



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp
Fakultetet for landskap og samfunn

Hygienpraxis inom barndagvården

Diskursanalys av miljöhälsoskyddets riktlinjer i
Finland, Norge och Sverige

Anne-May Sundström
Folkehelsevitenskap

Förord

Som finlandssvensk har jag alltid varit intresserad av Norden. Jag sökte mig till masterstudier i folkhälsovetenskap, med en bakgrund av miljöhälsoskyddarbete, för att vidga mina vyer och stärka min kompetens inom folkhälsoarbete. Hygien inom barndagvården väckte mitt intresse genom studiegången och med erfarenhet av egna barn inom både offentlig barndagvård i Finland och privat barndagvård i Norge, blev detta tema en naturlig del av studien.

Arbetet med masteravhandlingen har varit en krävande process, inte minst med tanke på att forskningen pågick mitt under Covid-19-pandemin och under de tider då de mest ingripande restriktionerna var aktuella. För att hålla fokus på arbetet med avhandlingen har jag levt efter mottot ”om jag klarar av detta, så klarar jag vad som helst” och det har hållit mig upprätt. Att uppleva *mestring* är en del av den goda sidan av folkhälsovetenskapen, men utan hjälp på vägen, hade nog känslan av att mästra kanske aldrig infunnit sig.

Jag vill tacka mina två handledare för deras insats. Först Ruth Kjørsti Raanaas; Tack för din konstruktiva handledning och för din omtänksamhet kring min avhandling och min studietid i Norge. Och Pål E. Dingstad; Tack för att du introducerade mig in i diskursens värld. För en teoretiker som jag, har diskursen varit mitt största hinder.

Tusen tack till min medstudent Anne; Du har varit min norske stöttepelare genom hela studietiden, utan dig hade min tid i Norge inte varit lika värdefull som den blev. Tack till mina barndomsvänner som peppat mig längs vägen, med fina och motiverande ord i vår privata gruppchat; ni finns alltid där fast vi inte kunnat ses.

Till sist vill jag tacka min familj. Tack Johan, för att du gjorde det möjligt för mig att studera i Norge och för att du ställt upp för mig i vått och torrt hela vägen; och till min 7-åriga dotter Agnes, som peppat mig med orden ”mamma, du behöver inte vara orolig, det går nog bra”. Jag älskar er!

Augusti, 2021

Anne-May Sundström

Sammandrag

Utgående från ett hälsoskyddsperspektiv ska verksamhetsutövare inom barndagvården se till att de utrymmen som barn vistas i är så trygga och hälsosamma som möjligt.

Hälsoskyddsmyndigheterna i Norden har ytterligare ett ansvar för att tillsynen sköts ändamålsenligt. I denna avhandling forskas hur problem och lösningar kring hygienpraxis inom barndagvården framställs i de finska, norska och svenska riktlinjerna och hurdana likheter och skillnader om hygienpraxis som finns framställda i de respektive riktlinjerna.

Genom en diskursanalys har tre hälsoskyddsmyndigheters riktlinjer för barndagvård analyserats utifrån en analysmodell inspirerad av Carol Bacchis "What's the problem represented to be"-ansats: Dessa riktlinjer är: "*Anvisning för tillsyn över förhållandena i daghem och skolor samt förebyggande och utredning av sanitär olägenhet*" (Valvira, 2018), "*Miljø- og helse i barnehagen – veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*" (Helsedirektoratet, 2014) och "*Folkhälsomyndighetens allmänna råd om städning i skolor, förskolor, fritidshem och öppen fritidsverksamhet*" (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Sammanlagt identifierades 6 teman, som kommer mer eller mindre tydligt fram i de olika ländernas riktlinjer: Brister i tillräckliga hygienrutiner, rengöringsrutiner och ansvar för dessa inom barndagvården, brister i planering av dagvårdsutrymmen, ansvar för egenkontrollen och dess betydelse för hygien samt framställning av tillit, samarbete och fördelning av ansvar.

De tre ländernas hygienrutiner inom barndagvården återspeglas i det sätt folkhälsoarbetet är organiserat i länderna, där till exempel Finland möjligen har en mer hälsovårdsinriktad fokus. Resultaten som presenteras visar på att både liknande och olika problem och lösningar representeras i de respektive länderna, i fråga om att förhålla sig till hygienrutiner, rengöring, egenkontroll och ansvarsfördelning. Detta visar att riktlinjerna är utformade utgående från den hälsopolitisk kontext som de olika länderna har utformat, både i fråga om miljöhälsoskydd och barnomsorg. Till exempel kan det tolkas som att den privata sektorns inflytande på barndagvården genom större grad av liberalisering är speciellt påtaglig i Norge, och att myndighetsanvisningar är formade därefter.

Nyckelord: Miljöhälsoskydd, barndagvård, Riktlinjer, Diskursanalys

Abstract

Based on a health protection perspective, Child Care operators must ensure that the Day Care Centers in which children stay are as safe and healthy as possible. The health protection authorities in the Nordic countries have an additional responsibility to ensure that supervision is carried out appropriately. This Master thesis researches how problems and solutions regarding hygiene practices in Child Care Centers are presented in the Finnish, Norwegian and Swedish guidelines and how similarities and differences regarding hygiene practices are presented in the respective guidelines.

Through a discourse analysis, three Health Protection Authorities' guidelines for Child Day Care have been analyzed based on an analysis model inspired by Carol Bacchi's "What's the problem represented to be" approach. These guidelines are: "*Anvisning för tillsyn över förhållandena i daghem och skolor samt förebyggande och utredning av sanitär olägenhet*" (Valvira, 2018), "*Miljø- og helse i barnehagen – veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*" (Helsedirektoratet, 2014) and "*Folkhälsomyndighetens allmänna råd om städning i skolor, förskolor, fritidshem och öppen fritidsverksamhet*" (Folkhälsomyndigheten, 2014).

A total of 6 themes were identified, that are more or less evident in the different countries' guidelines: Deficiencies in adequate hygiene routines, cleaning routines and responsibilities for the routines in Child Care Centers, deficiencies in the planning of day care facilities, responsibility for in-house control and its importance for hygiene, and production of trust, cooperation, and allocation of responsibilities.

The three countries' hygiene routines in Child Care Centers also reflect the way public health work is organized in the countries where, for example, Finland may have a more Health Care-oriented focus. The results presented show that both similar and different problems and solutions are represented in the respective countries, in terms of relating to hygiene routines, cleaning, in-house control system and division of responsibilities. This shows that the guidelines are designed based on the health policy context that the various countries have designed, both in terms of environmental health and Child Care. It can e.g., be interpreted that the private sector's influence on Child Day Care through a greater degree of liberalization is particularly noticeable in Norway, and that government instructions are shaped accordingly.

Keywords: Environmental health, Child Day Care, Guidelines, Discourse analysis

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| 1. Introduktion | 7 |
| 2. Bakgrund | 8 |
| 2.1 Den nordiska välfärdstatsmodellen | 8 |
| 2.2 Barnomsorg i Norden | 10 |
| 2.2.1 Barnomsorg i Finland | 12 |
| 2.2.2 Barnomsorg i Norge | 13 |
| 2.2.3 Barnomsorg i Sverige | 13 |
| 2.3 Miljöhälsa och tillsynens traditioner i Norden | 14 |
| 2.3.1 Miljöhälsoskyddet i Finland | 15 |
| 2.3.2 Miljørettet helsevern i Norge | 17 |
| 2.3.3 Hälsoskyddet och miljövard i Sverige | 19 |
| 2.4 Hygien och spridning av infektionssjukdomar | 21 |
| 2.5 Hygien och smittskydd inom barndagvården | 22 |
| 2.6 Myndighetsanvisningar och riktlinjer som verktyg | 24 |
| 3. Syfte med avhandlingen | 25 |
| 3.1 Forskningsfrågor | 25 |
| 4. Metodteori och metodiskt tillvägagångssätt | 26 |
| 4.1 Diskursanalys | 26 |
| 4.2 WPR-ansats | 28 |
| 4.3 Val av myndighetsanvisningar som informationskälla | 29 |
| 4.3.1 Avgränsning av textmaterial i dokumenten | 31 |
| 4.4 Analysprocess | 32 |
| 4.4.1 Reflexivitet | 33 |
| 4.4.2 Etik | 34 |
| 5. Resultat | 35 |

| | |
|---|----|
| 5.1 Presentation och kännetecken med ländernas anvisningar | 35 |
| 5.1.1 Finland – <i>Anvisning för tillsyn över förhållanden i daghem och skolor samt förebyggande och utredning av sanitär olägenhet</i> | 35 |
| 5.1.2 Norge – <i>Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler</i> | 36 |
| 5.1.3 Sverige – <i>Folkhälsomyndighetens allmänna råd om städning i skolor, förskolor, fritidshem och öppen fritidsverksamhet</i> | 37 |
| 5.1.4 Sammanfattning av anvisningarnas särdrag | 37 |
| 5.2 Vilka problem är representerade och vad är lösningen? | 37 |
| 5.3 Brister i tillräckliga hygienrutiner | 39 |
| 5.3.1 Finlands fokus på hygienrutiner | 39 |
| 5.3.2 Norges fokus på hygienrutiner | 41 |
| 5.3.3 Sveriges fokus på bristande hygien | 43 |
| 5.3.4 Sammanfattning av hygienrutiner | 44 |
| 5.4. Rengöringsrutiner och ansvar för dessa inom barndagvården | 44 |
| 5.4.1 Finlands fokus på hur rengöringsrutiner inverkar på hygien | 44 |
| 5.4.2 Fokus på tydliga rengöringsrutiner i Norge | 46 |
| 5.4.3 Rengöringsrutiner i Sverige..... | 49 |
| 5.4.4 Sammanfattning av rengöringsrutiner | 51 |
| 5.5 Brister i planering av dagvårdsutrymmen | 51 |
| 5.5.1 Brister i planering av dagvårdsutrymmen i Finland..... | 51 |
| 5.5.2 Brister i planering av dagvårdsutrymmen i Norge | 53 |
| 5.5.3 Brister i planering av dagvårdsutrymmen i Sverige | 55 |
| 5.5.4 Sammanfattning av dagvårdsutrymmenas planläggning | 56 |
| 5.6 Ansvar för egenkontrollen och dess betydelse för hygien | 56 |
| 5.6.1 Brister i systematisk egenkontroll och kunskaper kring den i Finland | 56 |
| 5.6.2 Betydelsen av egenkontroll i Norge | 57 |
| 5.6.3 Egenkontrollens betydelse för hygien i Sverige | 59 |
| 5.6.4 Sammanfattning av egenkontroll..... | 59 |

| | |
|---|----|
| 5.7 Framställning av tillit, samarbete och fördelning av ansvar | 60 |
| 5.7.1 Frånvaro av ansvarsfördelning och samarbete i Finland..... | 60 |
| 5.7.2 Ansvarsfördelning och betydelsen av att klargöra det i Norge | 64 |
| 5.7.3 Ansvarsfördelning och betydelsen av att klargöra det i Sverige | 67 |
| 5.7.4 Sammanfattning av ansvar och roller..... | 68 |
| 6. Diskussion | 68 |
| 6.1 Folkhälsosamarbete i Norden..... | 68 |
| 6.2 Betydelsen av privatisering av barndagvården..... | 70 |
| 6.3 Planläggning av dagvårdsutrymmen och kommunens ansvar | 74 |
| 6.4 Olika erfarenheter av hygienrutiner i de olika länderna..... | 75 |
| 6.5 Fokuset på arbetsmiljöhälsa i de olika länderna..... | 78 |
| 6.6 Antibac vs. handtvättens betydelse | 79 |
| 6.7 Olika kultur för att kunna leka ute (och längst möjligt)..... | 80 |
| 6.8 Hälsoskyddets samarbete på frammarsch | 81 |
| 6.9 Hälsoskyddsmyndighetens kommunikation med föräldrar och barn i barndagvården .. | 83 |
| 6.10 Metodiska begränsningar | 84 |
| 7. Konklusion och implikationer för praxis och vidare forskning | 86 |
| Referenslista | 88 |

Bilaga I Dataanalysschema

1. Introduktion

Barn är helt beroende av de vuxna som bestämmer för dem var de bor och vistas samt hur de lär sig och leker. Eftersom barn är i denna speciella situation så måste de vuxna och samhället lägga fokus på och arbeta för att skydda barnens hälsa (Erkkola et al., 2007, s.27). I Norden är barnomsorg utanför hemmet en viktig del av den styrande samhällsstrukturen, där den största delen av de nordiska barnen, från spädbarns- till skolålder, tillbringar sin vardag inom barndagvården. I dessa dagvårdsutrymmen kan barn exponeras för faktorer som kan vara negativa för hälsan. Sådana faktorer kan ha potentiella skadliga hälsokonsekvenser, både på kort och lång sikt. En faktor kan till exempel vara inomhusluftens kvalitet, som i sin tur kan återspeglas i hur hygien hos de som befinner sig i utrymmena sköts samt hur städning, rengöring och underhåll utförs. Eftersom barn tillbringar i regel mycket tid på daghem, är det speciellt viktigt att daghemsmiljön är bra och hälsosam. Det finns anvisningar för såväl barndagvård som tillsynsmyndigheter för att säkerställa att hälsoskydd kan tas i beaktande i daghemsmiljöer.

Inom studieprogrammet *Master i Folkehelsevitenskap* vid Norges miljø- og biovitenskaplige universitet ligger fokus på hälsofrämjande- och förebyggande arbete, där man nämner miljöhälsoskydd som ett traditionellt område inom folkhälsovetenskap. Man lägger vikt på att folkhälsa skall ingå i planarbete och att tyngdpunkten ligger på hälsofrämjande bland befolkningen, som kan inkludera bland annat miljö och omgivning (Norges miljø- og biovitenskaplige universitet, 2021).

I detta sammanhang är det barnens miljö och omgivning i form av inomhusmiljön och sanitära utrymmen inom barndagvården som avhandlingen tar fatt i. Denna avhandling fokuserar på hur omfattande hälsoskyddsmyndigheternas anvisningar beskriver hygienpraxis, det vill säga rutiner för hygien, städning och renhållning inom barndagvården, för att barn i dagvård inte skall utsättas för sanitära olägenheter. Dessa anvisningar har utformats i olika hälsopolitiska kontexter och det som man lägger vikt på kan vara olika, utgående från de olika ländernas historia och traditioner för hantering av hygienpraxis. Det kan därför vara intressant att undersöka utformningen av sådana anvisningar i ljuset av den hälsopolitiska kontext de har uppstått. Fastän avhandlingen inte lägger fokus på Covid-19-pandemin som sådan, så har studiens tema blivit mer aktuell i och med den och gör pandemisituationen därför intressant att reflektera över.

Finland, Norge och Sverige är alla välutvecklade välfärdsstater och har gemensamma drag av sociala, klimatmässiga och ekonomiska förhållanden. Detta inkluderar också barnomsorg för barn ända upp i skolåldern. Det är grunden till att det är intressant att jämföra dessa tre länder och försöka att förstå likheter och skillnader i ljuset av de olika ländernas utveckling inom miljöhälsoskydd och barndagvård. Denna avhandling försöker förstå de olika diskurser som återspeglas i de olika ländernas riktlinjer för hygienpraxis inom barndagvården. Syftet med denna avhandling är inte att låta ett land framstå som bättre än ett annat land, utan att se på hur tre nordiska välfärdsstater framhåller de riktlinjer som senast publicerats, varpå jag önskar att diskutera detta i ljus av vad som fortsatt är gällande ute i samhället.

2. Bakgrund

För att få en inblick i avhandlingens syfte så tar bakgrundsdelen fasta på den nordiska välfärdsstaten, hur de nordiska ländernas barnomsorg är ordnad och hur miljöhälsoskydd är uppbyggd, samt om hygien generellt och hur smittskydd och hygien beaktas inom barndagvården.

2.1 Den nordiska välfärdsstatsmodellen

Då man ser på barndagvård och miljöhälsoskydd, så kan dessa knytas till offentlig välfärd och därför är det av betydelse att redogöra för välfärdsmodellen i de nordiska länderna. Med en välfärdsstat avses en stat som har ett system för att ge sin befolkning ett grundläggande behov av sociala stödtjänster, hälsovård och utbildning (Nylenna, 2019, s.32). Enligt Esping-Andersen (1990) finns det internationella variationer i hur de sociala rättigheterna är organiserade mellan stat, marknad och familj (Esping-Andersen, 1990, s.26). Enligt Esping-Andersen kan dessa variationer fördelas i tre olika regimer, det vill säga välfärdsstater. Om vi ser till de nordiska länderna, så bygger de på den ”socialdemokratiska välfärdsstaten”. Den socialdemokratiska välfärdsstaten härstammar från den tid då socialdemokratin var den dominerade kraften bakom de sociala reformer som genomfördes (Esping-Andersen, 1990, s.26).

Enligt Esping-Andersen (1990) hade Danmark, Norge och Sverige i detta tillfälle det starkaste greppet om det socialpolitiska välfärdssystemet, som styrdes starkt av den socialdemokratiska

politiken i dessa länder på 1930-talet. Finland däremot utkämpade ett krig mot Sovjetunionen under andra världskriget och det var först efter krigstiden som Finland ökade sin dekommodifiering genom socialdemokratisering (Esping-Andersen, 1990, s.53).

I den socialdemokratiska välfärdsstaten är strävan att främja mest möjlig jämlikhet av hög standard, genom att både tjänster och sociala fördelar gynnar alla i samhället; och vilket betyder att den socialdemokratiska välfärdsmodellen, som syftar till att utjämna sociala ojämlikheter, bygger på ett progressivt skattesystem och därmed också relativt hög sysselsättning (Esping-Andersen, 1990, s.28). Sverige var det första landet i Norden där socialdemokraterna fick genomslag och banade väg för kvinnors framsteg och tillväxt i den offentliga sektorn (Esping-Andersen, 1990, s.69). Dessa två kan ses i ljuset av varandra; att tillgodose kvinnors efterfrågan på arbete och utbudet av tjänster, i detta fall barndagvård, som behövs för att kvinnor skall kunna arbeta och även som ett arbetsfält där kvinnor getts arbete (Esping-Andersen, 1990, s.223).

Den nordiska välfärdsstaten finansieras av bland annat skatter och avgifter som befolkningen sedan kan få tillgodo genom hälso-tjänster och stöd (Nylenna, 2019, s.32). Vad gäller hälsoväsendet i de nordiska länderna kännetecknas de av en stark samhällsförankring bland befolkningen, där hälsa anses vara en universell rättighet. Man kallar detta för ”den nordiska modellen”, där välfärdssystemet är väl uppbyggt, det har gjorts stora satsningar på utbildning och där samarbetet mellan myndigheter och arbetslivet är omfattande (Nylenna, 2019, s.127). Man lägger vikt på att förbättra och utveckla social- och hälso-tjänster samt utbildningstjänster. Fortsättningsvis har den nordiska välfärdsstaten ett stort stöd i våra länder (Heikkilä et al., 2005, s.11).

Nyliberalistiska tankar har börjat utmana grunden för välfärdsstaten och den nordiska modellen ser idag ut att vara byggd på såväl marknadskrafter som statlig styrning (Kogstad, 2002, s.227-228). Detta kan sägas ha startat under 1980-talet när *New public management* kom in i den offentliga förvaltningen. *New public management* bygger på principer från näringslivets styrningssätt och detta har haft inverkan på hälso-tjänster och annan offentlig förvaltning (Nylenna, 2019, s.128). Kogstad (2002) lyfter upp att man ville ordna upp och effektivisera kommunförvaltningen, vilket bland annat gjordes genom att man hyrde in konsulter med erfarenhet från näringslivet. Man lade vikt på sådana uppgifter som man ansåg att kommunerna skötte ineffektivt, såsom bland annat fastigheter, underhåll och även hälsa (Kogstad, 2002, s.175). Denna utveckling har kanske inte haft någon specifik påverkan på den

kommunala hälsoskyddstillsynen men själva sättet som barndagvården drivs på i olika länder kan ha en betydelse på hälsoskyddet.

2.2 Barnomsorg i Norden

I FN:s barnkonvention om barns rättigheter som slogs fast i FN:s generalförsamling 1989, understryks att barn har ett behov för speciellt skydd och lyfter fram att alla barn har rätt till liv och hälsa, rätt till skola och utveckling, rätt till deltagande och inflytande samt rätt till omsorg och beskydd (Barnkonventionen, 1989). Om man ser till den nordiska välfärdsmodellen är både mänskliga rättigheter och barns rättigheter centrala. Inom det nordiska samarbetet ska arbetet med att stärka barns rättigheter lyftas fram på alla fackområden och Norden ska vara en motor som har fokus på att stärka barns uppväxtvillkor (Meld. St. 23 (2019-2020)). Denna samhällsstruktur ger möjligheter att hjälpa och stärka barns rätt till ett tryggt liv och hälsa. En av stöttepelarna i den nordiska välfärdsmodellen är den institutionella barndagvården.

I Norden är barnomsorg utanför hemmet en viktig del av den styrande samhällsstrukturen, då vi kan lämna av våra barn i barndagvården, för att själva kunna jobba och tjäna samhället. Allt från spädbarnsålder upp till skolåldern, kan våra barn tillbringa vardagarna i utrymmen, som definieras som daghem. Om vi ser på hur barns rättigheter tagits i beaktande i Norden, så kan vi se att barnomsorgen har en gemensam historia i Norden, bland annat genom de värderingar som den nordiska välfärdsmodellen står för (Mansikka & Lundqvist, 2019, s.112).

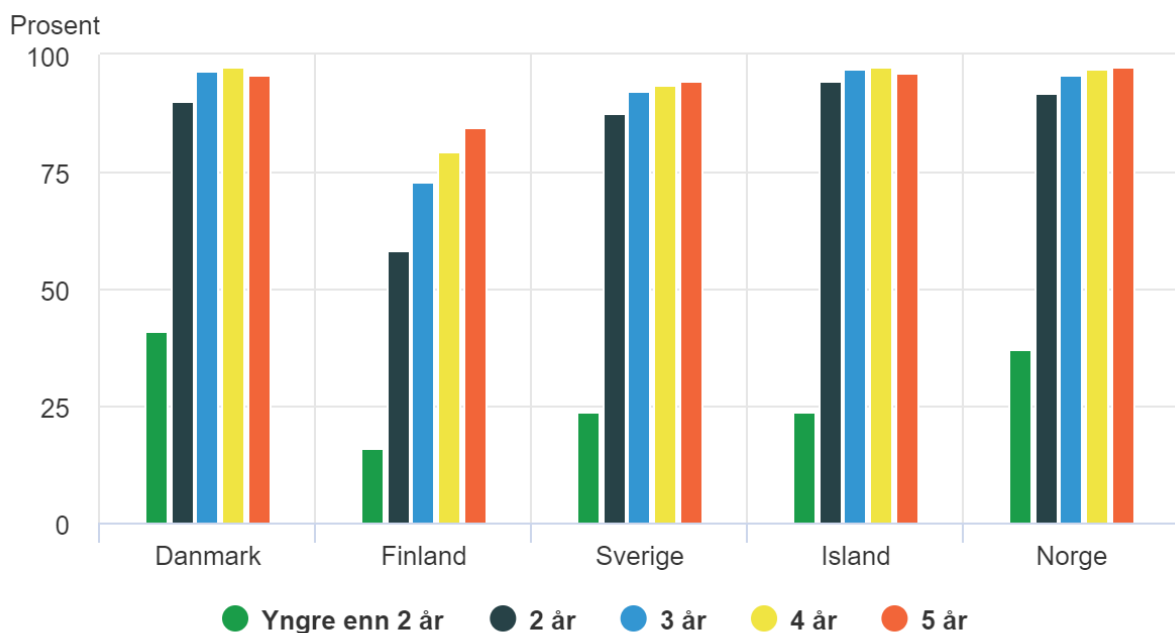
Vad gäller barndagvården, som är en form av utbildning i sig, bygger på sociala och kulturella traditioner. Institutionaliserad som kännetecknar de nordiska länderna, pekar mot att det nästan är en regel att barn under 6 år går i någon form av dagvårdsverksamhet (Mansikka & Lundqvist, 2019, s.112). Barndagvården kan även ses som en institution där barnen ska garanteras rättigheter såsom lek, vård, lärande och trygghet för liv och hälsa. För att se på barndagvårdens centrala roll i att ta hand om barnens, och därmed även om samhällets, hälsa är det viktigt att se närmare på hur barnomsorgen är organiserad i de tre länderna.

I litteraturen som används som bakgrund till denna avhandling används begreppet barndagvård som ett övergripande beskrivning för barnomsorg, daghemsvård, förskola och småbarnspedagogik. Gällande utrymmen för barndagvård som kommer begreppet daghem att användas. För Finlands del pratar man om småbarnspedagogik och i Sverige om förskola. I dessa två länder omfattar daghem där barn kan vårdas från en ålder av 0–7 år. I Norge används begreppet *barnehage* och är daghem där barn vårdas i från 1 till 6 års ålder.

Enligt den norska Statistisk sentralbyrå (2019) använder Norge mest pengar på barndagvårdsektorn av de nordiska länderna, medan Finland använder minst (Statistisk sentralbyrå, 2019, s.1). En av orsakerna till detta kan vara att både tillbudet och organiseringen av barndagvården varierar i Norden (Statistisk sentralbyrå, 2019, s.3). Variationen i hur detta är organiserat har delvis med traditioner och barndagvård-/utbildningspolitik att göra. I Norge inleder man skolgången vid en ålder av 6 år, medan man i Finland och Sverige startar skolan det året man fyller 7 år. I Finland har man obligatorisk förskola som ordnas som en del av barndagvården medan motsvarande förskoleverksamhet i Sverige är en del av skolan (Statistisk sentralbyrå, 2019, s.5).

I statistiktabelen (se tabell 1) nedan framgår hur åldersfördelningen i Norden år 2016 såg ut procentuellt i förhållande till barn i dagvård per land:

Figur 3. Andel barn i barnehagen (ISCED 0) i ulike aldre i nordiske land. 2016



Kilde: OECD, Education at a Glance 2018 (tabell B2.1a).

Tabell 1. Statistisk sentralbyrå. (2019). *Norge bruker mest på de minste*. Tillgänglig från <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/norge-bruker-mest-pa-de-minste> (läst 8.10.2020)

Som tabellen ovan visar är antalet barn yngre än två år betydligt högre i Norge än i Sverige och Finland. Däremot, om man ser till de högre åldersgrupperna är andelen barn i

barndagvård betydligt lägre i Finland än i Norge och Sverige. Detta kan förklaras vid att både strukturen och organiseringen av barndagvården ser olik ut i Finland, Norge och Sverige.

