐ Ofte
11. Hvor lenge mener du man må utføre håndvask for å oppnå god håndhygiene?
☐ 5-15. sek. ☐ 15.-20 sek. ☐ 20-30. sek. ☐ 40-60. sek.

12. Hvor lenge mener du man må utføre hånddesinfeksjon for å oppnå god håndhygiene?
☐ 5-15. sek. ☐ 15.-20 sek. ☐ 20-30. sek. ☐ 40-60. sek.
13. Hvor finnes det mulighet for å utføre håndvask ved din avdeling? (flere alternativer kan krysses av)
☐ på kjøkkenet (avdelingens kjøkken)
☐ på personaltoalett
☐ på stellerom
☐ annet.....
14. Hvor finnes det mulighet for å utføre hånddesinfeksjon ved din avdeling? (flere alternativer kan krysses av)
☐ på kjøkkenet (avdelingens kjøkken)
☐ på personaltoalett
☐ på stellerom
☐ annet.....
15. Hvilket alternativ for håndhygiene foretrekker du på arbeid?
☐ hånddesinfeksjonssprit
☐ håndvask med såpe og vann
16. Hvilke av disse situasjonene utfører du håndhygiene med håndvask eller med hånddesinfeksjon, alternativt ikke utfører håndhygiene?
- a) Før du tilbereder mat eller spiser
☐ håndvask ☐ hånddesinfeksjon ☐ utfører ikke håndhygiene
- b) Før du tar rene kopper ut av oppvaskmaskinen
☐ håndvask ☐ hånddesinfeksjon ☐ utfører ikke håndhygiene
- c) Etter du kommer inn når du har vært ute
☐ håndvask ☐ hånddesinfeksjon ☐ utfører ikke håndhygiene
- d) Etter du har vært på toalettet, eller byttet bleie på ett barn
☐ håndvask ☐ hånddesinfeksjon ☐ utfører ikke håndhygiene
- e) Etter du har brukt engangshansker
☐ håndvask ☐ hånddesinfeksjon ☐ utfører ikke håndhygiene

f) Etter du har nyst eller pusset din egen nese, eller etter nysing og pussing nesen til ett barn

☐håndvask ☐hånddesinfeksjon ☐utfører ikke håndhygiene

17. Hvilke hansker har avdelingen tilgjengelig?

☐ nitril

☐ latex

☐ vinyl

☐ avdelingen har ikke hansker tilgjengelig for ansatte

18. Har avdelingen skriftlige rutiner for når ansatte skal utføre håndhygiene?

☐ ja ☐ nei

19. Har avdelingen skriftlige rutiner for hvordan ansatte skal utføre håndhygiene?

☐ ja ☐ nei

20. Hva er det som påvirker din praksis i forhold til håndhygiene på arbeidsplassen?
(Ranger fra 1-6 (kun et tall per kategori) der 6 er mest viktig og 1 er minst viktig)

☐ gode rollemodeller i avdelingen

☐ arbeidsplassens rutiner for håndhygiene

☐ god tilgjengelighet av hånddesinfeksjon

☐ god tilgjengelighet av håndvask

☐ kunnskap fra utdanning

☐ private holdninger

☐ redd for muligheten for å bli smittet

Tusen takk for at du svarte på spørreundersøkelsen

Skjemaene besvares innen onsdag 13.11.
Skjemaene legges i konvolutt og oppbevares i avdelingen til de blir hentet 13.11.13.

Mvh Mari Sagli Holte, Hygienesykepleier/Mph student
Seksjon for smittevern
Fagavdelingen, St.Olavs Hospital
tlf 725-76739
e-post: mari.sagli.holte@stolav.no

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Ramunas Kazakauskas	73597509	10.09.2013	2013/1681/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			09.09.2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Mari Sagli Holte

2013/1681 Hygiene i barnehagen

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 09.09.2013. Søknaden ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4.

Bakgrunn og formål:

Infeksjonssykdommer forekommer hyppig hos barn som går i barnehagen. Hygiene i barnehagen er ett område det er lite fokus på sammenlignet med hygiene i sykehus, tross folkehelseperspektivet. Barns fravær fra barnehagen pga infeksjonssykdommer kan også føre til at foreldre må være hjemme fra sitt arbeid. Det viktigste enkelttiltaket for å forebygge smitteoverføring er som kjent håndhygiene.

Formålet er å kartlegge hygienerutinene blant ansatte i barnehagen ved hjelp av observasjon av ansattes håndhygiene og kartlegging av rutiner med fokus på kritiske punkt som stellerutiner og kjøkkenrutiner, i tillegg til anonyme spørreskjema til de ansatte.

Vurdering

Prosjektet fremstår ikke som medisinsk og helsefaglig forskning, men som annen type forskning. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 2 og § 4, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Vedtak

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Ramunas Kazakauskas
Førstekonsulent

Kopi til: *rek-midt@medisin.ntnu.no*

Trondheim 25.09.13

Informasjon om studie ved Øya Barnehager, Trondheim Kommune.

I forbindelse med masteroppgave i Public Health gjennomfører jeg i perioden uke 39-44 studier i deres barnehage. Studien vil foregå etter følgende avtalte rammer: Alle ansatte har på forhånd fått en kort informasjon om hva studien går ut på. Det er bestemt at alle avdelingene ved barnehagen vil bli involvert. Hver ansatt blir observert i forhold til etterlevelse av gjeldende anbefalinger for håndhygiene i barnehagen, dette vil foregå med utgangspunkt i WHO's metode for observasjon av håndhygiene. Det gjennomføres en kartlegging av fasiliteter som kan ha betydning for smittespredning på den enkelte avdelingen i barnehagen, dette ut fra gjeldende anbefalinger fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Trondheim Kommune. Alle ansatte vil i slutten av perioden få tilsendt spørreskjema pr mail (Quest Back).

Data som samles inn i forbindelse med observasjoner, kartlegging og spørreskjema vil være anonyme. Ingen personlige opplysninger vil bli lagret. Studien er lagt fram for Regional Etisk Komité (REK) (se vedlegg).

Smittevernoverlege Eli Sagvik i Trondheim Kommune er orientert om studien.

Mvh Mari Sagli Holte
Hygienesykepleier /Mph student
Seksjon for smittevern
Fagavdelingen, St.Olavs Hospital

Jeg bekrefter å ha mottatt informasjon om studien, og samtykker til at studien gjennomføres.

Øya, 26.9.13
Sted/dato


Underskrift enhetsleder Trine Nevermo

Vedlegg: Vurdering fra REK.