Nedan redogörs för hur barndagvården har byggts upp och hur stor procentandel av barnen som har barndagvård i dagsläget i de nordiska länderna.

2.2.1 Barnomsorg i Finland

I Finland är den subjektiva rätten till kommunal dagvård idag en av den viktigaste stöttepelaren inom det finländska rättssystemet. 1973 trädde lagen om barndagvård (36/1973) i kraft som lagstiftade om hur organiseringen av dagvård skulle bli kommunernas ansvar. I och med lagen så blev kommunen skyldig att ordna eller övervaka behovet av dagvård (Heikkilä et al., 2005, s.37). I Finland används begreppet barndagvård och småbarnpedagogik parallellt och omfattar både vård av barn i daghem, familjedagvård och lekverksamhet. Idag är det Lagen om småbarnspedagogik (540/2018) som tillämpas i fråga om bland annat daghemsverksamhet och familjedagvård, och dessa dagvårdsformer kan organiseras och upprätthålls av en kommun, samkommun eller en privat serviceproducent (Lag om småbarnspedagogik, 2018, § 1). I denna lagstiftning finns bestämmelser om kommunens skyldighet att ordna småbarnspedagogik och i det fall där man köper småbarnspedagogik av en privat aktör är det kommunens eller samkommunens skyldighet att kräva samma motsvarande servicenivå som motsvarar den som ordnas på kommunal nivå (Lag om småbarnspedagogik, 2018, § 5). Detta betyder att kommunen är skyldig att sköta ordnandet av den lagstadgade småbarnspedagogiken och står således ansvarig för organiseringen av barndagvården, fastän man ingått avtal med en privat serviceaktör (Kommunförbundet, 2018).

Finland har haft en stark tradition av hemvård men andelen barn inom organiserad barndagvårdsverksamhet har ökat under 2000-talet (Mansikka & Lundqvist, 2019, s.112). År 2017 vårdades 82 % av barn mellan 3-5 år i kommunal eller privat regi i Finland jämfört med hela 95% i Norge och Sverige (Mansikka & Lundqvist, 2019, s.112). Orsaken kan ligga i att man får ett hemvårdsbidrag i Finland om man stannar hemma med sitt barn fram tills att barnet fyllt 3 år (Statistisk centralbyrå, 2019, s.5).

I 2019 var antalet 0-6-åriga barn i Finland 265 618 st. (Statistikcentralen, 2020, s.12). Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2020) deltog 76% av alla barn i småbarnspedagogik (tidigare dagvård/dagis). Här ser man en stor skillnad mellan åldersgrupperna, där deltagande i småbarnspedagogiken för barn under 1 år är endast 1%, medan 69% av 2-åringar och hela 91% av 5-åringar deltar (Institutet för hälsa och välfärd, 2020).

2.2.2 Barnomsorg i Norge

I Norge införde man 1975 ”loven om barnehager” (barnehageloven), där man då fastslog daghemmen som en oberoende samhällsinstitution (Nordtømme, 2016, s.27). Barnehageloven slog då fast, precis som i Finland, att det var kommunen som hade ansvar för upprätthållande av daghem. Idag är det ”loven om barnehager” från 2005 som reglerar både den privata och offentliga barndagvården i Norge (Barnehageloven, 2005). Kommunen är den lokala barndagvårdsmyndigheten och har myndighetsansvar över både offentliga och privata daghem (Barnehageloven, 2005, § 10).

I 2020 hade 92,8% av alla barn i åldern 1-5 år tillgång till en dagvårdsplats i ett daghem i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2021). Täckningsgraden är hög i alla åldersgrupper; 85,4% av 1-2 åringar och 97,3 % av 3-5 åringar deltar i barndagvården (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Vad gäller huruvida barndagvården ägs och drivs av den offentliga sektorn kontra privata aktörer är ur norskt hänseende viktigt att lyfta fram. Detta kan ses i samband med en efterfrågan av effektivisering av tjänster i linje med *New Public Management* (Kogstad, 2002, s.175). Under år 2020 var 47% av daghemmen kommunala medan 53% drevs av privata aktörer i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2021). Detta skiljer sig märkbart från de övriga två länderna. Statistik från 2019 visar att i Finland består de kommunala daghemmen för hela 76% av dagvårdsverksamheten (Institutet för hälsa och välfärd, 2020) och samma år drevs 71% av förskolorna i Sverige på kommunal basis (Skolverket, 2020).

2.2.3 Barnomsorg i Sverige

I motsatt till Finland och Norge som har specifika daghemslagar, så är förskolan i Sverige betecknad som en form av skola och ingår således i en skollag (Vallberg Roth, 2013, s.43). I Sverige används benämningen förskola i stället för barndagvård eller daghem. I kapitel 8 i skollagen redogörs för bestämmelser om den svenska förskolan. I Sverige är det också hemkommunen som ha ansvar för ordnande av barndagvården (Skollagen, 2010, § 12). Enligt 2 § i skollagen ska barndagvården bidra till att stimulera barnens utveckling och dess lärande, och därtill skapa förutsättning för en trygg omsorg för barn (Skollagen, 2010). I *Läroplan för förskolan* (2019) framgår att barndagvården ska bidra till en grundläggande trygghet och självförtroende för barn (Skolverket, 2019, s.5).

Andelen inskrivna barn i den svenska förskolan år 2019 var 522 000 barn. Av barn i åldern 1-5 år är andelen inskrivna i förskolan över 85 %, varav andelen barn i åldersgruppen 4-5 år är högst representerad med ett deltagande på 95 % (Skolverket, 2020, s.7).

2.3 Miljöhälsa och tillsynens traditioner i Norden

Ett av syftena med barndagvårdsverksamhet är att det skall säkerställas att miljön som barnen vårdas i är hälsosam och trygg (Lag om småbarnspedagogik, 2018, § 3). Detta ger orsak till att utöver att se på barndagvård, även lyfta fram miljöhälsoskyddet. Förutom barndagvård så är även miljöhälsa en del av välfärdsstatens hälsotjänster och stöd, och det kan även ses som ett led i det förebyggande folkhälsoarbetet. World Health Organisation (WHO) definierade 2016 miljöhälsa som omgivningsmiljöns fysiska, kemiska och biologiska faktorer och alla därtill relaterade faktorer som kan påverka människors beteenden (Folkhälsomyndigheten, 2018, s.7). Miljöhälsoskyddets målsättning är att minska och förebygga hälsoskador förorsakade av bland annat livsmiljön samt levnads- och arbetsförhållanden (Jaakkola & Mussalo-Rauhamaa, 1993, s.190). Krogstad (2002) menar att:

«Helse og miljøvern kan ses som to sider av samme sak, men når vi tar med «helsevern» i tillegg til «miljøvern», understreker vi samtidig at mennesker og menneskers helse er et selvstendig mål, ikke bare et middel i miljøvernarbeidet» (Krogstad, 2002, s.47).

Det visar att miljöhälsoskydd fokuserar på att se miljö och hälsa som en sammanhängande faktor. Till exempel planläggning och miljöplanering i en kommun, som påverkar människans fysiska och sociala miljö, kan ha en hälsofrämjande men också en negativ hälsoeffekt på invånarna (Jaakkola & Mussalo-Rauhamaa, 1993, s.191).

Vuorinen et al. (2007) framhåller att de miljöhälsorisker man försökte bekämpa i Norden i slutet på 1800-talet, var speciellt inriktade på bakterier. Genom bakteriologin och vetenskapen om vattenburna sjukdomar kunde vattenförsörjningen utvecklas och därtill kom man till insikt om att karantän och isolering av sjuka individer var ett effektivt sätt att hindra att smittsamma sjukdomar spred sig bland befolkningen (Vuorinen et al., 2007, s.231). Fastän bakteriologin fortsättningsvis var i störst fokus i början på 1900-talet, så hade man vetenskap om och beaktade även andra hälsodeterminanter (Vuorinen et al., 2007, s.233).

En viktig aspekt i miljöhälsoskyddets utveckling i Norden, speciellt för Finland och Sverige, har varit inträdet i EU. I samband med inträdet i Europeiska unionen 1995 tog man till exempel i bruk lagstiftning som omfattade egenkontroll bland verksamhetsutövare (Vuorinen et al., 2007, s.241). Med egenkontroll skall verksamhetsutövare övervaka och säkerställa att den verksamhet de erbjuder uppfyller kraven som ställs på dem via respektive lands hälsoskyddslagstiftning. I och med verksamhetsutövarnas egenkontroll har man kunnat ersätta

en del av den offentliga tillsynen och därmed minskat dess behov (Vuorinen et al., 2007, s.241).

Utgående från hälsoförvaltningens traditioner och nuvarande förvaltningsform i de olika nordiska länderna har tillsynen av miljöhälsoskyddet även sköts på olika sätt.

Miljöhälsoskyddsövervakningen har formats över tid, från olika inriktningar och folkhälsoperspektiv. I de tre olika länderna används olika begrepp för miljöhälsa. I Finland används både benämningen miljö- och hälsoskydd samt miljöhälsoskydd parallellt, i Sverige används begreppet miljö- och hälsoskydd och i Norge är det miljöriktat hälsoskydd (*miljørettet helsevern*) som används. I avhandlingen kommer främst begreppen miljöhälsoskydd och hälsoskydd att användas för att omtala miljöhälsoskyddsarbetet. Nedan följer en redogörelse över hur tillsynen av hälsoskyddet har formats till den tillsyn som utförs idag i respektive land.

2.3.1 Miljöhälsoskyddet i Finland

Det finländska miljöhälsoarbetet har sitt ursprung inom hälsovårdssektorn. Finlands utveckling inom hälsovården var på 1800-talet influerat av Central- och Västeuropa men främst såg man till Sverige som ett föredöme inom hälsovården (Vuorinen et al., 2007, s.226). Fram mot 1900-talet hade arbetarrörelsen lyft upp befolkningens hälsotillstånd på den politiska agendan men miljö- och sociala frågor ledde inte fram till några avsevärda förändringar i befolkningens levnadsförhållanden (Vuorinen et al., 2007, s.231).

Enligt Helena Mussalo-Rauhamaa (2013) sköttes mycket av 1900-talets miljöhygienarbete i Finland av flera yrken, såsom veterinärer och vatten- och avfallshanteringsingenjörer. Läkarna å sin sida skötte om infektionssjukdomar och epidemier, med huvudfokus på vacciner (Mussalo-Rauhamaa, 2013, s.150). Detta bidrog också till att man gjorde betydande framsteg för att hantera biologiska hälsorisker i vår miljö, vilket återspeglades i att barndödligheten i Finland sjönk och den förväntade livslängden höjdes (Vuorinen et al., 2007, s.233).

Efter andra världskriget blev dock miljöhälsoskyddet lagt åt sidan och framtill 1970-talet var fokuset inte så stort på miljöhälsa i landet (Vuorinen et al., 2007, s.238). Men förändringar inom miljöhälsoskyddet kom sedan under 1970- och 1980-talet, då grunden till ett administrativt miljöskydd stiftades. Detta ledde till att en del av miljöhälsoskyddets uppgifter överfördes till den administrationen (Vuorinen et al., 2007, s.234).

På 1970-talet ändrade vinklingen och man började studera förändringar som var hälsovådliga för miljön, dess hälsoeffekter och hur det kunde förebyggas, det vill säga man studerade förhållanden mellan miljö och hälsa (Mussalo-Rauhamaa, 2013, s.145). Det var också på 1970-talet som undervisningen i hygien på medicinska fakulteten ändrade till att omfatta folkhälsovetenskap (Mussalo-Rauhamaa, 2013, s.145). En del av den vetenskapen var statistik där man kunde jämföra befolkning, fattigdom, dödlighet, ekonomi och bostäder mellan olika städer, för att sedan kunna utföra hygienåtgärder och därmed ha en översyn av befolkningens allmänna hälsa (Mussalo-Rauhamaa, 2013, s.147).

I Finland instiftades en folkhälsolag 1972 och var det första av de nordiska länderna att ta i bruk en reell folkhälsolag. I den finska folkhälsolagen kallas folkhälsoarbetet även för primärvård och man lyfter fram folkhälsoarbetet som hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande riktat mot individen, befolkningen och livsmiljön och som individriktad sjukvård (Folkhälsolag, 1972, § 1). I och med det används begreppet miljö- och hälsoskydd för bestämmelser gällande hälsoskydd riktat mot individen och livsmiljön (Folkhälsolag, 1972).

På 1990-talet började miljöhygien forma sig till att omfatta mätningar och kontroller av kemiska, fysiska och biologiska hälsorisker i miljön, medan miljömedicin försökte bland annat epidemiologisk värdera hälsorisker utgående från de miljöfaktorer som miljöhygien fick fram (Mussalo-Rauhamaa, 2013, s.150). En märkbar förändring skedde i samband med den finländska regeringsbytet 1995, där de Gröna nu ingick, varvid man lade märke till att fokuset på miljöhälsa hade förändrats i samhället (Vuorinen et al., 2007, s.238). Under denna regeringsperiod blev det fastställt att de offentliga myndigheterna skulle sträva efter att garantera alla finländare rätten till en hälsosam miljö och även kunna påverka beslutfattandet om sin levnadsmiljö (Mussalo-Rauhamaa, 2013, s.151; Vuorinen et al., 2007, s.238).

I 7 § i hälsoskyddslagen (1995) redogörs för att den kommunala hälsoskyddsmyndigheten är den instans som på kommunal nivå eller genom samarbetsavtal har behörighet att sköta om och utövar tillsyn i verksamheter som omfattas av ifrågavarande lag. För att underlätta tillsynsarbetet, kan ett kommunfullmäktige ge den kommunala hälsoskyddsmyndigheten rätt att överföra behörighet till en kommunal tjänsteinnehavare (Hälsoskyddslagen, 1995). Denna tjänsteinnehavare bär oftast titeln hälsoinspektör.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården; Valvira, är den statliga myndighet som kontrollerar den kommunala hälsoskyddsmyndigheten gällande tillsyn i anknytning till

hälsoskyddslagen (Valvira, 2020). Valvira är en statlig myndighet i Finland och är underställd Social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Valviras behörighet omfattar bland annat verksamheter inom social- och hälsovård, småbarnspedagogik och miljöhälsoskydd samt ”handleder regionförvaltningsverken i syfte att skapa enhetlig (...) tillsynspraxis i hela Finland” (Valvira, 2020). Till Valviras uppgifter inom hälsoskyddet hör bland annat att utarbeta anvisningar för att underlätta de kommunala hälsoskyddsmyndigheternas tillsynsarbete (Valvira, 2017). Enligt Valvira (2017) är ”syftet med hälsoskyddet att upprätthålla och främja befolkningens hälsa och att förebygga, minska och eliminera sådana faktorer som kan orsaka fara eller skada för människors hälsa och livsmiljö” (Valvira, 2017).

2.3.2 Miljørettet helsevern i Norge

Den norska hälso- och samhällsutvecklingen har kanske fått sin starkaste grund i ”Sunnhetsloven” (Lov om Sundhedscommissioner) som stiftades 1860. Denna Sunnhetslov från 1860 stod sig en lång tid och först i 1984 ersattes den av ”kommunehelsetjensteloven”, då det norska välståndet hade ökat och hälsotjänsten blivit mera effektiv (Nylenna, 2019, s.20).

Redan i den första bygglagen ”byggningsloven” som instiftades 1827 hade man bestämmelser som skulle bidra till att hälsoskador förhindrades (Nylenna, 2019, s.19). Då man fick mera kunskap om att det fanns ett samband mellan hygieniska förhållanden och risken för sjukdom, bidrog detta till att både lagstiftning och människors levnadsvanor förändrades (Nylenna, 2019, s.19). I slutet av 1800-talet då industrialiseringen satte fart blev det också en ökad urbanisering och myndigheterna började jobba i sjukdomsförebyggande syfte. I ”sunnhetsloven” fanns bestämmelser om att det skulle etableras lokala ”sunnhetskommisjoner” med läkare som överhuvud (Nylenna, 2019, s.25). Dessa hälsokommisjoner hade som uppgift att förbättra de miljöhygieniska förhållanden i samhället och jobba för att förhindra smittsamma sjukdomar att sprida sig (Nylenna, 2019, s.25).

Kogstad (2002) framhåller att framtill 1950 utfördes åtgärder med hänsynen till folkhälsan ur välfärdspolitiska skäl, medan expertgrupper började sin framfart efter 1950 och man satsade mera på den läkande verksamheten och började få mera bakteriologisk kunskap om mikrober och infektionsvägar (Kogstad, 2002, s.29-30). Efter att man börjades se på hygien mera på gruppnivå, så lyfte man i 1950 ut den miljöinriktade och tekniska hygien från socialmedicinen som fokuserade på mera individinriktade åtgärder (Nylenna, 2019, s.20). På 1960-talet växte miljörelsen sig starkare och bland deras budskap fanns att se på hur folkhälsan påverkas av miljö och strukturella förhållanden (Kogstad, 2002, s.32).

I nutid då samhällsutvecklingen består av olika specialistgrupper har innehållet i samhällsmedicin också ändrat. Då det idag finns ingenjörer och tekniker som sköter om anläggningar och drift, myndigheter som handhar ansvaret för bland annat livsmedelstillsyn och kosmetika så har det tekniska hygienarbetet fallit bort från läkarna och hälsovården (Nylenna, 2019, s.26).

Miljöhälsoskyddet är en del av det samhällsmedicinska arbetet. På 1800-talet utsattes man för förorenat dricksvatten, de hygieniska förhållandena var dåliga och människorna var undernärda men genom systematiska satsningar på dessa områden har förbättrat vår hälsa. Många av satsningarna har utfört utanför hälsoväsendet och ansvaret ligger på andra instanser och samhällstjänster idag (Nylenna, 2019, s.102).

I Norge har miljöhälsa, ”*miljørettet helsevern*” (fritt översatt till miljöinriktat hälsoskydd), åtminstone tangerats sedan ”Sunnhetsloven” inrättades 1860. I den lagen som då stiftades, inrättades lokala hälsokommissioner som hade som uppgift att fokusera på olika områden och dess hälsotillstånd, som på den tiden mest omfattades av infektionssjukdomar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s.132).

I Helse- og omsorgsdepartementets proposition till Stortinget (2011) framkommer att Norge tog i bruk en folkhälso lag 1982 och 1988 lades miljöhälsoskyddet till i ”kommunehelsetjensteloven” och miljöhälsoskyddet blev således ansedd som en liten del av folkhälsoarbetet. Fram tills 2010-talet blev miljöhälsoarbetet mera sett på som ett hygien tekniskt arbete (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s.132).

I och med förnyande av Loven om folkehelsearbeid (*Folkehelseloven*), som trädde i kraft 2012, förändrades samhällsstrukturen till att kommunerna fick ett helhetsansvar för folkhälsoarbetet. Syftet med lagen är att bidra till en samhällsutveckling som främjar folkhälsa och lägger till rätta för ett långsiktigt och systematiskt folkhälsoarbete (Folkehelseloven, § 1). Idag är miljöhälsoskyddet inkluderat i *Folkehelseloven* och beskrivs i 8 § att ”omfatta de faktorer i miljön, som när som helst direkt eller indirekt kan ha inverkan på hälsan” (Folkehelseloven, 2011).

Helsedirektoratet är ett statligt myndighetsorgan som har en roll som facklig rådgivare, en myndighet som ska genomföra den hälsopolitik som bestämts och därigenom förvaltar lagar och förordningar (Helsedirektoratet, 2020). Detta betyder att Helsedirektoratet är den statliga myndighet som fungerar som facklig rådgivare till tillsynsmyndigheten inom hälsoskyddet.

I 9 § i *Folkehelseloven* (2011) är tillsynsansvaret för miljöhälsoskyddet lagt på kommunen (eller genom delegering till ett interkommunalt organ) och kan utövas av kommunläkaren och av kommunen definierade avdelningar av miljö- och hälsoskydd (Folkehelseloven, 2011). Den tillsynsverksamhet som en kommun utför skall ske utgående från en riskvärdering, så även miljöhälsoskyddet. Detta betyder att miljöhälsoskyddet skall ha en överblick på de verksamheter och utrymmen som finns på sitt tillsynsområde (Helsedirektoratet, 2016, s.8). Miljöhälsoskyddets tillsyn är myndighetsutövning och det ger kommunen rätt och plikt till att utöva tillsyn av verksamheter som omfattas av lagen (Helsedirektoratet, 2016, s.9).

Då det gäller tillsyn av daghem i Norge så är det den egna förordningen; *forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.* från 1995, som är styrande. Enligt Helsedirektoratet (2016) handlar tillsynsarbetet främst om att tolka de bestämmelser som är stipulerade i lagar och förordningar, och se till att kraven i verksamheterna är uppfyllda och att åtgärder krävs ifall kraven inte uppfylls (Helsedirektoratet, 2016, s.10). Helsedirektoratet har en anvisning (2014) till sin förordning om miljöhälsoskydd i daghem och skolor och de menar att den anvisningen finns som hjälp till myndigheten att göra tolkningar, förstå ordalydelser, syften och praxis med lagstiftningen (Helsedirektoratet, 2016, s.27).

2.3.3 Hälsoskyddet och miljövård i Sverige

I Sverige ingår miljöhälsoskyddet idag som en del i Miljöbalken, som är regelverket för både hälsoskydd- och miljölagstiftningen (Miljöbalken, 1998). Dock har hälsoskyddet lite längre anor än miljöskyddet. I Sverige, som i de andra nordiska länderna, var det under senare delen av 1800-talet man började prata om naturskydd och föroreningar relaterade till vatten och luft (Bro, 2000, s.18). Hälsovården blev debatterad under 1850-talet med anledning av hälsoproblem som många svenska städer upplevde och det föranledde att det 1874 stiftades en hälsovårdsstadga (Bro, 2000, s.21). Denna stadga var det första regelverket som omfattade de hälsoproblem som man uppdagat i Sverige, vilket ledde till en utbyggnad av vatten- och avloppsledningar, och då började man även se på hygien i bostäder och på hur livsmedel kontrollerades (Bro, 2000, s.99).

Miljöskyddet å sin sida blev aktuellt under 1900-talet i och med vattenskyddsfrågor men först på 1960-talet uppstod debatter om olika luft-, mark och vattenproblem som bidrog till att miljöskyddslagen instiftades 1969 (Bro, 2000, s.22). I Sverige lades grunden till dagens miljöövervakning på 1960-talet, då man konstaterade att den påverkan som vi människor gjorde på miljön blev alltmer tydlig, främst genom industrins påverkan på luft- och vattenkvaliteten. 1967 grundades miljöskyddslagen och längs åren framåt skötes tillsynen

tillfälligt av olika myndigheter (Statens offentliga utredningar, 2019, s.41). 1991 tog den svenska regeringen ett beslut om att miljöövervakningen skulle omfatta hälsoeffekter och 2013 fastslog regeringen att tillsynen även skulle omfatta *speciellt* inomhusmiljö, eftersom regeringen ansåg att i synnerhet barn vistas mycket inomhus (Statens offentliga utredningar, 2019, s.77-78). Bro (2000) menar att det är viktigt att inte se hälsovården och miljöskyddet som separata utvecklingsområden utan de bör studeras tillsammans fastän de utvecklats i olika riktningar.

”Den principiella skillnaden är att hälsoskyddet etablerades för att skydda människors hälsa samt för att undvika spridningen av hälsorisker, medan miljöskyddet syftar till att skydda själva miljön” (Bro, 2000, s.21).

I Sverige har man inte instiftat en skild folkhälsolag. Det svenska miljöhälsoskyddet är traditionellt styrd under miljöövervakningen. Miljöbalken från 1999 är den svenska grundläggande lagstiftning inom miljöhälsoskydd idag och enligt kapitel 9 i miljöbalken står kommunen för förverkligande av tillsynen inom miljöhälsoskyddet (Miljöbalken, 1998).

Den svenska Folkhälsomyndighetens roll inom hälsoskydd (och smittskydd) är att de är en statlig tillsynsvägledande myndighet, som skall hjälpa kommunerna att kunna utföra en effektiv och jämlik tillsyn (Folkhälsomyndigheten, 2020b). Folkhälsomyndighetens hjälp till kommunerna kan bestå i både muntlig och skriftlig vägledning i sakfrågor, där den skriftliga vägledningen handlar om att ge ut allmänna råd och rådgivande texter (Folkhälsomyndigheten, 2020b).

Ansvar för tillsyn av hälsoskyddet i en kommun ligger hos en miljö- och hälsoskyddsnämnd, där den praktiska tillsynen utförs från ett kommunalt miljö- och hälsoskyddskontor av miljö- och hälsoinspektörer (Folkhälsomyndigheten, 2020b). För den kommunala hälsoskyddsmyndigheten innebär tillsynsansvaret att de skall ”kontrollera att miljöbalkens regler följs och att ingripa när en verksamhetsutövare eller ägare inte vidtar de åtgärder som med goda grunder kan krävas för att förhindra eller undanröja olägenheter för människors hälsa” (Socialstyrelsen, 2008, s.63).

Enligt § 2 i miljöbalken skall en verksamhetsidkaren som till exempel driver barndagvård erhålla väsentlig kunskap om verksamheten, fortlöpande planera och granska sin verksamhet för att förhindra att hälsoolägenheter uppstår (Miljöbalken, 1998). För att tillsynsmyndigheten skall kunna förebygga och förhindra hälsoolägenheter för befolkningen, behöver de göra ett rutinmässigt tillsynsarbete. Den rutinmässiga planeringen handlar om att identifiera de

verksamheter och risker som finns på sitt tillsynsområde. I 38 § i miljöbalken finns listat de objekt, lokaler och verksamheter som anses ha de största riskerna angivna (Socialstyrelsen, 2008, s.16-17). Hit hör bland annat förskoleverksamheter, det vill säga barndagvård. Den rutinmässiga tillsynen som miljöhälsoskyddsmyndigheten gör är för att bibehålla en god hygienisk standard och för att undvika smittspridning i och från verksamheterna (Socialstyrelsen, 2008, s.18).

2.4 Hygien och spridning av infektionssjukdomar

För att förstå betydelsen av en god hygien i daghemmen bör man se lite generellt på vad hygien är och dess betydelse för folkhälsan. Ordet hygien härstammar från det grekiska ordet *hygieinē'* i femininform (hälsosam) och *hygiē's* (frisk) och enligt Nationalencyklopedin står hygien för "renlighet, avlägsnande av smuts och sjukdomsalstrande ämnen från människor och deras omgivning, dels vetenskapen om hur miljöfaktorer påverkar människans och djurens hälsotillstånd" (Nationalencyklopedin, u.å).

Att hygien och hygienrutiner spelar en väsentlig roll för folkhälsan är uppenbart. Här kan man dela upp hygienrutiner i individuella hygienåtgärder och i rengöringsrutiner, som bidragande orsaker till att upprätthålla en bra hygien. I Social- och hälsovårdsministeriets handbok (2005) om minskning av infektionsrisken inom dagvården finns det nämnt att hygienrutiner som utförs på individuell basis kan omfatta bland annat möjlighet till handtvätt och toalettbesök, rätt host- och nysningsteknik och att hålla smittsamma personer borta från till exempel barndagvården. Hygienrutiner som omfattar rengöring, handlar om hur lokaler och redskap rengörs för att upprätthålla en tillräcklig hygien i utrymmen där människor vistas (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005).

Därmed kan upprätthållande av goda hygienrutiner vara en orsak för att minska spridning av smittsamma sjukdomar. Detta är speciellt viktigt inom till exempel barndagvården, då infektionssjukdomar är speciellt problematiska för personer med nedsatt immunförsvar, för barn och för äldre (Webb et al., 2017, s.338). Spridning av smittsamma sjukdomar sker genom en så kallad värd; som är en människa eller ett djur, och om man ser på hur spridningen av infektionssjukdomar kan överföras, kan tre olika smittsätt nämnas; direkt smitta, indirekt smitta och luftburen smitta (Webb et al., 2017, s.340). Direkt smitta sker genom nära personlig kontakt, där smittstoff kan överföras från en smittsam människa eller djur till en annan person, genom att handhälsa, prata, hosta eller nysa (Webb et al., 2017,

s.341). Här har våra förhållningssätt till hygien en betydelse på överföringen av infektioner, genom att vi bland annat är medvetna om hur vi utför tillräcklig handtvätt, använder skyddshandskar eller munskydd.

Vid indirekt smitta handlar det om att bli infekterad från ”dött” material (bärare), som har ett smittstoff på sig. Enligt Webb (2017) kan en indirekt bärare av smitta kan vara ett livsmedel, vatten, jordmaterial eller sängkläder och handdukar. Indirekt smitta kan också komma från en mellanvärd (vektorer), som bär på en smitta. Dessa vektorer kan vara myggor, fästingar etcetera (Webb et al., 2017, s.341). Därtill är luftburen smitta en väsentlig del av smittspridning, då det kan vara fråga smittstoff som finns i luftkonditionering eller spridning av *Legionella pneumophila*-bakterien från kyltorn eller varmvattenanläggning (Webb et al., 2017, s.342).

2.5 Hygien och smittskydd inom barndagvården

Då man ser på barndagvårdens delaktighet i välfärdsmodellen, som ska hantera barnens rätt till liv och hälsa, inbegriper det också att skydda dem mot smittsamma sjukdomar. Barn tillbringar i regel mycket tid på daghem, vilket gör det speciellt viktigt att daghemsmiljön är bra och hälsosam. I kap. 2 § 8 i den svenska skollagen är det också stipulerat att verksamhetsutövare har ansvar för att barngrupperna är lämpligt stora och sammansatta för att ge barnen en god miljö (Skollagen, 2010). Myndigheterna har ett speciellt ansvar då det gäller att trygga tillvaron och miljön som barnen vistas i (Meld. St. 19 (2014-2015), s.121). Inom barndagvården kan myndigheterna nå ut till barn och föräldrar när de arbetar med hälsoproblem i allmänhet och mer specifikt med infektionskontroll.

Dessa daghemsutrymmen skall uppfylla vissa krav och omfattar olika verksamheter, bland annat skall barn i dessa utrymmen skötas tillsammans med andra barn, krypa, stå och gå, leka, äta, gå på toaletten och byta blöjor, tvätta händer, förvara kläder och så vidare. Därmed skall daghem, förutom att vara så hela som möjligt, också kunna rengöras och skötas så hygieniskt som möjligt. Samtidigt är det här som barnen ska lära sig om personlig hygien, som har en stor inverkan på hygien i daghemmen.

I samband med att ett barn övergår från hemvård till barndagvård, exponeras barnen för en ny omgivning. Enligt Erkkola (2007) är daghem ett av de områden som kräver särskild uppmärksamhet, eftersom de utgör viktiga livsmiljöer för barn. Speciellt för små barn innebär stora daghems- och skolgrupper ökad risk för infektionssjukdomar. En god inomhusluft är en

viktig förutsättning för friska luftvägar (Erkkola et al., 2007, s.12). Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2005) är de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro för barn i barndagvård kortvariga infektionssjukdomar, såsom infektioner i de övre luftvägarna. Här framkommer att en viktig faktor som kan ha en bidragande orsak till förekomsten av infektioner bland daghemsbarn är gruppstorlekarna i dagvårdsenheterna. Då barnen umgås i nära kontakt med andra barn är det också lättare att mikrober smittar mellan dem. Småbarn som är i början av sin daghemsvistelse är speciellt mottagliga för smittsamma sjukdomar och därför skall särskild uppmärksamhet riktas mot hur hygien och rutiner för rengöring utförs på daghem (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005, s.13).

Enligt Nylenna (2019) kan man se på hur vårt beroende av att vara nära varandra påverkar oss hälsomässigt, då man ser det utgående från hur vi hanterar smittsamma sjukdomar. Man har i lång tid sett på att umgänge med en sjuk person ökar risken för att man själv insjuknar (Nylenna, 2019, s.29). I detta sammanhang kan man också nämna att risken för att få en smittsam sjukdom är beroende av sjukdomens egenskaper och hur mottaglig individen är för smittan. Därtill har förekomsten av sjukdomen och förhållanden i samhället, såsom sociala strukturer, en inverkan på hur stor risken är att man insjuknar. Detta betyder att genom att förbättra individens allmäntillstånd och hygien kan man minska sjukdomsspridning bland befolkningen (Nylenna, 2019, s.30).

Många studier om barndagvårdens effekt på barnsjukdomar finns. Erkkola (2007) nämner att man har sett en multiplicering av förekomsten av vanliga luftvägs- och tarminfektioner hos barn i stora dagvårdsgrupper. Därtill är det vanligt med epidemier, orsakade av bland annat Rotavirus, vattkoppor, smittkoppor, löss och bandmask. Genom att förbättra hygien kan risken för sjukdom minskas avsevärt (Erkkola et al., 2007, s.156).

I Uhari och Möttörens studie (1999) utförd i Finland, utvärderades möjligheterna att minska infektionsriskerna genom förebyggande program, eftersom barnomsorg utanför det egna hemmet (dvs. dagvård) anses öka infektioner hos barn. I rapporten kom fram att ett effektivt förebyggande av infektioner, genom bland annat intensifierad handtvätt, användning av desinfektionsmedel och engångshanddukar, genom rengöring av daghemmen och tvätt av leksaker etcetera är möjligt och gynnsamt både för barnfamiljer och personal (Uhari & Möttören, 1999).

Att se till att utrymmen där barn vistas är rengjorda och hygieniska är a och o för att upprätthålla en god hygien bland daghemmen och minska risken för smittsamma sjukdomar.

Enligt Becher & Øvrevik (2017) är rengöring som utförs korrekt en bidragande åtgärd till att mikrober, allergener och partiklar i ineluften minskar. En bra rengöring av sanitära utrymmen bidrar också till att kvaliteten på ytor upprätthålls och smittoriskerna minskar (Becher & Øvrevik, 2017, s.33).

2.6 Myndighetsanvisningar och riktlinjer som verktyg

Att utöva offentlig tillsyn är en del av hälsoskyddsmyndigheternas verktyg att övervaka att verksamheter följer de krav som lagstiftningen kräver. Detta gör också att tillsynen är den centrala delen i miljöhälsomyndighetens förvaltningsarbete. Tillsyn kan föregå planmässigt men även tillsyn med anledning av klagomål och misstanke, till exempel om sanitära olägenheter i ett daghem kan utföras akut (Livsmedelsverket & Valvira, 2019, s.8).

I samband med tillsynsbesök har verksamhetsutövare möjlighet att få information och rådgivning av tillsynsmyndigheten (Livsmedelsverket & Valvira, 2019, s.14).

Tillsynsmyndigheten har även en skyldighet att ge ut information och handledning och se till att invånarens intressen tas i beaktande (Helsedirektoratet, 2016, s.7).

Helsedirektoratet (2016) framhåller att förutom handledning i rent konkreta tillsynsärenden är även handledning till allmänheten av viktighet, då detta kan bidra till att på ett pedagogiskt sätt kunna påverka attityder och beteenden. Att tillsynsmyndigheten informerar och handleder kan skapa en förståelse för var och en om vad det är som ligger till grund för de krav som finns ställda i lagstiftningen (Helsedirektoratet, 2016, s.73). Livsmedelsverket & Valvira framhåller (2019) att en tillsyn som bygger på samarbete och informationsutbyte mellan andra myndigheter och med aktörer är mera effektiv och bärkraftig, både för tillsynsmyndigheten och för aktören (Livsmedelsverket & Valvira, 2019, s.8).

Anvisningar är ett av de instrument som myndigheter har för att mer ingående kunna redogöra för tolkning av lagstiftning. Enligt Nylenna (2019) kan en anvisning vara ett vägledande dokument som utarbetats från en förordning och som kan vara omfattande eller innehålla olika riktlinjer (Nylenna, 2019, s.116). Enligt Helsedirektoratet (2019) är dess råd och rekommendationer i en anvisning inte rättsligt förpliktande för de som driver eller utövar verksamheter men de förmedlar myndighetens uppfattning om vad som är en god praxis, till exempel vad som är bra praxis för hur daghem skall skötas, hur lagstiftning ska tolkas och även vilka prioriteringar som överensstämmer med den 'hälso- och sjukvårdspolitik' som godkänts inom vissa sektorer (Helsedirektoratet, 2019).

3. Syfte med avhandlingen

Samhällsstrukturen och tillsynsmetodiken i Finland, Norge och Sverige liknar varandra på många områden men skillnaderna gör att en komparativ analys mellan länderna är av intresse. I avhandlingen görs jämförelser mellan de finska, norska och svenska hälsoskyddsmyndigheternas riktlinjer inom barndagvården. Jag önskar att tolka dessa i ljuset av ländernas unika kontext och sätta detta upp emot varandra och se på likheter och skillnader.

Det överordnade målet med avhandlingen är att bidra med kunskap om hur riktlinjer för hygienpraxis inom barndagvården är formade. Detta både när det gäller medvetenhet om hur myndigheterna har utformat sådana dokument och när det gäller hur barndagvården tar till sig riktlinjerna. Den faktiska hygienpraxisen inom barndagvården hänger samman med hur dessa riktlinjer har utformats. Avhandlingen ska ge kunskap om praxis inom barndagvården och sambandet mellan riktlinjer och praxis, i ljus av de hälsopolitiska riktlinjer som gäller i de olika länderna. Detta kan bidra med kunskap om sambandet mellan politik och praxis som utformats.

Avhandlingen kan bidra till förändring om hur länderna ser till varandra och får anledning att ta de andra ländernas kunskap och riktlinjer i beaktande. Denna avhandling är utarbetad under pågående Covid-19 pandemi och forskning om olika länders strategier under pandemin kommer säkerligen att göras i åren framöver. Denna avhandling kan ligga som grund för hur man kritiskt granskar länders riktlinjer utan att gå in på vad som är rätt eller fel men där man kan ta lärdom av varandra och utvärdera den egna myndighetens policy. Kunskapen i avhandlingen kan tillämpas av de olika ländernas myndigheter och bidra till ett kunskapsbaserat beslutfattande, då vart och ett land på sikt ska utvärdera sin egen politik och förbereda för en annan praxis, inom till exempel barndagvården.

3.1 Forskningsfrågor

Forskningsfrågorna som styr diskursanalysen är: Vad problematiseras i miljöhälsoskyddets riktlinjer i de olika länderna? Vad presenteras som lösningar för miljöhälsoskyddet i riktlinjerna? Vem görs ansvarig för det som problematiseras i de olika riktlinjerna och vem är ansvarig för lösningarna?

Problemställningen i avhandlingen är: Finns det likheter och skillnader i miljöhälsoskyddets riktlinjer för barndagvården i Finland, Norge och Sverige? Hur kan dessa skillnader förstås mot bakgrund av de olika ländernas hälsopolitiska utveckling inom miljöhälsoskydd och barndagvård?

4. Metodteori och metodiskt tillvägagångssätt

För att svara på problemställningen i denna avhandling har jag valt att använda mig av diskursanalys som metod, för att gå in i de diskurser som kan ingå i offentliga dokument. Diskursanalys som metod och speciellt Carol Bacchis WPR-ansats används här, där utgångspunkten i vad man föreslår att skall åtgärdas i de offentliga dokumenten avslöjar vad man anser vara problematiskt (Bacchi, 2012, s.21). De dokumentanvisningar jag ska se på är officiella dokumentanvisningar från statliga myndigheter, vilket kan anses som en del av de politiska riktlinjer som råder vid tidpunkten för dokumentens giltighet. I metodkapitlet presenteras begreppet diskursanalys, som är den bakomliggande analysen av de dokumentanvisningar jag analyserat, samt Carol Bacchis WPR-ansats.

4.1 Diskursanalys

Enkelt sagt är en diskurs vad som sägs inom ett begränsat fält, där till exempel en hälsodiskurs är det som har sagts om hälsa. En diskursanalys är studien av hur något omtalas/nämns/pratas om. Diskurs kan man tänka sig vara en form av diskussion där dess uttryck är det som styr vår verklighetsuppfattning. Man kan säga att en diskurs är det som sägs, eller rättare det som sagts om världen eller verkligheten (Jørgensen & Phillips, 2000, s.7). En diskurs kan sägas att sker efter ett bestämt mönster och efter underförstådda diskursiva regler, som för denna studie gäller hygien, smittskydd och rengöring som leder till konsekvenser i form av åtgärder och regler.

Michel Foucault kan betraktas som stark förknippad med diskurs och diskursanalys (Boréus & Bergström, 2018, s.258). Enligt Jørgensen & Phillips (2000) var Foucault den som i stort utvecklade teori och begrepp inom diskursanalysen. Foucault tar utgångspunkt i att kunskap inte helt återspeglar verkligheten utan att sanningen är diskursivt sammansatt och formad i olika kunskapsregimer, vilket handlar om att se på vad som är lagligt och berättigat att säga

och vad som är helt uteslutet samt vad i diskurserna som ses som sant och falskt (Jørgensen & Phillips, 2000, s.19). Här kan man belysa att sanningen om hygien, smittskydd, förebyggning och folkhälsa ändrar sig över tid och plats. Det man får reda på genom diskursanalyser är vilka sanningar och verkligheter som produceras i de olika länderna. Att fokuset kan vara olikt i rätt likasinnade länder, därför att det omtalas olikt och kan vara baserat på olika tillämpningar, kommer till uttryck genom diskursanalys. Denna diskursanalys kan göras genom att jämföra rapporter om forskning och riktlinjer.

Ordet diskurs syftar Foucault i boken "The Archaeology of Knowledge" (1972) som "practices that systematically form the objects of which they speak" (Boréus & Bergström, 2018, s.258; Foucault, 1972, s.49) och som kan beskrivas vid att diskursen formar de objekt som vi yttrar oss om. Detta kan man se utifrån att hälsodiskurser i de olika länderna främjar deras verkligheter och sanningar, som oftast tas för givet.

Enligt Foucault (1972) är alltid frågan man kan ställa sig inför varje diskursivt faktum, enligt vilka normer det uttalandet man ser på har byggts upp och enligt vilka normer kan man frambringa andra uttalanden. Därmed kan man vidare utveckla frågan med att se på varför just det uttalandet som getts och inte något annat. Här är det frågan om att rekonstruera en annan diskurs, det oskrivna och det som finns skrivet mellan raderna. Det handlar helt enkelt om att se på vad som verkligen sägs i det som sägs (Foucault, 1972, s.27-28). I denna studie handlar det om att denna diskursanalys har ett fokus på de diskursiva reglerna, de principer som de olika länderna har frambringat.

Foucault har visat med hjälp av diskursen att frågor om makt och kunskap kan placeras i fokus (Boréus & Bergström, 2018, s.258). Diskursanalytiska studier i Foucaults anda kan utgå från frågor om hur en viss kunskap skapas, upprätthålls och reproduceras och vilka påverkan denna kunskap kan få (Boréus & Bergström, 2018, s.259). Boréus & Bergström skriver vidare att "man kan till exempel i sina studier vara intresserad av hur något utpekats som problematiskt, eller hur en del sociala utövare kan göras opersonlig för att hantera det som framställts som problematiskt och hur sådana föreställningar kan forma och styra människor" (Boréus & Bergström, 2018, s.259). Enligt Jørgensen og Phillips (2000) framhåller Foucaults subjektuppfattning i diskursanalys som att det är subjekten som skapas i diskurser (Jørgensen & Phillips, 2000, s.21). Detta betyder att subjektet är en produkt av diskursen. Diskursen, alltså det som har sagts och strukturen som diskursen utgör, är det viktiga. I denna studie är det de olika reglerna i ländernas riktlinjer som analyseras och det viktiga är effekterna av dessa.

Jørgensen og Phillips (2000) nämner att ur en del analytiska infallsvinklar ser man på de övergripande linjerna och försöker beskriva de diskurser som florerar i samhället mer teoretiskt, endera ur en tidsmässig eller ett fackmässigt perspektiv (Jørgensen & Phillips, 2000, s.27). Utgående från denna förståelse ska jag pröva att utforska hur miljöhälsoskyddets riktlinjer i Finland, Norge och Sverige diskursivt formar hygienpraxis inom barndagvården. Enligt Boréus og Bergström (2018) har Foucault inte gett några detaljerade anvisningar för hur dessa diskursanalytiska studier empiriskt ska studeras. Nedan ska jag redogöra för en tradition som kan definiera dessa utgångspunkter och hur de empiriska studierna kan genomföras (Boréus & Bergström, 2018, s.259).

4.2 WPR-ansats

En diskursanalytisk ingång är Carol Bacchis 'What's the problem represented to be'-ansats', som även kallas för WPR-ansats (Boréus & Bergström, 2018, s.271). Detta är också den metod denna analys kommer att ta ansats i och är i detta hänseende ett sätt att angripa ett problem enligt en utvald vetenskaplig teori. WPR-ansats är influerad av Foucault och inriktningen används för att kritiskt granska uppfattningar om sociala och politiska problem som tas för givet; och de maktförhållanden som dessa uppfattningar åstadkommer och upprätthåller (Boréus & Bergström, 2018, s.271). WPR-ansatsen tar utgångspunkt i att vad som föreslås att göras talar om vad man tycker att är problematiskt och utgående från detta innehåller riktlinjer underförstådda urval av vad som anses vara "problemet" (Bacchi, 2012, s.21).

Då man ser på WPR-ansatsen så skall det lyftas fram att den inte förnekar att det förekommer problematiska förhållanden i den sociala struktur som den analyserar, utan framhåller att man inte kan förstå eller diskutera problemen utanför de representationer som dessa problematiska förhållanden under den tidpunkten befinner sig i (Boréus & Bergström, 2018, s.292). Förutom själva representationerna är fokuset satt på hur sociala identiteter blir till och dess förändringar, och därmed är inte fokuset satt på enskilda människor eller grupper i samhället (Boréus & Bergström, 2018, s.293).

Genom WPR-ansatsen kan man analysera texter för att påvisa ofullständigheter i en textstruktur eller till exempel visa på en inbyggd logik i myndigheters riktlinjer (Boréus & Bergström, 2018, s.271). Enligt Bacchi (2012) går en WPR-analys ut på att läsa riktlinjer med syfte att uppfatta hur "problemet" presenteras i riktlinjerna och låter problematiseringen

genomgå en kritisk granskning (Bacchi, 2012, s.21). I denna avhandling är det riktlinjer från statliga myndigheter som analyseras och varifrån det underliggande problemet som lyfts fram. Dessa anvisningar kan anses som en del av de politiska riktlinjer som rådde vid tidpunkten för då anvisningarna offentliggjordes.

I avhandlingen lyfts de underliggande problemen upp och detta görs utgående från Bacchis reflektioner och tillämpningar (Bacchi, 2012, s.21). Detta görs genom en uppställning av 4 detaljerade frågor som har tillämpats på följande sätt: Frågan om vad som problematiseras i miljöhälsoskyddets riktlinjer hjälper till att klargöra den underförstådda problemrepresentationen i varje enskild anvisning som här analyseras.

I frågan om vad som presenteras som lösningar för miljöhälsoskyddets riktlinjer är WPR-ansatsen avsedd att identifiera de underliggande förutsättningarna för att ”lösa” de problematiseringar som uppdragat (Bacchi, 2012, s.23). Det som utmärker sig här är att till exempel statliga riktlinjer är dokument som innehåller lösningar, men här är det fråga om att från de utmärkande anvisningarna, kritiskt granska de underliggande problemframställningar och därifrån få fram vilka lösningar som framstår (Bacchi, 2012, s.23). Därtill ställs de två frågorna om vem som görs ansvarig för det som problematiseras och vem som är ansvarig för lösningarna, för att kunna lägga fokus på vem man underförstått gjort ansvarig för de lösningar som problemrepresentationen lyft fram.

4.3 Val av myndighetsanvisningar som informationskälla

Att närma sig de statliga myndigheternas anvisningar genom WPR-ansatsen är intressant, genom vilken man kan kritiskt utfråga de offentliga dokumenten. I en analys, utgående från WPR-ansatsen, läses riktlinjer med avsikt att upptäcka hur ”problem” beskrivs i riktlinjen och därefter blir kritisk granskad (Bacchi, 2012, s.21). Genom att utläsa problemen i de statliga riktlinjerna kan man få fram vad de olika ländernas hälsoskyddsmyndigheter representerar som problem inom barndagvården.

Som utgångspunkt har jag valt att fokusera på Norden som forskningsområde. I starten av processen ville jag endast göra en jämförelse mellan Finland och Norge, främst på grund av min erfarenhet av att både ha bott och haft barn i dagvård i dessa två land. Jag tog snabbt ett beslut i att inkludera också Sverige, för att få med ett annat land som ingår i den nordiska välfärdsmodellen och som kanske har inspirerat både Finland och Norge genom historien.

Dessa tre länder kan ses som geografiskt lika vidsträckta med liknande klimatförhållanden och likartade byggnadssätt.

Mina inkluderingskriterier för de dokumentanvisningar jag skulle analysera var att de skulle omfatta hälsoskydd, tillsyn, barndagvård och hygien, för att anpassa sig till den forskningsfråga som ställs och för att kunna utföra en detaljerad analys av ämnen som berör hygien och rengöringsrutiner inom barndagvård. Dokumentanvisningarna hittades genom sökning på internetsidorna till de statliga myndigheterna med överordnat myndighetsansvar över hälsoskyddet; 1) Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira i Finland, 2) Helsedirektoratet i Norge och 3) Folkhälsomyndigheten i Sverige. Som andra inkluderingskriterium var att dokumenten kan användas av hälsoskyddsmyndigheten i sitt arbete med tillsyn av barndagvården, att de offentliga dokumentanvisningarna skulle vara tillgängliga för allmänheten och de senast publicerade anvisningarna som tagits i bruk.

Utgående från de redogjorda kriterierna valdes som informationskällor för diskursanalysen en (1) anvisning/land. Dessa är de anvisningar som används av tillsynsmyndigheten för miljöhälsoskydd i de olika länderna. Den finländska anvisningen som analyserats är: *”Anvisning för tillsyn över förhållandena i daghem och skolor samt förebyggande och utredning av sanitär olägenhet”*, utgiven av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira och publicerad 29.3.2018 (Valvira, 2018) ; den norska anvisningen: *”Miljø- og helse i barnehagen – veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler”* utgiven av Helsedirektoratet och publicerad i mars 2014 (Helsedirektoratet, 2014) samt den svenska anvisningen: *”Folkhälsomyndighetens allmänna råd om städning i skolor, förskolor, fritidshem och öppen fritidsverksamhet”*, utgiven av Folkhälsomyndigheten och publicerad 9.9.2014 (Folkhälsomyndigheten, 2014). Tidsmässigt blev samtliga dokument utformade mellan 2014 - 2018.

Eftersom Finland har två officiella språk, finska och svenska, har den svenskspråkiga versionen av dokumentet valts för att språkmässigt få mest möjligt ut av kontexten, i jämförelse med den svenska och norska versionen.

Den norska anvisningen som publicerats i 2014 är den som i skrivandets stund är den riktlinje som är i kraft och som här analyserats. Helse- og omsorgsdepartementet arbetar med en ny *”forskrift om miljø og helse i barnehager, skoler og skolefritidsordninger”*, vilket kommer att medföra en uppdatering av den norska anvisningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Hörandefristen för kommentarer till förordningen från olika instanser gick ut den 30.12.2019 men efter detta har inga officiella uppdateringar hittats.

4.3.1 Avgränsning av textmaterial i dokumenten

Avgränsningarna i dokumenten har gjorts utgående från en första läsning av dokumenten. I samband med denna läsning har avgränsningen gjorts genom ett generellt urval av texten. För att kunna svara på frågeställningen i avhandlingen har avgränsningen gjorts vid text som berört hygien, rengöring, barndagvård, hälsoskydd och tillsyn. Från samtliga dokument har inledningen inkluderats eftersom den säger något om syftet med anvisningen som sådant.

I den finska anvisningen ligger fokus på omständigheter runt förhållanden, behandlingsgången och kommunikation mellan olika aktörer. Anvisningen uppges vara ett komplement till både social- och hälsovårdsmyndighetens förordning om sanitära förhållanden i bostäder och andra vistelseutrymmen samt om kompetenskrav för utomstående sakkunniga (545/2015) och till Valviras anvisning för tillämpning av förordningen.

I det finländska dokumentet har avgränsningen gjorts vid att omfatta inledningstexten i anvisningen, texten om verksamhetsmiljö, samarbete med andra aktörer, tillsyn över de hygieniska förhållandena och egenkontroll. Detta har tillsammans omfattar 8,5 sidor av ett dokument på 48 sidor. Dessa delar har den praktiska inriktning som avhandlingen omfattar och som verkade mest relevant för frågeställningen.

Från den finska anvisningen har uteslutits de delar som inte verkade relevanta för avhandlingens syfte. Dessa omfattar myndighetsrättigheter- och skyldigheter, offentligheten av forskningsrapporter och dokument, planutlåtanden och planläggningsprocess, bygglov, anmälningspliktig verksamhet och planenlig tillsyn och gemensamma inspektioner. Det kapitlet som omfattar akutövervakning, vissa specialfrågor som hänför sig till problem med inomhusluft och kommunikation har jag inte i denna avhandling tagit fatt i, då fokuset har varit att se på hur riktlinjerna för hygien och rengöring beskrivs.

Den norska anvisningen som utgivits av Helsedirektoratet 2014 är utformad genom en grundlig genomgång i de paragrafer som förekommer i förordningen (*forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv*). Den norska anvisningen avhandlar i större helhet den inlärningsmiljö som barnen har i daghemmen. I den norska anvisningen har avgränsningen gjorts vid att omfatta texten i förordet, ansvar och egenkontroll, generella krav, rengöring och underhåll, smittskydd samt sanitära förhållanden. Detta innehåll har tillsammans omfattat 9

sidor av ett dokument på 50 sidor. De inkluderade delarna sågs som mest relevanta för avhandlingens syfte.

Från den norska anvisningen har exkluderats de avsnitt som handlar om barndagvårdens verksamhetsområde, definitioner, upplysnings- och informationsplikt, krav om godkännande, placering, utformning och inredning, möjligheter för aktivitet och vila, måltid, psykosociala förhållanden, säkerhet och hälsomässig beredskap, första hjälp, tillrättaläggning baserat på upplysningar om hälsotillstånd, rökning, inneklimat/luftkvalitet, belysning, ljudförhållanden, dricksvatten, avfallshantering samt paragraferna om tillsyn, rättsmedel och dispens, klagan, straff och ikraftträdande. Många av paragraferna omfattas inte av hälsoskyddslagstiftningen i de andra länderna vad gäller barndagvård, såsom måltider, psykosociala förhållanden, första hjälp, dricksvatten. Dessa var av den anledningen inte aktuella att ta med i analysen.

I samband med valet av dokument från Sverige, fanns tre (3) st. allmänna råd som kunde aktualiseras i samband med dagvårdsutrymmen. Då avhandlingen syfte var att se på rengöring och hygien inom barndagvården föll valet på att fokusera på det dokument som omfattar allmänna råd om städning inom barndagvården. I det svenska dokumentet har hela texten analyserats, i och med att anvisningen i sin helhet omfattar 2,5 sida. De allmänna råd som ges i det valda dokumentet, är utdragna från lagstiftningen, närmare bestämt rekommendationer för hur man skall tillämpa 9 kap. 3 §, 2 kap. 4 § och 26. Kap. 19 § i miljöbalken (1998:808) samt hur städning och hygien skall hanteras inom egenkontrollen, som definierats i 4 - 7 §§ i förordningen om verksamhetsutövarens egenkontroll (1998:901).

4.4 Analysprocess

Varje anvisning har systematiskt analyserats genom ett dataanalysblad med analytiska frågor som inspirerats av Carol Bacchis WPR-ansats men som modifierats för att relatera till mina specifika forskningsfrågor.

I den överordnade analysen användes först en pragmatisk beskrivande innehållsanalys för att ge en sammanfattning av dokumentens struktur och utformning. Här har det setts på vilket huvudbudskap som lyfts fram i förordet/inledningen och hur det har framförts, hurudan struktur och utformning har anvisningen och om det finns något viktigt i hur texten är strukturerad. Här har också setts på vilka ämnen som dokumentet innehåller och hur det är uppdelat i kapitel. Därtill har bildbruket analyserats, där man sett på (om bilder finns) och hur bilder är framställda och vad bilderna säger som stöder texten.

Vad gäller den mer detaljerade analysen har följande frågor varit i huvudfokus: Vad problematiseras i miljöhälsoskyddets riktlinjer? Vad presenteras som lösningar för miljöhälsoskyddet i riktlinjerna? Vem görs ansvarig för det som problematiseras och vem är ansvarig för lösningarna? Det fullständiga dataanalysschemat finns som bilaga 1.

I samband med den detaljerade analysen och de ovanstående frågorna, satte jag upp textdel för textdel i ett Excel-ark. För att hitta svar på vad som är konstruerat som problem och var problemet ligger, så ”omkullkastade” jag textdelarna, det vill säga lyfte fram vad det underliggande problemet i den utsagda textdelen är och analyserade vad problemet kan handla om. Utgående från det försökte jag vidare hitta vad som är framlagt som lösningar och vilka mål som skall uppnås. Vidare analyserades textdelarna för att hitta svar på vem som hålls ansvarig. Därmed har jag kritiskt granskat vad som ligger till grund för myndighetens ståndpunkt och vad den ger uttryck för.

För att få förståelse av de olika riktlinjernas fokus görs en komparativ studie av dokumenten. En komparativ analys av dokumenten kommer att göras, där samma frågor av de olika ländernas riktlinjer blir ställda och analyserade, för att lyfta fram de likheter och skillnader som dyker upp i diskursen. Den strategi ett land ser som det riktiga och sanna kan kanske vara en helt annan strategi i ett annat land. Att använda sig av riktlinjer som material för en komparativ analys, kan ge en inblick i hurdan fokus på hälsoskydd man mera ”informellt” har och vilka tyngdpunkter landet valt att fokusera på. Styrkan i att använda riktlinjer som källmaterial är att de valda anvisningarna fokuserar på att få fram huvudbudskapet från de lagstiftningar och förordningar de bygger på. Svagheter i att analysera de valda dokumentanvisningarna är att de inte tar med barndagvården som en pedagogisk plattform utan endast miljöhälsoaspekterna.

4.4.1 Reflexivitet

Enligt Jørgensen & Phillips (2000) kan vetenskaplig kunskap ses som produktiv, där en diskurs framställer kunskap, sociala relationer och identiteter (Jørgensen & Phillips, 2000, s.111). Som forskare betraktar jag de egna analyserna som diskursiva konstruktioner, och framställer således bara en version av hur budskapet i en text är framställt. Detta gör forskaren till en aktör som kan placeras i samma position som själva dokumenten. Här är det forskaren som ska reflektera över sin roll som forskare och hur relationen mellan forskaren och dokumenten kommer till uttryck.

Skyldigheten att tillämpa forskningsfrågorna på egna förslag tillkännager att man har förbundit sig att inkludera sig själv och sitt tänkande att vara en del av det kunskapsstoff som skall analyseras i studien (Bacchi, 2012, s.22). Som forskaren kommer jag in med en bakgrund från tillsynsarbete inom miljöhälsoskydd i Finland, vilket sätter mig i en position att ha mera grundkunskap om den finska lagstiftningen och tillsynsmetoderna än för de andra länderna. I denna avhandling är jag en forskare som är intresserad av att undersöka vilket fokus som hälsoskyddsmyndigheterna har på hygien och rengöring i barndagvården och vad av detta man lyfter fram som viktig i de olika nordiska länderna.

Ett etiskt dilemma i denna avhandling kan vara att jag har ett närmare förhållande till den finska samhällsstrukturen och den distansen kan bidra till utmaningar i arbetet med avhandlingen. Samtidigt innebär detta etiska dilemma med den diskursanalytiska metoden att jag förhåller mig ”lyssnande” till texterna och är intresserad av att analysera texten på mina egna villkor. Detta betyder att jag lyssnar vad texten har att säga och bedömer den inte, inte ens med tanke på min egen uppfattning om vad som är sant och falskt utan undersöker premisserna för vad som presenteras som sant och falskt i diskurserna. Jag är medveten om detta och försöker presentera analyser och resultat på ett så transparent sätt som möjligt.

4.4.2 Etik

I min avhandling har jag inte inhämtat ny kunskap om vare sig hälsa eller sjukdomar, och jag har inte behandlat hälsouppgifter eller personuppgifter. Därmed har det inte varit bifogat att söka tillåtelse av REK, Regionale komiteer for medisinsk og faglig forskningsetikk, eller av NSD, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste.

5. Resultat

I detta kapitel presenteras först en kort översikt över utformningen och layouten av de olika ländernas anvisningar och vad som kännetecknar dem, baserat på en deskriptiv sammanställning. Därefter presenteras en sammanfattning av de överordnade kategorierna från det datamaterial jag analyserat och vad som kommer till uttryck i de olika ländernas anvisningar. De olika resultaten redogörs för som olika underkategorier under varje skilt tema och land.

5.1 Presentation och kännetecknen med ländernas anvisningar

5.1.1 Finland – *Anvisning för tillsyn över förhållanden i daghem och skolor samt förebyggande och utredning av sanitär olägenhet*

Den finska anvisningen är publicerad år 2018 och utformad av den statliga myndigheten Valvira. Anvisningen är främst avsedd för att användas av hälsoskyddsmyndigheterna i Finland och i anvisningen framkommer att dess fokus ligger på förhållanden, processhantering och kommunikation (Valvira, 2018, s.3). Huvudbudskap i inledningen ligger i att förebygga sanitära förhållanden i daghem (och skolor) och att det därav är nödvändigt att utarbeta en anvisning som stöder och samordnar hälsoskyddsverksamheten (Valvira, 2018, s.4). Anvisningens huvudbudskap syftar till att genom förbättrad kommunikation och samarbete skall man främja god praxis hos hälsoskyddsmyndigheterna (Valvira, 2018, s.4).

Anvisningen omfattar 48 sidor och är indelad i 8 kapitel, där två av dessa har underkapitel. I de delarna med underkapitel har man gått mera ingående in i väsentliga delar av en förebyggande tillsyn och akutövervakning. Anvisningen har en tung uppbyggd med mycket text och då man ser på graden av detaljstyrning i dokumentet så består texten av mycket konkreta och detaljerade råd, i samband med att det framgår vad som specifikt har stadgats i hälsoskyddslagstiftningen. Dokumentet kan uppfattas som byråkratisk som riktas till att bli läst och använd av myndigheter men i dokumentet gås det inte in på djupet av detaljer vad gäller tillsynsmetoder.

Anvisningen kännetecknas vid att bestå av en stor del text utan bilder, som förstärker textens allvarsamma framtoning. Anvisningen innehåller gröna textutor, där myndigheten lyft fram ”kärnan” i avsnittet som skrivits och vad hälsoskyddsmyndigheten är förbunden till att göra

och se till att någonting sker. Den statliga myndigheten som framställt anvisningen, är den instans som definierat de problem som framkommer i dokumentet.

5.1.2 Norge – *Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*

Den norska anvisningen är publicerad år 2014 och är utformad av den statliga myndigheten Helsedirektoratet. I utarbetande av denna anvisning har Arbetstilsynet, Utdanningsdirektoratet och NEMFO (tidigare Forum for miljø og helse) fått ge sina synpunkter till Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014, s.5). Dokumentet omfattar 50 sidor och är indelad utgående från de 29 paragraferna i förordningen (*forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*). Anvisningen är indelad i förord och sedan tar den sig an varje paragraf och går djupgående in i vad kravet i förordningen betyder, förutsätter och hur den kan tillämpas. Man framhåller tydligt att texten i anvisningen anger förutsättningar för att kunna arbeta enligt god praxis inom barndagvården.

Huvudbudskapet som man lägger vikt vid är att man ska främja en enhetlig tolkning av lagstiftningen och att anvisningen skall stimulera till mer förebyggande arbetsformer under planeringen och upprätthållningen av daghem, för att bidra till både en betydande säkerhet och en positiv utveckling av miljön för barnen i dagvård (Helsedirektoratet, 2014, s. 4-5).

Utformningen av dokumentet är enhetlig och består av samma uppställning hela dokumentet igenom. Inledningen av ett kapitel innehåller ett utdrag ur lagtexten, efterföljd av riktgivande anvisningar och slutligen en konkluderande faktaruta. Dokumentet är instruktiv i sin tydlighet att framhäva vad som förutsätts för en god praxis i daghemmet. Detta framhävs av de färgade faktarutor som framställs i slutet av varje kapitel. Dokumentet är skriven i en riktning mot en positiv anda, där man genom bilder har illustrerat barn i daghemmen. Bilder av barn används i stor utsträckning, både fotografier och tecknade bilder. Fotografierna i anvisningen framställer i huvudsak glada barn på olika platser i daghemmet medan de tecknade bilderna visar till mera allvarsamma situationer som kan uppstå, såsom skadegörelse, mobbning, skador och smittspridning. Anvisningen poängterar genom sin layout med bilder viktigheten av barns välmående inom barndagvården.

I sin utformning och struktur verkar dokumentet riktas till en bredare publik, inte bara till verksamhetsutövare och tillsynsmyndigheten, genom att de fokuserar på att göra lagstiftning och riktlinjer tillgängliga och förstådda både genom text och bilder. Samtidigt är många av de krav som lyfts fram inriktade på de som sköter om drift och underhåll i daghemmen.

5.1.3 Sverige – *Folkhälsomyndighetens allmänna råd om städning i skolor, förskolor, fritidshem och öppen fritidsverksamhet*

Det svenska dokumentet är publicerat år 2014 och är utformad av den statliga myndigheten, Folkhälsomyndigheten. Det svenska dokumentet är en del av Folkhälsomyndighetens allmänna råd om hur man kan eller bör tillämpa en förordning, vilket inte är ett absolut ”måste” utan det finns alternativa sätt att komma till samma resultat som lagstiftningen kräver (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Dokumentet omfattar 3 sidor och innehåller teman som berör städning (i detta fall i daghem) och inkluderar rekommendationer om egenkontrollens rutiner och planering av verksamheten, städningens omfattning i daghemmets lokaler och inredning samt om städmetoder.

Dokumentet lägger vikt på egenkontroll, i form av rutiner och planering av verksamhet och vill att verksamhetsutövare ska väga in om det finns uppenbara brister i utförd städning, i städrutinerna eller i städmetoderna i verksamheten.

Denna anvisning verkar fokusera på att man vill de förmedla lagstiftning. Fastän lagtexten är i fokus i inledningen går den mera ingående in på riktlinjer och rutiner som ges mer detaljerat och fritt formulerat. Texten i anvisningen är formulerad som kort och koncist, då många av de allmänna råden är uppställda med tankestreck.

5.1.4 Sammanfattning av anvisningarnas särdrag

Den finska anvisningen är inriktad på att vägleda hälsoskyddsmyndigheten i sitt arbete med en allvarsam framtoning, den norska anvisningen framställer sitt budskap på ett sätt som gör den tilldragande för en bredare publik medan den svenska anvisningen förmedlar främst lagstiftning på en kort och konkret sätt.

5.2 Vilka problem är representerade och vad är lösningen?

Varje överordnat tema kommer diskursivt att redogöras för landsvis, utgående från deras viktigaste problematiseringar och lösningar, som bygger på de forskningsfrågorna som presenterats tidigare. Genom analysen kom det fram 5 huvudkategorier, där det sedan redogjorts för vad/hur respektive land har lagt mest vikt på i sin anvisning. För att underlätta presentationen av de teman som kommit fram i dataanalysen har jag sammanställt en tabell (se tabell 2) som visar fram de övergripande teman och vilket fokus eller frånvaro av ”intresse” som framkommer i respektive lands riktlinjer.

| Övergripande tema | Vad är det lagt mest vikt på? / Underkategorier | | |
|--|---|---|--|
| | Finland | Norge | Sverige |
| Brister i tillräckliga hygienrutiner | <ul style="list-style-type: none"> - Fel fokus vid dålig hygien - Dålig hygienpraxis ökar smittrisken - Viktigheten av god handhygien - Viktigt att lära barn om god hygienpraxis | <ul style="list-style-type: none"> - Anordningar är viktiga för att säkerställa god handhygien - Föräldrar som levererar sjuka barn till dagvården | <ul style="list-style-type: none"> - Bristande hygienrutiner ökar smittrisken - Anordningar är viktiga för att upprätthålla hygienrutiner |
| Rengöringsrutiner och ansvar för dessa inom barndagvården | <ul style="list-style-type: none"> - Daghemmets utformning påverkar städ kvaliteten - Leksaker som smittkälla - Rengöringsmedel kan i sig själv vara hälsoskadlig | <ul style="list-style-type: none"> - Otillräcklig rengöring ökar sanitära olägenheter - Skriftliga rengöringsplaner underlättar underhållet - Daghemmets utformning påverkar rengöringsbehovet - Leksaker som smittkälla - Rengöringsmedel kan i sig själv vara hälsoskadlig | <ul style="list-style-type: none"> - Fokus på bristfälliga beskrivningar av städrutiner - Leksaker och sängkläder som smittkälla - Rengöring kan i sig själv vara hälsoskadlig - Rengöring vid utbrott av smittsamma sjukdomar |
| Brister i planering av dagvårdsutrymmen | <ul style="list-style-type: none"> - Brister i dagvårdsutrymmen skapar dålig inomhusluft - Planläggningen av daghem tar inte hälsoskyddet i beaktande - Antal barn på dagvårdsavdelningar påverkar smittrisken | <ul style="list-style-type: none"> - Brister i sanitära anläggningar kan påverka hälsorisken - Utearealer som bidragande orsaker till olägenheter - Brister vid planläggning av drift och underhåll | <ul style="list-style-type: none"> - Planering av städbarhet innan verksamheten inleds |
| Ansvar för egenkontrollen och dess betydelse för hygien | <ul style="list-style-type: none"> - Brist på kunskap om egenkontrollens genomförande | <ul style="list-style-type: none"> - Betydelsen av egenkontroll - Ansvarsfördelningen av egenkontrollens genomförande - Organisatoriska hinder för utförande av egenkontroll | <ul style="list-style-type: none"> - Ansvar för egenkontrollens förverkligande |
| Framställning av tillit, samarbete och fördelning av ansvar | <ul style="list-style-type: none"> - Invånarnas förväntningar kan äventyra tilliten - Förvaltningsmässigt ansvar - Frånvaro av samarbete mellan olika aktörer i hälsoskyddsarbetet - Föräldrars och barns synpunkter beaktas inte | <ul style="list-style-type: none"> - Brist på enhetliga anvisningar kan påverka tilliten - Diffus rollfördelning kan påverka hälsoskyddet - Andra aktörers inblandning kan skapa konfliktsituationer | <ul style="list-style-type: none"> Tillit och samarbete är inte beskrivet - Ansvarsfördelning och betydelsen av att klargöra det |

Tabell 2. Presentation av övergripande teman för de olika länderna och vad de lyfter upp för problematik och vilket fokus de har.

5.3 Brister i tillräckliga hygienrutiner

5.3.1 Finlands fokus på hygienrutiner

Fel fokus vid dålig hygien

I den finska anvisningen uttrycks det tydligt att de hygieniska förhållandena i daghemmen spelar en viktig roll för att uppfylla de hälsoskyddsmässiga kraven inom barndagvården. Anvisningen fokuserar på att dålig hygien i dagvårdsutrymmen inte tas tillräckligt mycket i beaktande.

”Dålig hygien medför ökad sjukfrekvens och kan också delvis återspeglas som felaktiga misstankar om problem med inomhusluften” (Valvira, 2018, s.15).

Det kommer upp till ytan i anvisningen att myndigheten i samband med tillsyn inom hälsoskyddet, inte lägger tillräckligt fokus på de hygieniska förhållandena; såsom dåliga hygienrutiner i daghemmen. Det betonas att klagomål och bekymring om problem med inomhusluft kan fort föra över fokuset på byggnadernas skick och överskugga hur hygienrutiner sköts i dagvårdsutrymmena.

Lösningen lägger man vid att det i samband med tillsyn ska riktas mera fokus på de hygienrutiner som utförs inom dagvårdsverksamheten. Här är det hälsoskyddsmyndigheten, som i sitt tillsynsarbete, skall ansvara för att man tar i beaktande vilka hygienrutiner som görs inom barndagvården och fungera som rådgivare vid behov.

Dåliga hygienrutiner ökar smittrisen

I den finska anvisningen lyfter myndigheten fram några viktiga faktorer gällande smittrisen på daghem som relateras till hygienrutiner i daghemmen. Det betonas att de hygienrutiner man har vid daghemmen inte är tillräckliga för att hålla smittrisen låg.

”Hygienrutinerna påverkas på ett avgörande sätt daghemmets infektionsrisk” (Valvira, 2018, s.15).

Hygienrutiner handlar här om sådana rutiner som personalen och barnen på daghemmen gör, som kan påverka smittrisen. I den finska anvisningen tar man upp tre viktiga faktorer som lyfts fram som bidragande orsak till att infektioner uppstår i daghem. I anvisningen används begrepp som smittkälla, smittväg och smittobjekt (Valvira, 2018, s.15) som kan ses som en väldigt abstrakt formulering. Här lyfter man fram själva smittkällan, som i detta sammanhang kan vara ett smittsamt barn eller personal som befinner sig på daghemmet. Ett andra element

är smittvägen, som handlar om på vilket sätt en smitta har förts vidare. Den tredje elementet är själva smittobjektet, vilket i detta fall är ett barn eller personal som är utsatt och mottaglig för smitta. Här handlar det om viktigheten i att man inom barndagvården förstår vad smitta är, hur den sprids och hur man kan förebygga smittsamma sjukdomar.

I den finska anvisningen beskriver man på detaljnivå om mikrobernas inverkan på människor och viktiga element för hur infektioner sprids. Man är upptagen av att mera i detalj få fram vilka hygienrutiner man anser har mest inverkan på infektionsrisken.

”Mikrober som människan bär med sig kan smitta en annan människa och göra henne sjuk. Ju närmare man umgås, desto sannolikare är det att mikrober smittar direkt från person till person till exempel när man nyser mot en annan människa, eller via föremål och ytor. Exempelvis dåligt tvättade händer transporterar tarmmikrober från ställe till ställe och från människa till människa” (Valvira, 2018, s.15).

I diskursen betonas en oro om barns nära samvaro med varandra, där skadliga mikrober kan smitta direkt från barn till barn, om man inte följer goda hygienrutiner. Det betonas att man i daghemmen inte tar tillräcklig hänsyn till enkla smittskyddsåtgärder, som att ha rätt ”host- och nysningsteknik” eller tvätta händerna efter toalettbesök. Lösningen man lägger fram är att få fram ett detaljerat budskap till daghemmets verksamhetsutövare och dagvårdspersonalen, om hur smitta sprids och speciellt hurdana hygienrutiner som bör läggas fokus på inom dagvårdsverksamheten. Här är det verksamhetsutövaren som är ansvarig för att dagvårdspersonalen har utarbetade hygienrutiner för att upprätthålla en god hygien bland de som vistas i daghemmet. Därtill är det viktigt att dagvårdspersonalen ges möjlighet att på ett pedagogiskt sätt förmedla till barnen hur tillräckliga hygienrutiner upprätthålls.

Viktigheten av god handhygien

I anvisningen framhåller de finska myndigheterna att den mest betydelsefulla hygienåtgärden som kan minska risken för smittspridning är genom handtvätt (Valvira, 2018, s.16). Det betonas att handhygien är av betydande roll för att upprätthålla en god hygien inom barndagvården.

”De viktigaste förmedlarna av kontaktsmitta är händerna, eftersom de hela tiden rör vid olika objekt i vår omgivning, till exempel dörrhandtag och andra människor” (Valvira, 2018, s.16).

Här handlar det om problem med bristande hygienrutiner, som till exempel dåligt genomförd handtvätt eller avsaknad av sådan. Det betonas att genom smutsiga händer kan personal och barn bidra till att smitta sprids mellan alla som vistas i daghemmen. Det betonas att dagvårdspersonalen inte fokuserar tillräckligt mycket på hur man kan upprätthålla en god hygien inom barndagvården. Poängen som lyfts fram är att tillräckliga handtvättrutiner skall till för att förebygga infektioner.

Lösningen ligger i att personalen i daghemmen får kunskap och resurser till att lägga ner tid på att lära barnen tillräcklig handtvätt. Ansvaret ligger på verksamhetsutövaren som bör prioritera tillräckliga hygienrutiner inom verksamheten och se till att dagvårdspersonalen har möjlighet att på ett pedagogiskt sätt lära barnen att utföra tillräckliga hygienrutiner i daghemmet.

Viktigt att lära personal och barn om goda hygienrutiner

Vidare är ett problem som kommer upp till ytan i den finska anvisningen, hur kompetens om hygienrutiner och smittskydd skall förmedlas vidare från dagvårdspersonalen till barnen. En viktig del av hygienpraxisen är den pedagogiska delen, genom vilken barn kan ta till sig information om tillräckliga hygienrutiner. Det kommer upp till ytan att myndigheterna är bekymrade för att tillräckliga hygien- och smittskyddsåtgärder inte tas i beaktande inom dagvårdsverksamheten. Lösningen är att ge dagvårdspersonalen utbildning i grundläggande hygienrutiner, varefter de har förutsättning för att på ett pedagogiskt sätt förmedla tillräckliga hygienrutiner vidare till barnen. Här är det verksamhetsutövaren som hålls ansvarig för att dagvårdspersonalen får tillgång till utbildning och resurser att lära ut goda hygienrutiner till barnen.

5.3.2 Norges fokus på hygienrutiner

Anordningar är viktiga för att säkerställa god handhygien

Den norska anvisningen har fokus på hygienrutiner och tillräckliga förutsättningar för det inom dagvårdsverksamheten. Det betonas att handtvätt i daghemmen är en hygienrutin som man speciellt lyfter fram som problematisk. Detta syns genom att man poängterar hur spridning av smittsamma sjukdomar kan förebyggas genom handtvätt. Man går detaljerat in på vilka metoder som man anser vara bäst. Här går man in på att det väsentliga för barnens hygien är att det vid alla tvättställ finns tvål, eventuellt handsprit och pappershanddukar och att det finns rutiner för handtvätt efter toalettbesök (Helsedirektoratet, 2014, s.29).

För dagvårdspersonalen nämns att användningen av engångshandskar är viktigt och att det vid borttagning av blodfläckar används vanliga rengöringsmedel (Helsedirektoratet, 2014, s.29).

Man problematiserar handtvätt i anvisningen med att lyfta fram att daghemmen inte har tillräckligt bra hygienrutiner för att förebygga spridning av smittsamma sjukdomar. Det framställs att barnen inte har instruerats tillräckligt gällande goda handtvättsrutiner och att det kan finnas brister i dagvårdspersonalens rutiner gällande användning av engångshandskar. Lösningen och det centrala målet har varit att i detalj styra hur daghemmet skall vara utrustat för att barnen kan tvätta händerna tillräckligt noggrant. Framställningen av problemet och de antaganden som görs är således att med rätt utrustning och goda handtvättsrutiner bland barn och personal så ökas hygien i daghemmet. Här läggs ansvaret på verksamhetsutövaren som ska se till att dagvårdsutrymmen är rätt utrustade för att kunna upprätthålla en god hygienpraxis inom verksamheten.

Föräldrar levererar sjuka barn till dagvården

Ett problem som enbart dras fram i den norska anvisningen är rutinerna kring att lämna sjuka barn i barndagvården. Här handlar det om föräldrar som inte förhåller sig till god hygienpraxis. Anvisningen tar utgångspunkt i sambandet mellan smittsamma sjukdomar och barn i dagvård och då speciellt problematiken att sjuka barn är delaktiga i barndagvården. Det kommer upp till ytan att om många barn befinner sig samlade på samma plats i daghemmen, kan det leda till ökad risk för spridning av smittsamma sjukdomar. Speciellt betonar man risken för att sjuka barn vårdas i daghemmen, som kan smitta andra barn och kan bidra till smittutbrott på daghemmen. Detta ser ut att vara mer explicit beskrivet i anvisningen, genom framställningen av en tecknad bild som föreställer ett barn utrustad med munskydd, sköld och svärd (Helsedirektoratet, 2014, s.29). Denna framställning av budskapet ser ut att vara riktad mot föräldrar och symbolisera betydelsen av att barnen ska beskyddas av oss vuxna för att stå emot spridningen av smittsamma sjukdomar.

«Barnets allmenntilstand vil ofte tilsi når barnet bør være hjemme. Vurdering av barnets allmenntilstand må alltid baseres på foreldrenes skjønn»

(Helsedirektoratet, 2014, s.29)

Problemet ligger i att barn levereras till barndagvården trots att de är sjuka och föräldrar tar inte barnens allmäntillstånd tillräckligt mycket i beaktande. Det betonas att föräldrar/vårdnadshavare skall ges mera ansvar för dagvårdsverksamheten så skall de även ta mera ansvar för att infektionsrisken minimeras.

I den norska anvisningen fokuserar man att detaljerat redogöra för rekommendationer för när föräldrar ska hålla sina barn hemma. I anvisningen läggs fram att det skall finnas rutiner för att meddela föräldrar om smittutbrott i daghemmet och information skall ges till föräldrar om vilka situationer som kräver att barnen skall hållas hemma (Helsedirektoratet, 2014, s.30). Problemet som representeras här ligger i att dagvårdspersonalen inte får fram sitt budskap till föräldrarna tillräckligt tydligt eller att man upplever en konflikt mellan dagvårdspersonalen och föräldrarna, i diskussion om barnens allmäntillstånd. Lösningen ligger i att barndagvården ger tydliga riktlinjer till föräldrar om att det är föräldrarnas/vårdnadshavarnas ansvar för att ta beslut om sin barns hälsotillstånd. Här är det både dagvårdspersonal och föräldrar/vårdnadshavare som har ansvar för att en dialog förs.

5.3.3 Sveriges fokus på bristande hygien

Bristande hygienrutiner ökar smittrisen

I den svenska anvisningen framställs bristande hygienrutiner inom barndagvården utgående från de beröringspunkter som kan föranleda en ökad risk för smittsamma sjukdomar. Det betonas i detalj vilka ytor som är utsatta för smuts och som man bör var extra försiktig med i samband med smittspridning.

”-ytor som man ofta tar i med händerna, som t.ex. handtag och lysknappar”
(Folkhälsomyndigheten, 2014, s.2).

Här framställs beröringspunkter i detalj, där det kommer upp till ytan en bekymring om brister i hygienrutinerna i daghemmen. Bristande hygienrutiner kan lätt genom till exempel beröringspunkter för händer, öka risken för smittsamma sjukdomar i daghemmen. Lösningen är att förbättrade hygienrutiner, såsom handtvätt, bland de som vistas i dagvårdsutrymmena bidrar till att minska risken för att smittsamma sjukdomar sprider sig. Här är det dagvårdspersonalen som har ansvaret på sig att se till att tillräckliga hygienrutiner har etablerats i daghemmen.

Anordningar är viktiga för att upprätthålla hygienrutiner

I den svenska anvisningen framställs användningen av hygienutrymmen, som betyder toaletter, tvättrum och skötrum; som ett område som problematiseras. Det betonas att dessa hygienutrymmen kan orsaka hälsorisker om de inte används på ett rätt och hygieniskt sätt. I anvisningen har man speciellt fokus på de utrymmen där man kan komma i kontakt med fekalier.

”Ytor där risken för smittspridning är särskilt stor bör rengöras efter varje användning, t.ex. bör skötbord rengöras efter varje blöjbyte”
(Folkhälsomyndigheten, 2014, s.2).

Man ser problemet med att det i hygienutrymmen finns sådana ytor (vid skötbord och tvättställ) där man ”öppet” hanterar fekalier från ett barn som kan orsaka infektionsrisk för bland annat följande barn som sköts vid samma skötbord. Här är tillräckliga hygienrutiner av stor vikt, för både barn och personal som vistas i daghemmet. Lösningen och det centrala målet är att dagvårdspersonalen rengör skötbordet efter varje användning, så att smittorisken minimeras. Ansvaret för de fortlöpande hygienåtgärderna faller på dagvårdspersonalen, som ska se till att det kontinuerligt hålls hygieniskt på ett skötbord och runt ett tvättställ.

5.3.4 Sammanfattning av hygienrutiner

Samtliga tre länder lägger vikt vid individuella hygienrutiner, främst god handtvätt. Den finska anvisningen är inriktad på mer detaljerade beskrivningar av hygienpraxis och betydelsen av att lära ut detta bland barnen medan den svenska och norska anvisningen tar fasta på de anordningar som kan underlätta för bra handtvätt. Den norska anvisningen är även den enda som tar upp och problematiserar att sjuka barn levereras till barndagvården.

5.4. Rengöringsrutiner och ansvar för dessa inom barndagvården

5.4.1 Finlands fokus på hur rengöringsrutiner inverkar på hygien

Daghemmets utformning påverkar städkvaliteten

I den finska anvisningen ligger fokus på att städning och rengöring är en väsentlig del av de hygieniska förhållandena i daghemmen och hur detta påverkar inomhusluftens kvalitet och infektionsrisken.

”Andra faktorer som påverkar infektionsrisken är t.ex (...), tillräcklig städning, städningskvalitet, ytmaterialens skick samt lokalernas funktionalitet och städbarhet” (Valvira, 2018, s.15).

Man framhåller här detaljerat faktorer som kan leda till sämre städmetoder. Dessa lyfts fram som bidragande problem till ohygieniska förhållanden i daghem. Man lägger vikt på bland annat städbarheten och viktigheten att få en effektiv rengöring av daghemsutrymmena.

Ett problem som påverkar städrutinerna är den fysiska utformningen av daghemmen. Det betonas att städning utförs utan att man funderat på hur utrymmena är utformade. Om man inte planerar hur man bäst kan upprätthålla en god kvalitet på inomhusluften, genom bra placering av inventarier och bra utformning av utrymmena, kan städningen vara ineffektiv och otillräcklig. Lösningen är att om det finns tydliga rengöringsrutiner där daghemspersonal och städpersonal kommit överens om hur inventarierna bäst kan placeras är viktig, kan det underlätta för städningen och därmed minska ansamlingen av damm som i sin tur förbättrar inomhusluftens kvalitet. I problemrepresentationen grundas problemet i dagvårdsutrymmenas städbarhet som ska lösas genom tydliga rengöringsrutiner och utformning av inventarier. Dagvårdspersonal och städpersonal har ömsesidigt ansvar att se till att dagvårdsutrymmena har inretts på ett sådant sätt att rengöringen är enkel att genomföra.

Leksaker som smittkälla

En problemrepresentation i den finska anvisningen är användningen av leksaker inom barndagvården och rengöringsrutinerna för dessa. Detta kommer till uttryck i en mer detaljerad beskrivning i anvisningen.

”Alla gemensamma föremål och leksaker kan fungera som infektionsspridare. (...). Mikrober kan föras över till exempel när man skakar hand eller av händerna från olika ytor, exempelvis dörrhandtag eller leksaker. Även direkt eller indirekt salivkontakt, till exempel när man använder samma sked eller napp, sprider mikrober” (Valvira, 2018, s.15).

Den problemrepresentation som kommer till uttryck här är att barn använder gemensamma föremål och leksaker i daghemmen och alla dessa kan då vidröras via händer, mun, näsa och ögon. Eftersom barnen kan sprida smitta mellan sig, genom smutsiga händer och orena ytor, kan dessa föremål vara potentiella smittspridare av mikrober om rengöringen av leksaker och annat material är bristfällig.

Lösningen är att man inom dagvårdsverksamheten har rutiner för hur leksaker och föremål används och förvaras och att man har ett system för hur leksaker ska tvättas. Samtidigt krävs en dialog mellan städpersonal och dagvårdspersonal för att kunna dimensionera rengöringsintervallen. Här är det städpersonalen som är ansvariga att utarbeta tillräckliga rengöringsrutiner och ta reda på rengöringsbehovet.

Rengöringsmedel kan i sig själv vara hälsoskadlig

I anvisningen beskrivs desinfektionsmedel i daghemmen som en problemrepresentation. Användning av desinfektionsmedel omnämns endast i detta sammanhang och kan ses som en antydning till att bruket av desinfektionsmedel bör endast användas vid borttagning av sekret.

”Sekret (kräkningar, avföring, urin eller blod) avlägsnas med klorhaltigt rengöringsmedel” (Valvira, 2018, s.16)

Det kommer upp till ytan att man oroar sig för generella användningen av desinfektionsmedel i daghemmen. Som lösning ser man att satsa på effektiva rengöringsmetoder som minimerar bruket av desinfektionsmedel. I problemrepresentationen grundas problemet i användningen av desinfektionsmedel som ska lösas genom användning av andra effektiva rengöringsmetoder.

5.4.2 Fokus på tydliga rengöringsrutiner i Norge

Otillräcklig rengöring ökar sanitära olägenheter

En problemrepresentation som beskrivs i den norska anvisningen är att rengöringen inomhus i daghemmen inte utförs tillräckligt noggrant och därmed blir det inte tillräckligt rent. Det framgår i anvisningen att de rengöringsrutiner man använder sig av i daghemmet ska uppnå en sådan kvalitet att den begränsar risken för sanitära olägenheter och därav förekomsten av smittsamma sjukdomar (Helsedirektoratet, 2014, s.39) Det kommer upp till ytan en oro som handlar om daghemmens rengöringsrutiner. Detta lyfts fram i anvisningen där man lägger fram vad man bör fokusera på.

«Renhold er summen av de oppgavene som må utføres for å holde et område rent. Sammenheng mellom støv og helseplager hos barn med astma og allergi er godt dokumentert. Hensikten med renhold er å redusere forekomsten av støvpartikler, alleregener og smittestoffer» (Helsedirektoratet, 2014, s.23)

Det kommer upp till ytan att myndigheterna ser för sig att barns vistelse i daghem kan orsaka dem hälsopåslagor som påverkar deras uppväxt och livet ut. I anvisningen är det avbildat en teckning av ett glatt barn med hatt på huvudet, som är stående över en golvmopp och en hink; och som har en toalettborste i ena handen (Helsedirektoratet, 2014, s.23). Symboliken i bilden kan återspegla viktigheten i av att daghemmens renlighet påverkar barns hälsa. Det betonas att otillräcklig rengöring i dagvårdsutrymmena inte avlägsnar damm och mikrober tillräckligt bra och att det leder till sanitära olägenheter och smittkällor som bidrar till spridning av

smittsamma sjukdomar. Förutom otillräcklig rengöring ser man också att en mera sällan utförd städning kan bidra till olägenheter. Lösningen är att rengöringspersonalen ges tillräckliga resurser för att utföra grundligare storstädning, så att ytor, material och leksaker blir ändamålsenligt rengjorda och förhindrar därmed ansamlingar av damm, partiklar och mikrober. Här är det verksamhetsutövaren som hålls ansvarig för att man planlagt resurser för rengöringen i utrymmena.

Skriftliga rengöringsplaner underlättar underhållet

I den norska anvisningen framställs rengöring och underhåll som en viktig del av att hålla ett dagvårdsutrymme hygienisk. I anvisningen går man inte in på detaljnivå hur rengöring skall utföras utan fokuserar mera på att man har skriftliga rengöringsplaner och att den är uppgjord i samarbete med de som verkligen är involverade i dagvårdsverksamheten eller befinner sig i dagvårdsutrymmena.

«Skriftlige renholdsplaner utarbeides i samarbeid mellom barnehagen og renholdsansvarlig, (...)» (Helsedirektoratet, 2014, s.23)

Här handlar det om avsaknad av skriftliga rengöringsplaner som inte gjorts i samråd med annan personal, som gör det svårare att identifiera och dimensionera behovet av tillräcklig rengöring. Dock beskrivs inte de daghemsanställda som ansvariga för rengöring. Lösningen ligger i att städpersonalen har en dialog och utarbetar skriftliga städplaner i samråd med dagvårdspersonal, vilket gör att relevant information, som kan ha betydande inverkan på rengöring (bland annat olycksfall och smittsamma sjukdomar) når fram till städpersonalen som kan ta i beaktande det i sina etablerade städplaner. Här är det städpersonalen som i utgångspunkten ska ha ansvaret för att få till stånd ett samarbete i utformningen av skriftliga rengöringsplaner.

Daghemmets utformning påverkar rengöringsbehovet

I den norska anvisningen framhåller man i liten mån fram detaljer som kan påverka rengöringsbehovet, då man nämner att man ska ha planlagt hur daghemmet är möblerat, hur utrymmena är utformade och hur rengöring av högt belägna ytor och ventiler är planerat (Helsedirektoratet, 2014, s.23). Här betonas problemet med att dålig kvalitet på rengöring kan leda till att smittsamma sjukdomar sprids och att mikrotillväxt sker, som i sin tur kan orsaka negativa hälsokonsekvenser för barnen som vistas i daghemmen.

Lösning och det centrala målet är att det uppgörs tydliga rengöringsrutiner inom dagvårdsverksamheten. Dagvårdspersonalen hålls ansvariga att utrymmena är utformade så att det underlättar för den dagliga rengöringen. Städpersonalen är ansvariga för att rengöringsrutinerna är dimensionerade efter daghemmets utformning.

Leksaker som smittkälla

Ett problem som man är upptagen av i den norska anvisningen är rengöring av leksaker i dagvården.

«Det foreligger ingen spesielle retningslinjer for hvordan og hvor ofte leker i barnehagen bør rengjøres. (...) Man kan til viss grad også ta sesongshensyn, da enkelte aktuelle smittsomme sykdommer har sesongsvariasjoner. Ved utbruddssituasjoner av mage-, tarm- og luftveisinfeksjoner bør man i en periode gå over til daglig rengjøring av leker» (Helsedirektoratet, 2014, s.24)

Man betonar att det inte planlagts tillräckligt väl för rengöring av leksaker eller att de rentav tvättas för sällan. Om man inte planlägger för daglig rengöring av leksaker då utbrott av smittsamma sjukdomar förekommer i daghemmen, kan det leda till att många barn smittas och blir sjuka. Lösningen ligger i en dialog mellan dagvårdspersonalen och städpersonalen, där man gemensamt gör en riskbedömning för användningen av leksaker och rengöringen av dem. Här är det städpersonalen som har ansvar för att tillräckliga rengöringsrutiner runt leksakerna.

Rengöringsmedel kan i sig själv vara hälsoskadlig

Den norska anvisningen poängterar rätt användning av rengöringsmedel och försiktigheten kring kemikalier i daghemmen som kan vara hälsovådliga.

«Rengjøringsprodukter og rengjøringsmetoder bør vurderes med tanke på å unngå allergi og helseplager. Det vil blant annet si minst mulig bruk av kjemikalier og parfymerte renholdsprodukter» (Helsedirektoratet, 2014, s.23)

Det ser ut att handla om att de rengöringsprodukter och -metoder som använts i daghemmen, inte har kontrollerats tillräckligt för att minimera allergier och hälsopågor. Utan tillgång till datablad för rengöringsmedel, saknas tillgång till att få kunskap och information om de rengöringsmedel- och -metoder som skall användas. Man kan uppfatta att detta gäller främst för städpersonalen men daghemspersonal har troligen inte heller haft tillgång till datablad, varifrån de snabbt har kunnat få tillgång till information om vilka rengöringsmedel och

kemikalier som använts. I anvisningen framställs vanliga rengöringsmedel som det viktiga och ingenting nämns specifikt om användning av desinfektionsmedel.

Anvisningen framställer en nordisk rengöringsstandard, NS-INSTA800, som lösning, genom vilket en kvalitetskontrollerad rengöring kan göra att större rengöringsuppdrag i daghemmen blir onödig (Helsedirektoratet, 2014, s.24). Att lyfta fram just denna standard kan vara en lösning för att få städningen gjord likvärdig inom barndagvården och därmed fokusera på kvalitativa rengöringsmetoder som kan vara mindre ekonomiskt belastande för de städansvariga enheterna. Här är det de ansvariga för rengöringen som ska ta tag i hur rengöringsrutiner kvalitetsmässigt ska utföras.

5.4.3 Rengöringsrutiner i Sverige

Fokus på bristfälliga beskrivningar av städrutiner

I den svenska anvisningen fokuserar Folkhälsomyndigheten på att verksamheter som tillhandahåller olika former av barndagvård inte har beskrivit hur de i sin verksamhet ska utföra städning och rengöring av utrymmena.

”Vid bedömningen av om det föreligger risk för olägenhet för människors hälsa bör man väga in om det finns påtagliga brister i den utförda städningen, städrutinerna eller städmetoderna” (Folkhälsomyndigheten, 2014, s.1).

Det kommer upp till ytan att det finns påtagliga brister i städning, städrutiner och städmetoder bland barndagvårdsverksamheter. Det betonas att det kan föreligga risker för olägenhet för människors hälsa i verksamheterna utan tillräcklig bedömning av städ- och hygienrutiner. Man syftar till att synliggöra hur brister i rengörings- och hygienrutiner inom barndagvården kan leda till olägenheter för människors, i detta fall barns, hälsa.

Problemrepresentationen beskriver städningens omfattning, där städning inte har dimensionerats utifrån den verksamhet och belastning som bedrivs i daghemmen. Man har kanske inte planerat städrutinerna efter att utrymmena används också på kvällar och helger, vilket gör utrymmena smutsigare än vad en vanlig daghemsaktivitet skulle förorsaka. Rengöringspersonal kanske inte har erfarenhet/fått uppgifter om hur verksamheten är organiserad och vilka utrymmen som används och belastas mycket, som i ett daghem kan vara till exempel ett lekrum och korridorer. Lösningen och det centrala målet är att uppföljning och kontroll av rengöring görs, så att städpersonalen upplever att städarbetet de gör är tillräckligt

viktigt. Här är det verksamhetsutövarens ansvar att lyfta fram barndagvårdens behov av rengöring, i dialog med de städansvariga.

Leksaker och sängkläder som smittkälla

I den svenska anvisningen lyfter man fram brister i rengöringsintervallen av utrustning. Här framhålls att leksaker som används och delas mellan barnen längs med dagen, och otillräckliga byten av sängkläder, kan leda till att smittsamma sjukdomar sprids lättare. Här handlar lösningen om att upprätthålla en dialog mellan dagvårdspersonalen och städpersonalen, där man arbetar fram tydliga riktlinjer för hur frekvent utrustningen används och vad rengöringsbehovet är. Här är det städpersonalen som har ansvar för att skapa tillräckliga rengöringsrutiner runt leksaker och sängkläder.

Rengöringsmedel kan i sig själv vara hälsoskadlig

I den svenska anvisningen framhålls användningen av kemikalier och desinfektionsmedel. Det betonas att användningen av kemiska produkter i städningen kan orsaka olägenheter för barns hälsa. Det lyfts fram att om städpersonalen inte har vetskap om vad de rengöringsmedel de använder kan förorsaka för hälsorisker, är det en hälsorisk både för de själva och för andra. Speciellt omnämns användningen kring desinfektionsmedel.

”För ytor där risken för smittspridning är särskilt stor samt vid större utbrott av smittsamma sjukdomar, kan det finnas behov av att använda desinfektionsmedel” (Folkhälsomyndigheten, 2014, s.3)

Ur diskursen problematiseras användningen av desinfektionsmedel i daghemmen. Här ser det ut att handla om att myndigheterna har en oro för vad en stor användning av desinfektionsmedel eventuellt kan förorsaka. Lösningen man framhåller är att det skall finnas en beredskap att ta i bruk desinfektionsmedel då större utbrott av smittsamma sjukdomar uppstår men annars skall man undvika att använda desinfektionsmedel. De ansvariga för rengöring i dagvårdsutrymmena ska se till att användningen av rengöringsmedel och kemikalier används på ett tryggt och säkert sätt.

Rengöring vid utbrott av smittsamma sjukdomar

I den svenska anvisningen problematiseras rengöringsrutiner speciellt i samband med exceptionella situationer, såsom utbrott av smittsamma sjukdomar. De svenska myndigheterna ser att det uppstår utbrott av smittsamma sjukdomar, som är föranlett brist på tillräckliga rengöringsrutiner.

”Vid större utbrott av smittsamma sjukdomar kan städning behöva utökas”
(Folkhälsomyndigheten, 2014, s.2).

Det betonas att om rengöringen är underdimensionerad vid tider där olika smittsamma sjukdomar förekommer, kan det bidra till att smittrisken ökar. Det kommer upp till ytan att städpersonalen inte får information från dagvårdspersonalen om förekomst av smittsamma sjukdomsutbrott, vilket gör att städningen inte är ”up-to-date” vid tidpunkter när behovet av rengöring är störst. Lösningen man framhåller är målinriktade rengöringsrutiner då utbrott av smittsamma sjukdomar förekommer. Här är direkt dialog mellan dagvårdspersonal och städpersonal av betydelse, för att underlätta de målinriktade rengöringsåtgärderna. Här ligger ansvaret på dagvårdspersonalen, att förmedla vidare då det uppstår ett behov av intensivare rengöring.

5.5.4 Sammanfattning av rengöringsrutiner

Rengöringsrutiner inom barndagvården har liknande fokus i de tre länderna. Man lägger vikt på städbarhet och effektivitet, men i den norska och svenska anvisningen är man upptagen av att det finns skriftliga rutiner och att formalisera ansvar genom de skriftliga dokumenten.

Leksaker som smittkälla är ett tema som problematiseras i samtliga anvisningar.

Användningen av rengöringsmedel och kemikalier tydliggörs i alla anvisningar men fokuset är mera lagt på arbetarskydd och beskrivningar i den norska anvisningen medan den finska och svenska anvisningen har fokus på användningsgraden av kemikalier.

5.5 Brister i planering av dagvårdsutrymmen

5.5.1 Brister i planering av dagvårdsutrymmen i Finland

Brister i dagvårdsutrymmen skapar dålig inomhusluft

I den finska anvisningen framställs det att en del daghem står i fara för att inte uppfylla de krav som ställs i hälsoskyddslagen, där luftkvaliteten inomhus kan vara en del av problemet. Man betonar att det finns barn i barndagvård som har symptom som påverkar deras trivsel i daghemmen och att problemet är att de även blir sjuka av inomhusluften i daghemmen (Valvira, 2018, s.5). Här betonas att dagvårdsutrymmen skall vara planerade och utformade så att barndagvård kan bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

Lösningen och det centrala målet är att lyfta fram viktigheten i att åtgärda de problem som uppdragas i dagvårdsutrymmena, för att minimera symptom och sjukdom hos barn. Här är det

kommunen som bär ansvar för att dagvårdsverksamhet drivs i utrymmen som är planerade, utformade och åtgärdade så att de uppfyller de krav som ställs i lagstiftningen.

Planläggningen av daghem tar inte hälsoskyddet i beaktande

Den finska anvisningen framställer en generell problemrepresentation av planering av dagvårdsutrymmen. Man poängterar att kommunerna saknar långsiktiga planer för reparationer av byggnader, nybyggen och nedläggning av verksamheter och planläggningen för markanvändningen är inte ändamålsenlig. Det kommer upp till ytan att tillsynsmyndigheterna har en oro för att hälsoskyddet inte tas i beaktande i planer, vid planläggning och i planläggningens framfart. Hälsoskyddsmyndigheten vill bli hörd och få fram uppgifter som man får fram via den tillsyn som utförs i de verksamheter som redan nu existerar. Föråldrade lokaler kan vara oändamålsenliga till sina funktioner och fördröja reparations- och underhållsåtgärder kan leda till höga reparationskostnader och användning av slitna lokaler (Valvira, 2018, s.4).

Kommunen antyds som ansvarig för att ha en långsiktig plan om vilka byggnader som ska repareras, var nya dagvårdsutrymmen ska byggas och var dagvårdsverksamhet ska avvecklas eller byggnader rivs. Genom strategisk planering och planläggning samt planering av markanvändningen kan kommunen svara mot servicenätets behov. Man fokuserar också på att kommunen bör till denna långsiktiga plan, även utnyttja den kunskap och de uppgifter som hälsoskyddsmyndigheten har genom sin tillsyn till dagvårdsverksamheter.

Framställningen av problemet och de antaganden som görs är därmed riktade till kommunen som aktörer, där man kan lyfta fram politiker, fastighetsägare, planläggare och byggnadstillsyn, i den mån de har en delaktighet i hur planläggningen i kommunen görs och hur organiseringen av underhåll av gamla fastigheter och nybyggen organiseras. Här lyfts kommunens ansvar som anordnare av barndagvård upp, för att ta i beaktande alla berörda parter kunskap och krav.

Antalet barn på dagvårdsavdelningar påverkar smittorisken

En annan problempresentation i den finska anvisningen är utformningen av utrymmena och närmare bestämt storleken på dagvårdsavdelningar. Detta handlar om i hur stor mån man kan undvika att barn umgås för tätt, utan att det påverkar interaktionen negativt på ett socialt plan.

”Andra faktorer som påverkar infektionsrisken är t.ex. antalet barn, antalet familjer som har barn i daghemmet, (...)” (Valvira, 2018, s.15)

Man betonar att antalet barn som vistas i dagvårdsutrymmena kan ha en bidragande orsak till smittorisken. Alla barn som kommer från olika familjer, gör också att ”kohorten” blir större och riskerna för smitta ökar. Här är lösningen att få tillräcklig funktionalitet i de dagvårdsutrymmen man har och planlägga tillräckligt stora arealer för att klara av dagvården med den kapacitet man behöver. Här är det verksamhetsutövaren som skall planlägga tillräckliga areal för daghemmet, för att dagvårdspersonalen skall kunna få möjlighet att organisera verksamheten efter bland annat smittspridning eller vid utbrott av smittsamma sjukdomar.

5.5.2 Brister i planering av dagvårdsutrymmen i Norge

Brister i sanitära anläggningar kan påverka hälsorisken

I den norska anvisningen framställs bristen och otillräckligheten av sanitära anläggningarna som en problemrepresentation. Anvisningen går rätt detaljerat in på vad som krävs för att upprätthålla bra hygienrutiner genom att beskriva hur bland annat sanitära utrymmen bör vara utrustade och utformade. Det ser ut att handla om att man inte har tillpassat antalet toaletter och handtvättplatser enligt daghemmets behov. Därtill kan toaletter och handtvättplatser som inte är anpassade enligt barns behov, till exempel att de är för högt placerade, leda till att de inte kan användas på ett ändamålsenligt sätt. Den tecknade bilden i anvisningen visar fram ett barn som uträttar sina behov utan tillgång till toaletter och blir uttittad av ett annat barn (Helsedirektoratet, 2014, s.39). Betoningen ligger i att felplacerade toaletter kan leda till att barn kissar bredvid och för högt placerade handtvättplatser leder till att barn inte kan tvätta sina händer ordentligt. Detta kan påverka barnens trivsel och hälsa och kan vara en bidragande risk för spridning av smittsamma sjukdomar på daghemmen.

I anvisningen framställer myndigheten även utformningen av ingångspartier och våtutrymmen som viktiga i att upprätthålla hygien i daghemmen. Speciellt ser man utrymmen för spädbarn vara av väsentlig betydelse, då dessa har krav på både skötbord och tvättställ (Helsedirektoratet, 2014, s.39). Man betonar att daghem som saknar en ändamålsenlig plats för blöjbyte och rumptvätt för spädbarn, använder samma tvättställ där de övriga barnen också tvättar sina händer. Detta kan medföra att tarmbakterier från rumptvätt kan överföras via tvättställen till övriga barns händer och därmed sprida smittsamma sjukdomar.

Lösningen är att utforma dagvårdsutrymmen utgående efter hur många barn som vårdas i utrymmena och vilken ålderskategori de tillhör, då mindre barn kräver annan typ av sanitära

anläggningar. Detta är verksamhetsutövarens ansvar att innan en dagvårdsverksamhet inleds skapa förutsättningar för att utforma de sanitära anläggningarna på ett adekvat sätt.

Utearealer som bidragande orsaker till olägenheter

I den norska anvisningen framställs tillgång till sanitära anordningar direkt från daghemmens utomhusområden som viktig.

«Enkelte toalett bør være lett tilgjengelig fra uteområde» (Helsedirektoratet, 2014, s.39).

I detta hänseende är barnen tvungna att gå in i daghemmet för att gå på toaletten, då det inte finns toaletter som kan nås direkt från uteområdet. Problemet som betonas är att barn inte tar av sig tillräckligt med ytterkläder då man kommer in, för att gå på toaletten. Detta kan leda till att smuts och damm tas med utifrån in och smutsar mer utrymmena. Framställningen av problemet är att rengöringen kanske inte är dimensionerad utgående från dessa användningsrutiner. Lösningen är att utforma utomhusutrymmena med sanitära anläggningar, för att minska trycket på rengöringen inomhus. Här hålls verksamhetsutövaren ansvarig för planläggningen av de sanitära anläggningarna utomhus.

Brister vid planläggning av drift och underhåll

En problemrepresentation som beskrivs i den norska anvisningen är planläggningen av det underhållsarbete som skall göras i ett dagvårdsutrymme och där ansvaret faller över på andra aktörer.

«Et planlagt, forebyggende vedlikehold er avgjørende for at barnehagebygningen med installasjoner skal fungere som forutsatt i sin levetid. Vedlikehold starter allerede i planleggingsfasen av nytt bygg. (...), og driftspersonellet som skal stå for vedlikeholdet, bør gjennomgå grundig opplæring» (Helsedirektoratet, 2014, s.24)

Problemet man ser här är att underhåll av daghemsbyggnader inte är planlagda från starten och man jobbar inte i förebyggande syfte för att upprätthålla en välmående byggnad, vilket kan orsaka risk för sanitära olägenheter på sikt. Det kan också ske om driftspersonal ges ansvar för underhåll men inte fått inläring och det saknas kunskap om hur en daghemsfastighet ska skötas och underhållas.

Lösningen är att planlägga underhåll av en dagvårdsfastighet så tidigt som möjligt och utbilda den personal som ska sköta om installationer, drift och underhåll. Här är det fastighetsägarens ansvar att se till att man har en sådan bemanning som har kunskap att ta hand om en dagvårdsfastighet.

5.5.3 Brister i planering av dagvårdsutrymmen i Sverige

Planering av städbarhet innan verksamheten inleds

I den svenska anvisningen framställs städning och hygien vid planering av dagvårdsverksamheten som viktig.

”Vid planering av en skolverksamhet bör frågor som rör städning och hygien i lokalerna beaktas” (Folkhälsomyndigheten, 2014, s.2).

Det betonas att kommunen eller verksamhetsutövare vid planering av en dagvårdsverksamhet fokuserar på andra detaljer och inte beaktar hur städning och hygien ska upprätthållas i lokalerna. Troligen har man erfarenhet av att daghemsutrymmen har planerats och tagits i bruk utan att man har beaktat städning och hygien tillräckligt.

Man framställer i detalj hur olika brister i utformningen av daghem kan orsaka dåligt inomhusklimat och påverka barnens hälsa. Här nämns brister i utformningen av utemiljöer och i ingångpartier, där barn tar med sig smuts och partiklar in. Att barndagvårdslokaler inte har tillräckligt med förvaring till material kan göra att material placeras på platser som gör rengöringen svår. Därtill omtalas högt belägna områden som är svåra att nå, problem med användningen av textila golv samt textilier i form av bland annat mattor och gardiner som problem i barndagvårdsutrymmena.

Problemrepresentationen är därav dagvårdsutrymmen som inte är utformade enligt behovet. Denna obalans i planläggningsfasen och vid uppstart av dagvårdsverksamheter är ett led i att samarbetet mellan kommunen/verksamhetsutövaren och hälsoskyddsmyndigheten inte fungerat. Lösningen som framställs är att involvera olika berörda parter för att i ett så tidigt skede som möjligt ta i beaktande daghemmets utformning och därmed även planlägga för att underlätta rengöring och hygien. Här är det kommunen som planläggare och verksamhetsutövarna som ansvariga upprätthållare av en dagvårdsverksamhet som har en viktig roll i etableringen av ändamålsenliga dagvårdsutrymmen.

5.5.4 Sammanfattning av dagvårdutrymmenas planläggning

De tre länderna omtalar planläggning av dagvårdutrymmen olika. Vad gäller planläggning av dagvårdutrymmen lyfter den finska anvisningen upp risken för smittspridning med för stora dagvårdsgrupper och att planläggning av daghem inte iakttar hälsoskyddet tillräckligt. Den norska anvisningen är mer upptagen av få till sanitära anordningar, såväl inomhus som utomhus. I den svenska anvisningen ligger fokus på att rengöring och hygien tas i beaktande redan då dagvårdsverksamheter planeras.

5.6 Ansvar för egenkontrollen och dess betydelse för hygien

5.6.1 Brister i systematisk egenkontroll och kunskaper kring den i Finland

Brist på kunskap om egenkontrollens genomförande

I den finska anvisningen framhävs betydelsen av egenkontroll inom dagvårdsverksamheten och att ha kunskap om utförande av egenkontroll som viktig. Den problemrepresentation som visar sig i anvisningen är att myndigheterna ser problem med att verksamhetsutövare inte har planer för egenkontroll och att de inte har identifierat hälsoriskerna i verksamheten eller tar de hälsorisker som uppstått på allvar. Ur diskursen kommer det upp till ytan en oro kring att verksamhetsutövare kanske inte inser sin roll i att förebygga sanitära olägenheter i sin verksamhet och inte har tillräcklig kunskap att identifiera dessa.

I den finska anvisningen framställs också personalens kunskap om egenkontroll som viktig. Problemet framställs med att skriftliga anvisningar saknas, som gör att anställda inte har tillgång till att få till sig kunskap om hur hygien- och städrutiner samt egenkontroll skall utföras inom verksamheten.

”En skriftlig plan för egenkontroll är ett bra redskap till exempel vid inskolning av anställda” (Valvira, 2018, s.21).

Om den personal som är delaktig i egenkontrollen, inte har kunskap om hur egenkontroll skall utföras, kan faktorer som orsakar hälsorisker i daghemmen bli onoterade och orsaka sanitära olägenheter för de som vistas i utrymmena. Detta lyfter fram både drifts-, städ- och dagvårdspersonalens roll som viktiga aktörer i arbete med egenkontroll. Man poängterar att ett systematiskt arbete med egenkontrollen, ger orsak till att höja kunskapen hos samtlig personal i daghemmen. Arbetet med egenkontroll och dess dokumentation kan göra alla delaktiga i att identifiera hälsorisker och därmed höja deras kompetens om egenkontroll.

Som lösning och centralt mål har varit att få fram en välfungerande plan för egenkontroll genom vilken inskolningen av anställda kan underlättas. Framställningen av problemet och de antagande som görs är följaktligen att en välfungerande och inarbetad egenkontroll kan bidra till att kunskapen om identifiering av hälsorisker kan ökas bland drifts-, städ- och dagvårdspersonal. Här är det verksamhetsutövaren som hålls ansvarig för att se till att en skriftlig egenkontrollplan finns att tillgå och att samtlig personal i verksamheten får skolning i hur egenkontroll ska genomföras.

5.6.2 Betydelsen av egenkontroll i Norge

Betydelsen av egenkontroll

I den norska anvisningen beskrivs problemrepresentationen vid betydelsen av egenkontroll och ansvarsfördelningen av egenkontrollens genomförande. I anvisningen finns en tecknad bild av ett barn som leker detektiv med ett förstoringsglas i handen (Helsedirektoratet, 2014, s.9), som kan symbolisera viktigheten av att ansvarsfördelningen är klargjord, och att granskning av verksamheten görs för barnens trygghet och hälsa.

En viktig del av driften i barndagvården är enligt lagstiftningen att verksamheterna har ett etablerat egenkontrollsystem (Helsedirektoratet, 2014, s.9). Den norska anvisningen framställer detta som viktigt, där man lyft fram hur egenkontroll skall göras systematiskt. Det betonas att verksamhetsutövarna inte har ett egenkontrollsystem och att ägaren och ledaren av dagvårdsverksamheten inte förmedlar tillräckligt tydligt vad som skall utföras och dokumenteras, för att ha ett etablerat system. I anvisningen läggs fram att det rutiner som man nämnt angående egenkontroll är utformade enligt god praxis, vilket framhåller problematiken om att dagvårdsverksamheter tidigare bara har gjort ”vad de måste”, eller bara skrivit ner det de kommer ihåg. Risken för att smittas av *Legionella* från varmvattenanläggningar vid dålig drift lyfts fram som exempel på att etablerade egenkontrollrutiner är av betydelse (Helsedirektoratet, 2014, s.29). Här ligger lösningen i att dagvårdsverksamheten etablerar ett internkontrollsystem och genomför egenkontrollen rutinmässigt. Här är det verksamhetsutövaren som har ansvar för att se till att få igångsatt ett arbete med egenkontroll och se till att det utarbetas goda rutiner inom dagvårdsverksamheten.

Ansvarsfördelningen av egenkontrollens genomförande

Den norska anvisningen framställer viktigheten att tydliggöra vem som är ansvarig för egenkontrollens genomförande och att ansvarsfördelningen ska finnas dokumenterad inom egenkontrollen.

«Eier har ansvaret for å påse at internkontrollsystem er etablert i barnehagen, (...)» (Helsedirektoratet, 2014, s.9)

”Lederen er ansvarlig for at det etablerte internkontrollsystemet følges opp, og har plikt til å gi relevant informasjon til foresatte, (...)» (Helsedirektoratet, 2014, s.9)

Man kan se under tytan att det ligger en liten skillnad i hur de olika benämningarna (titlarna) inom dagvårdsverksamheten ska förhålla sig till egenkontrollens genomförande. Där diskursen pratar om ägaren som ska bära ansvaret för etableringen av egenkontrollen, så skall ledaren ansvara för att egenkontrollen ska följas upp. Här tydliggörs det att problemrepresentationen har varit bristfällig egenkontroll där lösningen för en fungerande egenkontroll har varit att den blir förankrad i organisationen och att arbetsfördelningen är utstakad. Som en del av det etablerade egenkontrollsystemet är en tydligt beskriven ansvarsfördelning lösningen som ger samtliga involverade parter tillgång till uppgifter om vem som skall kontaktas och vem som skall ha ansvar för olika uppgifter inom egenkontrollen. Här är det i första hand ägare, det vill säga verksamhetsutövaren som står till svars för att ansvarsfördelningen är fastslagen.

Organisatoriska hinder för utförande av egenkontroll

En annan problemrepresentation som anvisningen tangerar gällande egenkontroll är att daghemmen inte har utfört kontroll över sig själva utan förlitar sig på att andra utför och dokumenterar de förbättringsarbeten som görs i daghemmen. Det handlar om att man upplever att de som bedriver barndagvård utgår från att som gäller underhåll av byggnader faller under en annan sektor, i kommunen eller i den privata sektorn; och att daghemmen endast ska se på den pedagogiska och vårdande delen av daghemsverksamheten.

«Arbeidet med internkontrollen skal skje i samarbeid med de ansatte og foreldre/forsatte gjennom barnehagens samarbeidsorganer» (Helsedirektoratet, 2014, s.9-10)

Här ser man problem med att arbetet med egenkontroll inte är utbredd i organisationen och både daghemspersonalen och föräldrar/vårdnadshavare har inte tagits med i arbetet. Lösningen och det centrala i diskursen är att dagvårdspersonal och föräldrar/vårdnadshavare nämns som delaktiga i egenkontrollen, där samarbete lyfts fram och hur en del av ansvaret för driften av dagvårdsverksamheten är satt på föräldrar/vårdnadshavare. Här har

verksamhetsutövaren en ansvarsposition i att involvera både dagvårdspersonal och föräldrar/vårdnadshavare i arbetet med egenkontrollen. Då verksamhetsutövaren delger föräldrar/vårdnadshavare mera möjligheter att påverka dagvårdsverksamheten genom egenkontroll kan det också förutsätta mera ansvar av de samma för egenkontrollens genomförande.

5.6.3 Egenkontrollens betydelse för hygien i Sverige

Ansvar för egenkontrollens förverkligande

I den svenska anvisningen beskrivs brister i ansvarsfördelningen över egenkontrollens förverkligande som ett fokusområde. Det kommer upp till ytan att man ser problem med att det uppstår olägenheter för människors hälsa om en verksamhet inte fortlöpande planeras och kontrolleras. Man lyfter fram brister i städrutiner inom egenkontrollen, som ser ut att vara en utgångspunkt i att förhindra hälsorisker. Problemet ligger i att det finns brister i etablerade städrutiner av lokaler och inredning.

”Egenkontrollen bör innefatta dokumenterade rutiner för utförande och uppföljning av städning och klagomålshantering. Dessa rutiner bör finnas tillgängliga för tillsynsmyndigheten” (Folkhälsomyndigheten, 2014, s.2).

Man lyfter fram att bristen på dokumentation över rutiner gör det svårt för hälsoskyddsmyndigheten att granska hur man utför städning och om den är tillräcklig. Lösningen och målet har varit att se till att både fastställa och dokumentera det organisatoriska ansvaret. Framställningen av problemet och lösningar poängterar viktigheten i att kunna bekräfta vilka rutiner man har, vem som utför dem och på vilket sätt man kan bevisa vilka åtgärder man gjort. Verksamhetsutövaren hålls ansvarig för att det i egenkontrollen har redogjorts för ansvarsfördelningen i dagvårdsutrymmen, där det ska framgå vem som bekräftats ansvar för vilka rutiner i dagvårdsverksamheten.

5.6.4 Sammanfattning av egenkontroll

Samtliga anvisningar lyfter fram viktigheten med utförande av egenkontroll. Dock är man i den finska anvisningen upptagen av tillräcklig kunskap om egenkontroll bland personalen, medan man i den norska anvisningen vill framhålla föräldrars ansvar kring egenkontrollen. I den svenska anvisningen läggs fokus på att de rutiner man har är väl dokumenterade.

5.7 Framställning av tillit, samarbete och fördelning av ansvar

Tillit, samarbete och ansvar är indirekt knutna till varandra och tas härmed upp som ett övergripande tema landsvis.

5.7.1 Frånvaro av ansvarsfördelning och samarbete i Finland

Invånarnas förväntningar kan äventyra tilliten

I den finska anvisningen betonas myndigheternas bekymring för att en del daghem inte uppfyller kraven som ställs i hälsoskyddslagen. Ett problem som kommer till uttryck är att man ser för sig är att barns hälsotillstånd kan försämrans av dålig inomhusluft.

”Dålig inomhusluft i daghem och skolor orsakar i dagens läge problem som påverkar människors hälsa och välbefinnande och även deras socialskydd och sociala kontakter” (Valvira, 2018, s.4).

Det kommer till ytan en oro att barn som är utsatta för sanitära olägenheter inom barndagvården ska slåss ut från samhället, genom sämre hälsa och sämre socialt stöd, både ekonomiskt och socialt. Här lyfter man fram kommunen och hälsoskyddsmyndighetens ansvar till att utföra tillsyn på ett tillitsfullt sätt. En utmärkande detalj om myndigheternas bekymring för invånarnas förväntning på och tillit till hälsoskyddsmyndigheten kommer därmed upp till ytan i den finska anvisningen.

”Problem med inomhusluften förekommer emellertid i dagens läge av olika skäl i den omfattning att man ansett det vara nödvändigt att utarbeta en anvisning som stöder och samordnar hälsoskyddsmyndigheten” (Valvira, 2018, s.4)

I diskursen talas om ”av olika skäl” som en faktor man syftar till. Här kan man se begreppet olika skäl vara en hänvisning till brister i kommunikation och tillit. Här lägger man vikt på hälsoskyddsmyndighetens roll som brobyggare som genom kommunikation ska bygga upp en tillit till kommuninvånarna. Man framställer hälsoskyddsmyndigheten som att ha ett behov av en anvisning som stärker och koordinerar deras arbete, vilket kan vara ett sätt att stärka deras ”pondus” (auktoritet) för att få ut sitt budskap till invånare och samarbetsparter.

”Invånarnas förtroende för sin kommun och de kommunala hälsoskyddsmyndigheterna kan i värsta fall utvecklas till en kris om invånarna mister förtroendet för kommun/myndighet” (Valvira, 2018, s.4)

I den finska anvisningen betonas att ryktet om förlorad tillit för myndigheterna, ska förorsaka en kris där man inte litar på att kommunen gör något åt de sanitära olägenheter som uppstår. Brister i kommunikation från hälsoskyddsmyndigheter kan orsaka misstro hos människor.

I diskursen kommer det upp till ytan att man tidigare inte jobbat i förebyggande syfte, utan tagit itu med de sanitära olägenheterna när problem med inomhusluft redan uppstått och processhanteringen har således blivit utdragen. Detta kan föranleda att kommuninvånarna kanske upplever att ärenden inte hanteras tillräckligt fort. Det kan hända att hälsoskyddsmyndigheten har levt med ett rykte om sig att ”de tar itu med ärenden först när det uppstått problem”. Detta kan vara en uppfattning som lever kvar, som myndigheten vill råda bot på.

Lösningen man lyfter fram är att kommunen och hälsoskyddsmyndigheten skall jobba målinriktat med god förvaltningspraxis och med kommunikation för att upprätthålla kommuninvånarnas förtroende för hälsoskyddsmyndigheten och kommunen. Här har kommunen och hälsoskyddsmyndigheten varsin ansvarsroll för att bygga upp en tillförlitlig kommunikation till sina invånare. Kommunens ansvar ligger i att ordna ändamålsenliga dagvårdsutrymmen och ändamålsenlig verksamhet, medan hälsoskyddsmyndigheten ansvarar för att ingripa för att förebygga sanitära olägenheter.

Förvaltningsmässigt ansvar

I den finska anvisningen problematiserar Valvira ansvarsfördelningen i arbetet med hälsoskydd. Barn i barndagvård har inte en sund och trygg inlärningsmiljö, då det finns sådana utrymmen som kan orsaka dem hälsorisker. Man behöver få fram viktigheten av att barn har rätt till en hälsosam miljö och att hälsoskyddet tar detta på allvar.

Gällande ansvarsfrågan lyfter man fram daghemsförvaltningen och hur den kan hamna i kläm. Här lyfter man fram den problemroll som daghemsföreståndaren kan stå inför i daghemmet.

”(…) föreståndaren för (...) ett daghem har i egenskap av representant för undervisningens (...) anordnare helhetsansvaret för hur verksamheten ordnas (...). Dessutom har de till uppgift att kontinuerligt främja och följa sundheten och säkerheten” (Valvira, 2018, s.8).

Här lyfter man fram att en föreståndare för ett daghem ska ha ett helhetsansvar för att barnen har en sund och trygg inlärningsmiljö, förutsatt att man då inte har ansvar för fastighetens och byggnadens underhåll och service. Trots att det är kommunen som har helhetsansvaret för

barndagvården, så står ansvaret för vård och pedagogik på bildningssektorn medan utrymmet daghemmet befinner sig i kanske kommer från en helt annan ekonomisk sektor i kommunen. Man ser problematiken i hur stort ansvar dagvårdsverksamheten har för en sund och trygg miljö för barnen om att det till och med kan ha ansvar för sådana uppgifter som inte faller under daghemmets eller barndagvårdens ekonomiska ramar. Lösningen är att man klargör ansvarsfördelningen inom förvaltningen, för att på så vis få ett helhetsansvar som att kunna upprätthålla en sund och trygg inlärningsmiljö för barnen.

Frånvaro av samarbete mellan olika aktörer i hälsoskyddsarbetet

I den finska anvisningen problematiseras även samarbete med andra aktörer. En viktig del av samarbetet faller under kommunerna. Kommunernas ekonomiska situation kan ses som ett problem, då det finns svårigheter att dimensionera barndagvården efter dess behov och satsa på dagvårdsfastigheternas underhåll.

”Kommunen bör ha en långsiktig plan om vilka byggnader som ska repareras, var nya ska byggas och var byggnader rivs ner. Genom strategisk planering och planläggning samt planering av markanvändningen kan kommunen svara mot servicenätets behov (skol- och daghemsnätet)” (Valvira, 2018, s.4)

I anvisningen poängteras viktigheten av att hälsoskyddsmyndigheten jobbar med andra aktörer, speciellt då det handlar om inomhusluft. Det underliggande problemet ser ut att vara att samarbete inte förekommer hos hälsoskyddsmyndigheten. Det kommer upp till ytan att man är orolig för att hälsoskyddsmyndigheten arbetar ensam och drar sina egna slutsatser, utan att involvera andra aktörer. Lösningen och det centrala målet är att hälsoskyddsmyndigheten inte ensam skall upptäcka problem och föreslå åtgärder, utan arbeta gemensamt med andra för att få större tyngd, i det man uppdagar och i de åtgärder man föreslår. Genom gemensamma inspektioner kan brister och åtgärder redan gås igenom och diskuteras ”i ett tidigt skede” och bli åtgärdade innan ens tillsynsprotokoll har vunnit laga kraft. Här är det kommunens ansvar att skapa förutsättningar för hälsoskyddsmyndigheten att utveckla sitt samarbete med andra aktörer.

I anvisningen går man ner på detaljnivå för att beskriva vilka aktörer som hälsoskyddsmyndigheten bör samarbeta med. En av aktörerna som lyfts fram i diskursen är fastighetsägaren och dess samarbetsroll.

”De flesta av de missförhållanden som observeras i den fysiska miljön är sådana som ska avlägsnas av fastighetsägaren” (Valvira, 2018, s.8).

Det problemrepresentation som framställs är att fastighetsägaren inte tar tag i de olägenheter som finns i daghemsutrymmena. Det kommer upp till ytan en oro över att detta kan bero på bristen på ansvarsfördelning i organisationen. I en kommun kan det vara själva kommunen som är ägare till fastigheten, men olika instanser bär ansvaret för olika delar av verksamheten. Om man inte klart kan definiera vem som bär ansvaret för vad, till exempel för fastigheten och byggnadens underhåll, vård och service, kan det hända att sanitära olägenheter inte åtgärdas. Kommunen kan också hyra in sig i utrymmen som man inte själv äger och det kan skapa oklarheter i serviceförhållanden. Lösningen är att se fastighetsägaren som en viktig samarbetsaktör till hälsoskyddsmyndigheten. Här är det fastighetsägarens ansvar att olägenheter i dagvårdsutrymmena blir åtgärdade och avlägsnas. En verksamhetsutövare som bara bedriver dagvårdsverksamhet i till exempel hyrda utrymmen befinner sig i en situation, där man är helt beroende av fastighetsägares ansvar för fastigheten.

Andra aktörer som anvisningen lyfter fram är hälsovårdens roll inom barndagvården. Man nämner speciellt primärvård, arbetarskydd och företagshälsovård samt för skol- och studerandehälsovården. Vad gäller primärvård, är det barnrådgivningen som sköter om barn under skolåldern. Hälsoskyddsmyndigheten ser problem i att olika lagstiftningar inte tar barnens miljö på allvar.

Den övergripande problemrepresentation som beskrivs är att samarbete och interaktion mellan hälsoskyddsmyndigheten, primärvården och andra hälso- och sjukvårdstjänster inte har prioriterats. Det kommer upp till ytan en oro för att primärvården bara tar itu med symptom och sjukdomar, vilka uppstår då skada redan skett, och inte fokuserar på att arbeta i förebyggande syfte. Därtill betonas det att barnen som vistas i barndagvård inte omfattas av samma arbetarskydd som dagvårdspersonalen eller att företagshälsovården omfattar endast de anställda. Det kommer upp till ytan att barnen i dagvård inte tas på lika stort allvar, som när den vuxna personalen klagar på sin arbetsplatsmiljö eller sin arbetshälsa.

Hälsoskyddsmyndigheten, företagshälsovården och arbetarskyddet jobbar enligt olika lagstiftningar men kan ha överensstämmande observationer från samma utrymmen. Det betonas att det inte sker förebyggande tillsyn från arbetarskyddet, utan endast då behov uppstår, då brister i arbetarskyddet redan skett. Detsamma gäller för arbetsplatsutredningar från företagshälsovården som endast görs med jämna mellanrum och bara när förhållanden på arbetsplatsen förändras (Valvira, 2018, s.9).

Lösningen och det centrala målet är att åstadkomma ett informationsutbyte och samarbete mellan hälsoskyddsmyndigheten och andra aktörer, för att få en helhetsbild över olägenheter och potentiella hälsorisker som har eller kan uppstå i dagvårdsutrymmen inom barndagvården och hur de kan förebyggas. Detta kunde innebära synergieffekter i arbetet att förhindra ohälsa bland barn och få ekonomiska inbesparingar. Här är det kommunens ansvar att skapa förutsättningar för att ett samarbete kan utvecklas mellan olika instanser och aktörer i kommunen.

Föräldrars och barns synpunkter beaktas inte

I den finska anvisningen betonas också att föräldrar och barns åsikter är underrepresenterade. I anvisningen omtalas skolelever och dess föräldrar som en samarbetspart (Valvira, 2018, s.8) medan föräldrar och barn inom barndagvården inte alls nämns i anvisningen. Man poängterar det som viktigt i anvisningen att vårdnadshavare informerar om sin oro för sina barns skolgång och läromiljö. Det kommer upp till ytan att myndigheten ser problem med att föräldrars bekymring över sina barns inlärningsmiljö inte tas på allvar eller respekteras. Lösningen är att hälsoskyddsmyndigheten lyssnar till föräldrarnas/vårdnadshavarnas åsikter och bekymringar angående sina barns dagvårdsvistelse och att dessa tas i beaktande vid sin tillsyn. I problemrepresentationen grundas problemet i föräldrar och barns underrepresentation som ska lösas genom dialog. Detta hänger även samman med hälsoskyddsmyndighetens kommunikation och om att uppfylla invånarnas förväntningar på myndigheter/kommunen. Här är det dagvårdspersonalen och hälsoskyddsmyndigheten som hålls ansvariga för att en dialog upprätthålls gentemot föräldrar och barn.

5.7.2 Ansvarsfördelning och betydelsen av att klargöra det i Norge

Brist på enhetliga anvisningar kan påverka tilliten

I den norska anvisningen är inte tillit dess mer beskrivet men problemrepresentationen beskrivs mera som en oro för att inte frambringa aktuell information och således inte ha en tillräcklig styrka i sina anvisningar, vilket kan påverka tilliten till myndigheten. Här handlar det om att man är upptagen av att de anvisningar man ger ut är uppdaterade (Helsedirektoratet, 2014, s.5), för att skapa tillit till de råd och rekommendationer man ger.

Det betonas i den norska anvisningen att både myndigheter och verksamhetsutövare inte har enhetliga tolkningar på hur förordningen (*forskrift om miljørettet helsevern i barmehager og skoler mv.*) ska efterlevas. Om det inte finns enhetliga riktlinjer bundna till barndagvårdsverksamheten är det möjligt att hälsoskyddsmyndigheten inte tolkar kraven

likvärdigt och sätter verksamhetsutövare i olika fack, som i sin tur kan påverka tilliten till myndigheternas arbete.

Lösningen är att man efter ny forskning och nya regelverk upprätthåller och uppdaterar material som ska användas inom hälsoskyddsförvaltningen och att man i samråd med olika berörda parter, över ansvarsområden och beslutandeorgan, delger varandra information och råd som kan komma varandra till godo. Här är det de statliga myndigheterna som har det yttersta ansvaret att få på plats tillräckliga arbetsverktyg för myndigheterna att jobba på ett tillförlitligt sätt.

Diffus rollfördelning kan påverka hälsoskyddet

I den norska anvisningen framställs betydelsen av ansvar och rollfördelning som viktig. Den framhåller betydelsen av att det finns en ledare för dagvårdsverksamheten, vilket man i detalj nämnt vem (titel) som kan anses som ledare av en daghemsverksamhet och hurdan ansvar denne har. Problemet har varit att verksamhetsutövare inte tar ansvar för att kraven i förordningen följs och tar itu med de förelägganden som hälsoskyddsmyndigheten ger. Man har sett att kommunens förelägganden inte tas på allvar eller nedprioriteras bland de andra krav och uppgifter som verksamheten skall uppfylla.

«For både offentlige og private barnehager og tilsvarende virksomheter vil ansvaret for barnehagebygget og selve driften ofte være lagt til ulike enheter. Det er derfor viktig at disse enhetene avklarer roller og ansvar i henhold til forskriftens bestemmelser» (Helsedirektoratet, 2014, s.9)

Problemrepresentationen ligger i att ansvar och rollfördelningen inte har definierats av verksamhetsutövaren. Det kommer upp till ytan en oro att det finns dagvårdsverksamheter där det inte finns en dokumenterad ansvarsfördelning. Detta kan leda till att då brister uppdrags så åtgärdas inte problemen utan olika enheter/sektorer skjuter ifrån sig ansvaret och problemet. Myndigheterna betonar att ansvaret för daghemsbyggnader och driften av daghemmen försummas och ingen tar tag i problemen och åtgärdar dem, om ansvarsfördelningen blir oklar.

Man poängterar två grupper av ansvarstagare: Daghemsägare och ledare av daghemmen. Gällande ägande av daghem kan man se att för kommunala daghem finns oftast ägandeskapet högt upp i organisationen (hos rådmannen) vilket kan ha konsekvens för att man har liten insyn i det enskilda daghemmet och är inte insatt i vad som daghemsverksamheten kräver. Då

det handlar om ägare av privata daghem, kan det ofta vara fråga om små företag eller organisationer som kan ha lite ekonomiska resurser att upprätthålla, underhålla och åtgärda det som krävs inom dagvårdsverksamheten. Betoningen ligger i att man prioriterar bort nödvändiga underhålls- och renoveringsutgifter framom den pedagogiska verksamheten.

«Styrer i barnehagen er barnehagens leder. I noen tilfeller, f.eks. dagmammavirksomheter og mindre, private barnehager, kan leder og eier være samme person» (Helsedirektoratet, 2014, s.9)

Som ledare av ett daghem kan denna definition vara diffus, speciellt där som organisationen er stor. I de fall där det inte finns en utnämnd ansvarstagare för daghemsverksamheten, kan leda till att åtgärder inte blir upptäckta, åtgärdade eller rapporterade.

Lösningen och det centrala målet är att daghemsägare har tillfredsställande planer och rutiner för att förvalta, driva och underhålla sin verksamhet. Det kan vara att avsätta tillräckligt med tid och ekonomiska resurser för att upprätthålla allt som krävs för att bedriva en dagvårdsverksamhet i en fastighet. Detta förutsätter att man har gjort upp en ansvarsfördelning för att kunna lägga tid och resurser på rätt faktorer i verksamheten. Här är det verksamhetsutövaren som bär ansvaret för att få på plats en tillräcklig ansvarsfördelning över dagvårdsverksamheten.

Andra aktörers inblandning kan skapa konfliktsituationer

Den norska anvisningen betonar att brister i tvärfackligt samarbete kan påverka tilliten. Ur diskursen kan man urskilja att man ser att olika verksamhetsutövare inte jobbar enligt god praxis och förbättrar inte sina tjänster. Det betonas att det inte utförs ett systematiskt folkhälsoarbete och att man jobbar tvärs över sektorerna. Om dagvårdsverksamheter inte styrs eller övervakas genom medverkan med de som är involverade i verksamheten, kan det uppstå konfliktsituationer.

«Veilederen omfatter bare råd og anbefalinger som anses å være av vesentlig betydning for barnehagevirksomheten. Disse er basert på mest mulig eksakt viten, men også på praktiske og velprøvde erfaringer innenfor de ulike områdene/temaene. Flere av disse er hentet fra fagmiljøer utenfor helsesektoren» (Helsedirektoratet, 2014, s.5).

Här är man tydlig med att samarbete ska lyftas fram, från olika sektorer och fackområden. Man ser att det i huvudsak är hälsosektorn som fått bäst fotfäste bland de råd och anvisningar som givits men att man vill ge plats för andra sektorer och aktörer att bidra med kunskap och erfarenheter. I samband med att en dagvårdsverksamhet ska planläggas, verksamheten inledas och sedan drivas är det många olika aktörer som skall involveras. Om ett samarbete eller kommunikationen mellan olika parter inte fungerar kan det leda till att dagvårdsverksamheten inte har fullföljt sina förpliktelser. Detta ser speciellt i samband med att det är flera lagstiftningar som skall följas, där ibland ”plan- och bygningsloven”, ”arbetsmiljöloven” og barnehageloven” (Helsedirektoratet, 2014, s.15). Lösningen är ett samarbete mellan hälsoskyddsmyndigheten och andra aktörer, där det handlar om att alla involverade i alla led ska kunna ta del av verksamheten och bidra till att olika sektorer kan förbättra sina tjänster. Här är det kommunen som ansvarar för att det ges resurser till att det skapas en dialog mellan kommunen, hälsoskyddsmyndigheten och olika aktörer inom barndagvårdssektorn.

5.7.3 Ansvarsfördelning och betydelsen av att klargöra det i Sverige

Vad gäller den svenska tilliten så har jag inte hittat att det svenska dokumentet fokuserar på hur relationen till hälsoskyddsmyndigheten är beskriven. Jag har inte heller hittat i det svenska dokumentet något fokus på hur samarbete är beskrivet.

Ansvarsfördelningen bör organiseras

Folkhälsomyndigheten framställer i den svenska anvisningen ansvarsfrågan som ett organisatoriskt problem. Det dyker upp som ett underbyggt problem att verksamhetsutövare inte agerar när misstanke om olägenhet för människors hälsa uppstår och de inte ser allvarligt på att deras verksamhetsutrymmena kan vara i sådant skick att de utsätter de barn som vistas i utrymmena för hälsorisker.

”Verksamhetsutövare för anmälningspliktiga verksamheter ska enligt förordningen om verksamhetsutövarens egenkontroll ha en fastställd och dokumenterad fördelning av det organisatoriska ansvaret för de frågor som omfattas av miljöbalken samt dokumenterade rutiner för fortlöpande kontroll av verksamheten” (Folkhälsomyndigheten, 2014, s.2).

Framställningen av problemet är att myndigheterna är oroliga för att verksamhetsutövarna inte har fördelat det organisatoriska ansvaret, det vill säga vem som sköter vilka uppgifter och är ansvarig för det. Ansvarsfördelningen blir diffus och åtgärder inte utförda, då man inte har klargjort vem som sköter om vilka rutiner och därmed också har ansvaret för det.

Lösningen ligger i att det organisatoriska ansvaret skall vara dokumenterat av verksamhetsutövaren. Detta riktar ansvaret på verksamhetsutövaren medan hälsoskyddsmyndigheten är den som sätter premisserna för att kontrollera genom tillsyn att det är gjort. Man lägger vikt på att ansvaret ligger hos verksamhetsutövaren och att ansvaret inte kan flyttas bort från organisationen.

5.7.4 Sammanfattning av ansvar och roller

Den finska anvisningen tar upp invånarnas tillit till myndigheterna och hur samarbete mellan olika aktörer saknas. Den norska anvisningen lyfter däremot upp hur samarbete med andra aktörer kan leda till konflikter och problem med diffus rollfördelning. Den svenska anvisningen tar varken upp tillit eller samarbete men lyfter upp viktigheten av ansvarsfördelning inom verksamheten som bedrivs.

6. Diskussion

Vidare i avhandlingen tar diskussionen vid. Medan resultaten delades in i 5 huvudkategorier med de tre ländernas fokusområden, kommer diskussionen att lyfta fram likheter och skillnader över fokusområdena tillsammans med den teoretiska ramen och tidigare empiriska resultat. Då den teoretiska ramen omfattar miljöhälsoskydd och barndagvård ur ett folkhälsoperspektiv, och Carol Bacchis WPR-ansats som metod, kommer fokus i diskussionen att ligga på vilka likheter och skillnader i problem, lösningar och ansvarsfördelning som de tre länderna representerar. Detta görs som en komparativ jämförelse där diskursen kommer vara kopplad till hur de riktlinjer man har sammanfaller med de olika ländernas hälsopolitiska kontext. Först kommer resultaten från analysen att diskuteras och till sist följer en diskussion om de metodiska begränsningarna med avhandlingen.

6.1 Folkhälsosamarbete i Norden

Samtliga länders riktlinjer tar utgångspunkt i den lagstiftning som vart och ett enskilt land har beslutat politiskt. Dessa riktlinjer har ett samband med den hälsopolitiska förvaltningskultur som råder i respektive land. De nordiska länderna har gemensamma värderingar i och med den nordiska välfärdsmodellen (Mansikka & Lundqvist, 2019, s.112) och Norge har till exempel i Stortingsmeldingen om nordisk samarbete (2019-2020), lyft fram bland annat att

samarbetet på folkhälsoområdet i Norden har en lång historia, inte minst inom arbetet att bekämpa smittsamma sjukdomar (Meld. St. 23 (2019-2020)). Det att myndigheterna skrivet att så är fallet och att det finns politisk enighet om ett sådant samarbete, kan vara resultatet av ett specifikt sätt att presentera nordiskt samarbete som välfungerande. Detta kan ha ett samband med att dessa länder har en likartad hälsopolitik under normala förhållanden.

Enligt Nylenna (2019) har hälsoväsendet i samma grad som andra samhällsfunktioner; såsom barnomsorg och miljöhälsa, blivit mera reglerat genom lagstiftning och bestämmelser och krav på rapportering och dokumentation har således ökat (Nylenna, 2019, s.128). För samtliga tre länder kan uppgörande av anvisningar för miljöhälsoskyddet således vara en grundläggande del av det viktiga rådgivande arbetet alla tre länders myndigheterna har gentemot sin befolkning och verksamheter.

Som en del av den likartade hälsopolitiken i Norden, lyfter alla tre länder fram i diskursen viktigheten att utföra egenkontroll på verksamheten som en del av hygienpraxisen inom barndagvården. Begreppet egenkontroll kan sägas blev introducerad i Norden, i samband med Finlands och Sveriges inträdet i EU 1995 (Vuorinen et al., 2007, s.241) och genom Norges EØS-avtal 1994. Fastän diskursen i de olika ländernas anvisningarna skiljer sig i fråga om egenkontrollens genomförande kan likheterna om krav om upprätthållande av egenkontroll genom rapportering och dokumentation, ha ett samband med skiftet till *New public management*, som Kogstad (2002) lyfter fram att blev styrande vid många kommunala utvecklingsområden under 1980-90-talet, där bland annat fastighetskötsel och underhåll utlokaliserades till privata aktörer (Kogstad, 2002, s.175). Behovet av dokumentation inom egenkontrollen kan vara en viktig faktor för att hälsoskyddsmyndigheten på ett effektivt sätt kan övervaka att samtliga, både kommunala och privata aktörer, tar hälsoskyddsaspekter i beaktande i sin verksamhet.

I diskursen vad gäller rengöringsrutiner inom barndagvården kan man se likheter vid vad de tre länderna problematiseras i de respektive anvisningarna. Samtliga länder lägger vikt på städbarheten i verksamhetsutrymmen och effektivitet i den rengöring som utförs. Detta kan ha ett samband med att man har en gemensam förståelse av att en effektiv rengöring är viktigt för att upprätthålla en god hygienpraxis inom barndagvården. Detta kan man speciellt se i diskurser gällande leksaker som källa till smittspridning, som är något alla de tre ländernas anvisningar tar upp. Det ser ut att vara en väl etablerad uppfattning att det finns ett samband mellan användningen av leksaker och smittspridning på daghem. I kapitlet som berör

barndaghem och smittskydd i den norska ”*smittevernveilederen*” (2019) framhåller man att det är oundvikligt med en viss infektionsspridning bland barn i daghemmen med anledning av barns generella beteende (Vestheim, 2019), som då kan tänkas vara småbarns behov av att genom sina händer och mun känna sig fram och utforska sin omgivning, bland annat via leksaker.

Om man vidare tar fasta på det smittskyddsmässiga budskapet i riktlinjerna är det utmärkande i analysen att de tre ländernas anvisningar är till sin framtoning utformade på olika sätt. Den finska anvisningen har en allvarsam framtoning, där det möjliga syftet är att man vill framhålla viktigheten i att hälsoskyddsmyndigheten ska hålla en linje som en ”auktoritär” myndighet. Man vill ändå lyfta fram samarbete och kommunikation, där det blir mera tydligt att man ska vara mera rådgivande i sin myndighetsroll och guida till exempel barndagvårdsaktörer mot att förstå vad hygienrutiner har för betydelse för verksamheten. Den finska anvisningen lyfter fram det hälsotekniska, vilket kan ha sin grund i att den finska hygienutveckling har byggts upp genom en ökad kunskap om miljömedicin och man har sett att miljömedicinska problem blivit mer tvärvetenskapliga (Jaakkola & Mussalo-Rauhamaa, 1993, s.191).

Den svenska anvisningen utmärker sig för att ha en mer komprimerad profil och framställer sitt budskap mera generellt. Detta kan tolkas som att den svenska anvisningen möjligen ska kunna omfattas av och nå ut till så många verksamheter som möjligt och att man inte vill gå för långt in i att styra hur saker och ting ska göras. Folkhälsomyndigheten (2020a) vill framhålla att de svenska allmänna råden inte är bindande men rättsligt grundade av en myndighet genom samarbete med berörda verksamheter och myndigheter (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

6.2 Betydelsen av privatisering av barndagvården

Det kanske mest utmärkande i många delar av analysen är hur hälsoskyddets riktlinjer är formade efter utbudet av barndagvård i de olika länderna. Olika diskurser i analysen ser ut att bygga på att den norska barndagvården är präglad av ett större inflytande av den privata sektorn. Som det framkommit har Norge effektiviserat sin barndagvård i linje med *New Public Management* och idag bedrivs 53% av daghemmen av privata aktörer i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Man kan ur analysen lyfta fram olika diskurser som tar fasta på att den norska anvisningen på många fronter riktar sig till en större publik än endast den egna organisationen (i detta fall kommunen). Om man först ser till den norska anvisningen så kan utformningen av miljöhälsoskyddets riktlinjer ha ett samband med att Norge har en anmärkningsvärd hög andel privata daghemsaktörer i jämförelse med de andra länderna. Den norska anvisningen skiljer sig på ett utmärkande sätt genom att den framställer sitt budskap på ett sätt som gör den mer förståelig för en bredare publik och når ut till flera personer. Den kan möjligen upplevas mer tilldragande för att öka läsarintresset för myndighetstexter bland främst aktörer inom barndagvårdssektorn. Detta kan röra sig om att väcka intresse hos föräldrar och dagvårdspersonal både inom den offentliga och den privata sektorn. Den norska anvisningen har mycket information i alla textdelar, vilket gör den mera pedagogisk och mindre teknisk i sin utformning. Genom att Helsedirektoratet (2016) har lyft upp att invånarnas intressen ska beaktas, bland annat genom information och handledning (Helsedirektoratet, 2016, s.7) så kan man tolka det som att de norska myndigheterna har utformat dokumentet på detta sätt för att de ser en smittskyddsmässig fördel genom att gå bredare ut och öka medvetenheten om smittskydd i hela barndagvårdssektorn.

Utformningen av det norska dokumentet verkar som att den appellerar till känslor i större skala och framhäver även föräldrar och barn som mera medverkande. Det kan tolkas som om det finns en mera marknadsorienterad betydelse i den norska anvisningen. Med marknadsorienterad menas här att utifrån den norska idén handlar det om att nå ut till flera människor och uppnå en medvetenhet om infektionskontroll hos fler än tillsynsmyndigheterna, som en viktig del i kampen mot smittsamma sjukdomar inom barndagvården.

I diskursen kan man se att samtliga länders anvisningar betonar verksamhetsutövarens ansvar, som i hög grad lyfts fram som kommunens uppgift i Finland och Sverige. Om man i detta sammanhang lyfter fram att barndagvården i Finland och Sverige drivs främst kommunalt med betydligt mindre antal privata daghemsaktörer än Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019, s.6), kan man se ett samband med att de finska och svenska anvisningarna är mera ”byråkratiska” till sin utformning. Dessa två anvisningar är mer hälsotekniska och appellerar mera till det logiska vilket kan ha sitt samband med att de riktar sig mera mot en snävare publik, främst mot kommunen själv och tillsynsmyndigheten.

Vad gäller Finland, så kan man lyfta fram några diskurser som pekar på att barndagvården av tradition fortsättningsvis är mera kommunalt organiserad. Till skillnad från de andra nordiska länderna, så dök tillit och hur hälsoskyddsmyndigheten upplevs upp, som en viktig diskurs i den finska anvisningen. I den finska anvisningen är man upptagen av invånarnas förväntning på och tillit till hälsoskyddsmyndigheten, vilket kan ses i ljuset av att barndagvården till stor grad är organiserad kommunalt. Detta verkar böttna i att man tidigare kanske ansetts inte jobbat i förebyggande syfte utan gjort tillsyn då olägenheter redan uppstått. Här har kommunens ansvar för ordnande av ändamålsenliga utrymmen och verksamhet och hälsoskyddsmyndighetens ansvar för att ingripa i förebyggande syfte och satsa på kommunikation lyfts fram som målsättning. Detta kan man se lyfts fram då det i det gemensamma riksomfattande tillsynsprogrammet för miljö- och hälsoskyddet för åren 2020 – 2024 (2019) nämns att det av myndigheterna förväntas att kommunikationen som ges är flexibel, snabb, lagenlig och sakkunnig (Livsmedelsverket & Valvira, 2019, s.18).

Vidare i diskussionen om betydelsen av privatisering av barndagvården kan behovet av egenkontroll också dras fram. Det att barndagvården främst är i kommunal regi i Finland, kan ha ett samband med att man inte kommit särskilt långt då det gäller egenkontroll bland hälsoskyddsverksamheter. Barndagvården är bland de verksamheter som enligt 2 § i hälsoskyddslagen ska identifiera hälsorisker i kan förorsaka sanitär olägenheter och följa upp de faktorer som kan påverkar dessa risker genom egenkontroll (Hälsoskyddslagen, 1995). Detta kan ha ett samband med att kommunen i huvudsak driver barndagvården själv. Egenkontroll kan ses som en form av kontrollmekanismer av hälsomässiga faktorer inom verksamheten, som verksamhetsutövarna har över sig själva och inför myndigheterna. Det krävs inte en skriftlig egenkontrollplan för barndagvårdsverksamheter i Finland, men hälsoskyddsmyndigheten har gått in för att vägleda och ge anvisningar om egenkontroll (Valvira, 2018, s.22). I den finska anvisningen problematiserar man kompetensen bland personalen kring egenkontrollens utförande och man ser att det finns en brist på kunskap om egenkontroll bland både drifts-, städ- och daghemspersonal. Att hälsoskyddsmyndigheten har en central roll i att förmedla information och rådgivning till barndagvården för att höja kunskapen om identifiering av hälsorisker, kan bidra till ett väl fungerade egenkontrollsystem.

Till skillnad från den finska anvisningen så framställer både den norska och svenska anvisningen behovet av skriftlig dokumentation. Om man ser till diskursen i den svenska anvisningen går den mest i detalj in på städrutiner, där uppföljning och kontroll är en viktig del av egenkontrollen. Diskursen tar också upp verksamhetsutövaren som ansvarig för att

åtgärder kring dessa rutiner blir dokumenterade, så att rengöringsjobbet ska upplevas viktigt för de som utför det. I Socialstyrelsens handbok (2008) framgår det att en väsentlig del av verksamheters egenkontroll ska omfatta rengöring av lokaler och inredning, där det redogörs för vilka planer som finns, hur ansvarsfördelning är gjord och vilka rutiner som finns (Socialstyrelsen, 2008, s.43). Detta kan ha ett samband med att de som utför rengöring i daghemslokalerna inte nödvändigtvis är de som har ansvar för barndagvårdsverksamheten eller är anställda av verksamhetsutövaren och att det därmed behövs skriftliga rutiner för utomstående aktörer. Eftersom verksamhetsutövare har fria händer att forma sin egenkontroll men ska kunna kontrolleras av tillsynsmyndigheten, har man satt krav på att rutinerna verkligen fungerar, genom att fokusera på att dokumentering faktiskt görs. Här kan man se att man i Sverige vill hålla tillsynen nära verksamhetsutövarna, och därmed hålla tillsynsansvaret på kommunal nivå. Bro (2000) tar upp att de statliga myndigheterna har en roll i att fastställa lagar, föreskrifter och riktlinjer samt upprätta råd och anvisningar för landets kommuner, för att förenkla tolkningen av lagstiftning. Då det gäller genomförande av den faktiska tillsynen har de kommunala myndigheterna ansvaret (Bro, 2000, s.58).

Att den norska anvisningen även lyfter fram behovet av skriftliga rengöringsrutiner kan sättas i samband med kraven på egenkontroll och att ett daghem ska veta vad den ska rengöra, hur rengöring utförs och efteråt kunna dokumentera vad som blivit gjort (Jebsen, 2019, s.19). Detta kan hänga samman med den större graden av privatisering, både inom barndagvården och annan entreprenad. Då rengöring, underhåll och drift av dagvårdsfastigheter läggs ut på entreprenad och överförs på andra aktörer finns ansvaret inte mera i kommunens händer. Det kan också hänga samman med att då ansvar för uppgifter som inte direkt kommunen är skyldig att sköta själv, såsom rengöring och drift av fastigheter, kan leda till att det behövs mer skriftliga direktiv för hur det ska upprätthållas en god hygienpraxis.

Ett annat sammanhang med privatisering av barndagvården där man kan lyfta fram behovet av dokumentering kan ha att göra med marknadsorienteringen gentemot valet av daghem. Haugset har i sin artikel (2019) om hur kommunalt eller privat ägarskap har en betydelse för kvaliteten i norska daghem, funnit att skriftliga rutiner och synlighet kring dessa är vanligast i privata daghem. De fynd som framkom ur forskningen indikerade att privata daghem i större grad synliggör tillsyn och service genom att ha etablerat skriftliga hygien- och rengöringsrutiner (Haugset, 2019, s.250). Utgående från detta kan man se ett samband med att de norska riktlinjerna lyfter fram skriftliga dokument på ett mer pedagogiskt sätt.

6.3 Planläggning av dagvårdsutrymmen och kommunens ansvar

Trots olik fördelning av offentliga och privata aktörer som driver barndagvård i de olika länderna ligger ansvaret för planläggning av barndagvårdsverksamheter på kommunnivå. Detta lyfts fram i samtliga länders anvisningar, dock omtalas planläggning av dagvårdsutrymmen ur hälsoskyddsaspekter lite olika i anvisningarna.

I den finska anvisningen lyfter man fram att den långsiktiga planeringen av dagvårdsutrymmen saknas och att hälsoskyddet inte prioriteras tillräckligt mycket i denna planering. Man är fokuserad på att hälsoskyddets kunskap och uppgifter kan utnyttjas inom kommunen och att detta ska göras genom samarbete. Detta kan knytas samman med att det ses som viktigt att lyfta fram fastighetsägarens ansvarsroll och att dess samarbete med tillsynsmyndigheten är av stor betydelse för att olägenheter blir åtgärdade och avlägsnade. Ur finländsk synvinkel lyfter Lampi & Reijula (2016) fram viktigheten att skapa ett gott samarbete mellan fastighetsägaren och de verksamma i utrymmen för att kunna få fram potentiella olägenheter och även att samarbetet mellan myndigheter är av betydelse för att kunna planera, inleda, tolka, besluta och fastställa vilka åtgärder som ska göras. Man poängterar att fastighetsägaren bör vara samordnaren, då fastighetsägaren är ansvarig både för förhållanden i utrymmena och för att informationsgången hålls öppen (Lampi & Reijula, 2016).

I den svenska anvisningen är fokus lagt på att dagvårdsutrymmena redan vid planläggningsskedet är utformade med tanke på städbarhet och hygien och att kommunen lyfts fram som ansvarig för att ha begrundat behovet av ordentlig planläggning av barndagvården. Detta kan tolkas i linje med vad Folkhälsomyndigheten (2020b) tydliggör att inomhusmiljön påverkas lika mycket av hur en fastighet underhålls och vårdas som av hur den är utformad (Folkhälsomyndigheten, 2020b). Detta kan ha ett samband med att man i Sverige är mera fokuserad på att ta renhållning i beaktande redan i planläggningsskedet av dagvårdsutrymmen.

Vidare i diskussionen om planläggning av dagvårdsutrymmen kan man lyfta fram hur dagvårdsutrymmenas storlek och antal barn på en dagvårdsavdelning påtalas olika i diskursen. Den finska anvisningen är mest upptagen av fokuseringen på antalet barn på en dagvårdsavdelning, i fråga om att planlägga tillräckliga arealer för barn så att närkontakt vid spridning av smittsamma sjukdomar kan undvikas. Samtidigt har Finland inte längre några lagstadgade riktvärden för antal kvadratmeteryta per barn i dagvård. I Esbo stads anvisning

(2018) för planering av dagvårdsutrymmen, framgår att man rekommenderar att minst 5 m² golvutrymme per barn reserveras vid en dagvårdsavdelning och att barn ska kunna separeras till olika dagvårdsutrymmen för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar (Espoon seudun ympäristöterveys, 2018, s.4).

Samma utgångsläge har Sverige där man inte längre har någon lagstiftning eller riktvärden som reglerar hur många kvadratmeter ett barn ska ha till förfogande inomhus. Ur Ale kommuns ramprogram (2020) framgår att Socialstyrelsen tidigare rekommenderade att det skulle finnas 7,5 m² pedagogisk inomhusyta/barn men denna riktlinje är inte längre officiell (Ale kommun, 2020, s.5). Det som lite berör detta är att Skolverket återinförde 2016 ett riktgivande värde för antalet barn i en dagvårdsgrupp; som för barn mellan 1-3år kan vara 6-12 st., medan en barngrupp för 4-5åringar kan vara 9-15 st. Här är det inte fråga om kvadratmeteryta per barn utan man har relaterat riktvärdet mot bland annat faktorer som berör personal och den fysiska miljön en barngrupp ska vistas i (Skolverket, 2016, s.6).

Det som är utmärkande i diskursen är att i de delar av den norska anvisning som analyserats, har fokus inte varit på dagvårdsutrymmenas storlek och antal barn utan mera på hur brister i ansvaret för drift och underhåll ska lösas. Samtidigt framgår det i 9 kap. i anvisningen (2014) att Norge har en vägledande norm för hur stort utrymme barnen ska ha till sitt förfogande inomhus. Denna norm är satt till 4 m²/barn över 3år medan mindre barn ska ha en tredjedel mer kvadratmeteryta per barn (Helsedirektoratet, 2014, s.17). Detta kan förstås mot en större grad av liberalisering av barndagvårdssektorn och större graden av privatisering, inom såväl barndagvård som drift och underhåll. Detta kan ha ett samband med att kommunen fortsatt vill reglera i hurudan omfattning barndagvårdsutrymmen utformas och drivs, så att privata marknadskrafter inte bedriver barndagvård för att tjäna pengar utan att ta utrymmesbehovet i beaktande. Detta kan tolkas mot att Finland och Sverige som har ett större antal kommunala daghem, kanske har större kontroll på den kommunala planläggningen av dagvårdsutrymmen.

6.4 Olika erfarenheter av hygienrutiner i de olika länderna

Det som är utmärkande i en del av analyserna är på vilket sätt hygienrutiner inom barndagvården beskrivs i de olika ländernas anvisningar. Här kan man skilja på hurdana hygienrutiner som de olika länderna diskursivt har ansett vara av betydelse för att upprätthålla en god hygienpraxis inom barndagvården. Vilket fokus som de olika länderna har kan ha sin förklaring i att man har olik hälsopolitiskt fokus på hygienrutiner inom barndagvården. Olika

diskurser i analysen ser ut att bygga på att det finska folkhälsoarbetet är mera präglad av hälsovård (primärvård) än i de andra länderna.

Då man ser till hygienrutiner, så prioriteras god handhygien i alla tre länders anvisningar. Detta kan bero på en gemensam förståelse av att detta är viktigt för att förhindra smittsamma sjukdomar inom barndagvården. Dock kan man lyfta fram skillnaden i hur detta har prioriterats i de olika länderna och hur man förmedlat detta budskap genom riktlinjerna.

Den finska anvisningen tar upp goda hygienrutiner en god bit in i texten, där man fokuserar på hur de hygieniska förhållandena ska bedömas inom tillsynen. De finska riktlinjerna skiljer sig lite i form att den har fokuserat på detaljer då det gäller vad som gör barn sjuka. Detta handlar om att man är upptagen av att i detalj beskriva hur infektioner sprids och vilka hygienrutiner som har en inverkan på smittspridningen. Detta fokus kan ha att göra med att målgruppen för dokumentet i högre grad är tillsynsmyndigheter och delvis för personal som jobbar inom barndagvård och hälsosektorn.

I den finska anvisningen riktas också fokus på betydelsen av att ha kunskap om vad som är god handhygien och hur det kan förmedlas via dagvårdspersonalen till barnen. I finska Social- och hälsovårdsministeriets handbok (2005) nämns att både de hygienrutiner man lär sig hemma och inom barndagvården spelar en viktig roll för barnens hälsa, både under sin vistelsetid i daghemmen och för hälsan senare i livet (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005, s.13). Detta faktum framkommer i analysen genom att Finland fokuserar mer på att barnen måste lära sig tvätta händerna. Att den finska anvisningen har fokus på detaljer gällande mikrober och smittorisker kan ha ett samband med att man länge haft och fortfarande har en hälsopolitik som är mer miljömedicinskt inriktad. Detta kan man se redan i §1 i den finska folkhälsolagen (1972) där det nämns att arbetet med folkhälsa även kan benämnas primärvård (Folkhälsolag, 1972). Detta med primärvård hänvisar till att fokuset i det finländska folkhälsoarbetet ligger på en sjukdomsförebyggande grund och att hälsoskyddet därav har en mera hälso(vårds)främjande framhållning.

I den norska och den svenska anvisningen prioriteras goda hygienrutiner genom att fokus är lagt på att det finns anordningar som är tillräckligt utrustade för en upprätthålla goda hygienrutiner. Om man ser till den svenska anvisningen så går man i detalj in för att nämna beröringspunkter för händer som problemområden och man är även upptagen av att toaletter, tvättrum och skötrum är hygieniskt utrustade. Den svenska anvisningen har en mer ”hälsoteknisk” vinkling och detta tyder på att man utförligt har tagit i beaktande att

anordningar spelar en central roll för hygienpraxisen i daghemmen. Att den svenska regeringen i 2013 lyfte fram att speciellt barn vistas mycket inomhus och ville därmed i ökad utsträckning fokusera på barns inomhusmiljö (Statens offentliga utredningar, 2019, s.77-78) kan ha ett samband med att man utarbetat mera detaljerade råd och anvisningar om hur, till exempel daghem, ska utrustas för att upprätthålla en god hygienpraxis inom barndagvården.

I den norska anvisningen prioriteras goda hygienrutiner genom att man i likhet med Finland är upptagen av att goda handtvättsmetoder och i likhet med Sverige fokusera på att det finns tillgång till tillräcklig utrustning för handtvätt. Här ses målgruppen som de dagvårdsanställda och deras framhållning av goda hygienrutiner inom verksamheten. Här är man kanske upptagen av att i samråd med föräldrar se till att barnen har förutsättningar att upprätthålla en god hygienpraxis. Detta kan ses i relation till att den norska anvisningen skiljer sig i det avseende att den tar upp problematiken med att sjuka barn hämtas till daghem, vilket inte alls är en diskurs i de andra två ländernas anvisningar. Detta kan ha ett samband med att den norska anvisningen har en större vinkling mot föräldrar/vårdnadshavare och att man genom att göra en anvisning mer förståelig för icke fackfolk, gör det tydligare att förmedla kollektiva budskap direkt till föräldrarna. I *Rammeplan for barnehagen* (2017) framgår att daghemmen ska främja en god dialog med föräldrar och på individnivå se till att daghemmet och föräldrar reflekterar tillsammans över bland annat barnens hälsa och trivsel (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.29). Det framkommer att genom direkt kommunikation kan dialogen mellan dagvårdspersonal och föräldrar/vårdnadshavare förbättras, för att minimera att sjuka barn lämnas i barndagvården. Om man ser till den norska *Folkehelsesloven* (2011) är dess syfte att bidra till en samhällsutveckling som främjar folkhälsa och att lägga till rätta för ett systematiskt folkhälsoarbete (Folkehelsesloven, 2011, § 1). Här utgår man ifrån att det inte är hälsoväsendet som i sin helhet sköter om folkhälsoarbetet, utan sektorer såsom områdesplanering, skolor, daghem, miljöhälsoskydd med flera har alla ansvar för det systematiska folkhälsoarbetet i kommunen. Detta folkhälso-tankesättet kan ha en bidragande orsak till att man vill involvera i högre grad både föräldrar och barn som delaktiga individer i utförande av hygienrutiner inom barndagvården. I enlighet med liberaliseringen handlar det om att i större utsträckning flytta (åtminstone en del) av ansvaret till föräldrarna, som delaktiga i att förebygga smittsamma sjukdomar inom barndagvården i Norge.

6.5 Fokuset på arbetsmiljöhälsa i de olika länderna

Miljöhälsoskydd och arbetsmiljöhälsa är två fält som till mångt och mycket överlappar varandra (Kogstad, 2002, s.18). Arbetsmiljöhälsa tangerar i samtliga tre länder en annan lagstiftning än vad miljöhälsoskyddet utövar tillsyn över. Vad gäller barndagvård så är det miljöhälsoskyddet som handhar barnens ”arbetarskydd”, då dessa inte omfattas av de regelrätta arbetarskyddslagarna som gäller för de anställda inom barndagvården.

Dock kommer arbetsmiljöhälsa fram i de tre ländernas anvisningar, men med olika beröringspunkter. Det som tangerar arbetsmiljöhälsa är att samtliga länder problematiserar användningen av rengöringsmedel och kemikalier. Man vill minimera användningen av rengöringsmedel och kemikalier och därmed lägga större vikt vid den ”milda” rengöringen. Här är det inte enbart barn som är utsatta utan även personal och deras arbetsmiljöhälsa.

I den finska anvisningen ligger fokus på att vill man minimera användningen av desinfektionsmedel och i den svenska anvisningen fokuseras på att endast använda desinfektionsmedel vid smittutbrott. Det kan hänga samman med att man i båda länderna är upptagna med att effekten av ”vanlig” rengöring ska vara tillräcklig. I den svenska Socialstyrelsens handbok (2008) för man fram att grundlig rengöring av lokaler och utrustning är av högsta betydelse, tillsammans med förbättrade hygienrutiner. Här går man också fram med att ordentlig rengöring är tillräcklig för att avlägsna virus (Socialstyrelsen, 2008, s.53), vilket kan tolkas att man i Sverige fokuserat på en mera effektiv rengöring framom användningen av kemikalier. Samma tankegångar lyfts fram i Finland, där Social- och hälsovårdsministeriet (2005) lyfter fram att fokuset ska särskilt riktas till milda rengöringsmedel vid behov och att desinfektionsmedel används då det förekommer uppkast eller avföring (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005, s.22).

Den norska anvisningen lyfter upp viktigheten av att ha ett arbetarskydd och därigenom ge personalen tillgång till säkerhetsdatablad för de kemikalier som används. Detta fokus gäller användningen av kemikalier, som en del av personalens arbetsmiljöhälsa. Grunden till denna vinkling kan man kanske hitta i arbetshälsans starka inflytande i Norge. Enligt Nylenna (2019) ser man inomhusklimatet i till exempel inrättningar såsom daghem och på arbetsplatser, som en medicinsk utmaning i Norge och att de viktigaste fysiska hälsoriskerna finns inom arbetslivet, genom påverkan av bland annat kemiska ämnen (Nylenna, 2019, s.102). Detta kan understöda att det finns ett fokus på smittskydd som är riktat mot hela samhället. Daghem är arbetsplatser och arbetsplatser ska omfattas av smittskyddsåtgärder i

kampen mot smittsamma sjukdomar i samhället. Då det handlar om smittskyddsåtgärder inom barndagvården, så är det inte bara för att skydda barnen utan även de vuxna, för att smittsamma sjukdomar inte sprids i samhället. Detta kan hänga samman med att man i den norska anvisningen har lyft fram arbetarskyddet som en viktig del i arbetet med rengöring och hygien inom barndagvården.

6.6 Antibac vs. handtvättens betydelse

Som en fortsättning på diskussionen om minskad användning av desinficeringsmedel kan man lyfta fram ”behovet” av handdesinfektionsmedel inom barndagvårdsverksamheten. Som i diskussionen tidigare så lägger samtliga länders anvisningar vikt vid att handtvätt (genom användning av rinnande vatten och handtvål) har betydelse för en god hygienpraxis. I diskursen har inte användningen av handdesinfektionsmedel (Antibac) alls framkommit som en lösning till bristfälliga handtvättmöjligheter, i någotdera land. Detta kan ha samband med en försiktighet gentemot användning av kemikalier och att tillräcklig handtvätt hos barn och personal har varit i fokus.

I kapitlet som berör handhygien och användning av desinfektionsmedel i den norska *Smittevernveilederen* (2019) nämns handdesinfektionsmedel att endast ha en nöjaktig effekt om händerna ser rena ut och inte smutsiga. Här rekommenderas också att desinfektionsmedel används inom barndagvården vid brist på handtvättmöjligheter, som till exempel kan vara då barn är ut på tur (Vestheim, 2019). På samma sätt lyfter man i Finland fram att handdesinfektion kan användas inom barndagvården då barns händer tillsynes inte är smutsiga (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005, s.19).

Huruvida desinfektionsmedel kommer att bli aktualiserat framöver i samtliga ländernas riktlinjer, med anledning av pågående covid-19-pandemi, kan vara av betydelse för vilken hälsopolitik som länderna går vidare med. Om barndagvården effektiviserar användningen av Antibac efter pandemin, kan det få efterföljande effekter på hur tillräckliga handtvättmöjligheter planeras vid till exempel renoveringar eller nybyggen av daghem.

6.7 Olika kultur för att kunna leka ute (och längst möjligt)

Fastän alla tre länder prioriterar utomhusvistelse för barn inom barndagvården, finns det en intressant detalj från analysen att lyfta upp i detta sammanhang. Det handlar om tillgången till sanitära anordningar utomhus direkt från daghemmens utomhusområden, som uteslutande tas upp i den norska anvisningen och ser inte ut att framkomma eller tagits i beaktande i de andra två länderna. Denna fokusering på tillgång till toaletter och handtvättplatser utomhus kan ha ett samband med den norska ”ut på tur”-mentaliteten, och att barndagvården i Norge är mera fokuserad på mera utomhusvistelse på daghemmets uteområde än i de andra länderna. Detta med att Norge prioriterar högt att barn i barndagvård ska vara ute så mycket som möjligt har även uppmärksammats utomlands (OECD, 1999, s.22). Om man ser till den norska *Rammeplan for barnehagen* (2017) så lyfts där bland annat fram att barndagvården ska främja barns rörelseglädje genom daglig fysisk aktivitet (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.11) och att personalen ska, i samband med att aktiviteter planeras och utövas, fokusera på att ta den närliggande miljön och de lokala förhållanden i beaktande (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.43).

Även i den svenska *läroplan för förskola* (2019) framgår bland annat att det ska ges möjligheter inom barndagvården att vistas i olika naturmiljöer för att kunna bygga upp barnens rörelseförmåga (Skolverket, 2019, s.5). Samtidigt tydliggör Utbildningsstyrelsen i Finland (2018) viktigheten av utevistelse i form av att göra utflykter i naturen och näromgivningen för barndagvården (Utbildningsstyrelsen, 2018, s.49).

Fastän alla tre länder ska ta utomhusvistelse inom barndagvården i beaktande, kan utomhusvistelse i Norge betyda en längre tids vistelse utomhus än i de andra två länderna. OECD (1999) nämner att det ”norska barnet” lever en aktiv barndom utomhus och att man genom att vara ute hela året lär sig att leva i naturen och i vilket väder som helst (OECD, 1999, s.22). Här kan man tolka det i linje med att utrusta daghemmen med tillgång till sanitära anläggningar utomhus kan underlätta för daghemmen att låta barnen vistas längre tider utomhus. Detta kan tänkas ha en gynnsam inverkan på hygien inomhus och motverka att smittsamma sjukdomar sprider sig lättare.

6.8 Hälsoskyddets samarbete på frammarsch

Samarbete på myndighetsnivå och hur hälsoskyddet jobbat med samarbete kan man se tangeras främst ur diskurser i den finska anvisningen. I den betonas att hälsoskyddsmyndigheten inte ensam skall upptäcka sanitära problem och föreslå åtgärder, utan det förutsätts samarbete med andra myndigheter och aktörer. Detta fokus på samarbete kan ha ett samband med att man vill förändra förvaltningskulturen i Finland, till ett mer tvärfackligt arbete mellan olika sektorer, som inkluderar barndagvården. Lampi & Reijula (2016) har påpekat att utmaningen för samarbete mellan myndigheter i Finland är att de många olika lagstiftningarna har olika prioriteringsområden och inte sätter samma fokus på negativa hälsoeffekter (Lampi & Reijula, 2016).

Ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal i olika administrativa roller är viktiga för att kombinera expertis från olika perspektiv (Lampi & Reijula, 2016). Denna princip utgår från den finska förvaltningslagen där man i §10 har stipulerat att myndigheter ska, förutom att bistå varandra även sträva efter att främja samarbetet mellan myndigheter (Förvaltningslagen, 2004). De statliga myndigheterna har i sitt gemensamma riksomfattande tillsynsprogram för miljö- och hälsoskyddet för åren 2020-2024 (2019) betonat att aktörer ska ha ett stort kunnande om sin verksamhet för att kunna upprätthålla kraven som förutsätts om bland annat hälsoskydd. Detta förutsätter att myndigheter tar en rådgivande och vägledande roll gentemot aktörerna (Livsmedelsverket & Valvira, 2019, s.11). En intressant aspekt är att man har en målsättning framöver att gå från en enkelriktad modell (där myndigheten förmedlar information till aktörer) till mer interaktion, där samtliga parter kan påverka olika arbetssätt och beslut (Livsmedelsverket & Valvira, 2019, s.11).

I den svenska anvisningen är samarbete inte beskrivet utan diskursen tangerar det organisatoriska ansvaret som verksamhetsutövaren har och behovet av att dokumentera hur ansvaret är fördelat. Utan en klagjord ansvarsfördelning kan nödvändiga rutiner och åtgärder blir ogjorda och detta kan leda till hälsomässiga olägenheter. Detta kan ha ett samband med att samarbete mellan olika sektorer bör utvecklas även för Sveriges del. Enligt en utredning som Socialstyrelsen publicerat (2013) är det en generell uppfattning att olika myndigheters ansvar och roller är oklara, och även hos barndagvårdens verksamhetsidkare är ansvarsförhållanden oklara, bland annat för lokaler, städning och ventilation (Socialstyrelsen, 2013, s.10).

Det som tangerar samarbete i den norska anvisningen är främst diskurser om viktigheten i att ha en dokumenterad ansvarsfördelning. Det betonas i detalj om rollfördelningen inom barndagvården, och som mest central där står daghemsägaren och daghemsledaren. Här har fokus lagts på verksamhetsutövarens position i organisationen. I den norska anvisningen har man betonat brister i tvärfackligt samarbete och att det inte jobbas tvärs över sektorerna. Detta kan man se att har även tangerats från regeringshåll; då man i samband med Folkehelsemeldingen (2018-2019) har lyft fram nödvändigheten att folkhälsoarbetet bör fungera genom ett tvärsektoriellt samarbete, vilket betyder att både offentliga myndigheter, privata och frivilliga aktörer ska jobba med samarbete på tvärs av fackområden och sektorer (Meld. St. 19 (2018-2019), s.10). I detta hänseende kan man lyfta fram att en dokumenterad ansvarsfördelning inom barndagvården kan möjliggöra för ett mera interaktivt samarbete mellan hälsoskyddsmyndigheten och barndagvården.

Vidare tangeras samarbete i den norska anvisningen i diskursen om ansvaret inom verksamhetens egenkontroll. Enligt § 4 i den norska förordningen (1995) ska ägaren av en barndagvårdsverksamhet se till att det finns ett etablerat internkontrollsystem (Forskr om miljørettet helsevern i skoler mv, 1995). I den norska anvisningen lyfter man dock fram brister i dokumenteringen av ansvarsfördelningen mellan ägare och ledare. Det underliggande problemet kan ses som att där daghemsägaren inte har upprättat ett egenkontrollsystem är ledaren för daghemmet satt i en svår situation, eftersom ledare är ansvarig för att följa upp att egenkontrollen efterlevs och stå till svars inför de anställda och för de föräldrar som har sina barn inom barndagvården. Detta kan tolkas i linje med att en utstakad ansvarsfördelning är en del av ett samarbete för genomförande av egenkontroll, där man fokuserar på att man görs ansvarig för att ta hälsoskyddet i beaktande oberoende vilken position arbetstagaren har i organisationen. Här kan den norska "*Rammeplan for barnehagen*" (2017) lyftas fram som vägledande gällande ansvar och roller. Man framhåller att ägaren av ett daghem har ett juridiskt ansvar för kvaliteten, vilket även gäller de hälsoskyddsmässiga aspekterna i verksamheten. Den ansvariga ledaren av daghemmet är utnämnd som den som har det dagliga ansvaret för daghemmet och därmed den som ska följa upp arbetet med bland annat dokumentation (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.15-16). Då denna dokumentation kan gälla egenkontroll är det av betydelse att man har en inarbetad ansvarsfördelning inom daghemsförvaltningen.

6.9 Hälsoskyddsmyndighetens kommunikation med föräldrar och barn i barndagvården

I vilken mån barn och dess föräldrar får sin röst hörd då det gäller barndagvårdens hälsoskydd kan här tas upp till diskussion. I den finska diskursen framkom att föräldrar och barn i barndagvården var underrepresenterad gällande samarbete med hälsoskyddsmyndigheten i Finland. Här kan lyftas fram viktigheten av att myndigheterna har en direkt kommunikation och att målet är att kunskapsförmedling vidare handlar om att alla parter får möjlighet att framföra sin åsikt (Livsmedelsverket & Valvira, 2019, s.11). Samarbete med vårdnadshavare nämns i den finska läroplanen (2018) och lyfts fram som en viktig funktion inom barndagvården, där man nämner diskussioner som en förutsättning för att barnen ska känna sig trygga (Utbildningsstyrelsen, 2018, s.35). Man nämner barnskyddet och andra aktörer inom hälsovården och socialvården som samarbetspart (Utbildningsstyrelsen, 2018, s.36) men hälsoskyddet som enskild sektor nämns inte. Detta kan ha ett samband att man inte i tillräcklig utsträckning har tagit varandra i beaktande.

I motsats till ovanstående diskurs tar den norska anvisningen och lyfter fram föräldrarnas roll redan i inledningen av anvisningen, som en målgrupp för dokumentet. Att man inom barndagvården vill framhålla föräldrars/vårdnadshavarnas delaktighet och ansvar kring hur hälsoskyddets egenkontroll utförs i daghemmen är en detalj som skiljer den norska anvisningen från de andra ländernas anvisningar. Detta kan då bland annat handla om att tillsammans med daghemmen utarbeta den hygienpraxis som gäller för daghemmet i fråga. Föräldrar/vårdnadshavare har tilldelats mera möjligheter att påverka barndagvårdsverksamheten men samtidigt kanske också blivit tilldelade mera ansvar. Detta kan ses i samband med en större grad av liberalisering av hur barndagvårdssektorn drivs och att man i Norge kanske är mera öppen för att ta föräldrar med som en viktig beslutande del av daghemsförvaltningen, Denna tankegång som kommer till uttryck i den norska anvisningen kan man finna i ”*Rammeplanen for barnehagen* (2017) där man nämner att den ansvariga ledaren (styrer) av daghemmet ska ha ett gott samarbete med ägaren av daghemmet, den pedagogiska ledaren och daghemmets personal (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.16). och att daghemmet ska främja ett gott samarbete med föräldrar (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.29). Detta föräldrarsamarbete och vägledning av föräldrar, kan bidra till att det förutsätts att föräldrar/vårdnadshavare också är delaktiga i utarbetandet av egenkontroll gällande hälsoskydd.

6.10 Metodiska begränsningar

Efter diskussionen kommer här en redogörelse över de metodiska begränsningar som omfattat denna avhandling. Det att utföra kvalitativ forskning, som diskursanalys är en del av, har sina metodiska begränsningar. Morse (2015) rekommenderar att kvalitativa forskare använder sig av den terminologi från samhällsvetenskapen, som beskriver rigor (noggrannhet), och som omfattar reliabilitet (pålitlighet), validitet (giltighet) och generalisering (Morse, 2015, s.1212). I denna avhandling lyfter jag fram noggrannhet (rigor), där reliabilitet och validitet är viktiga komponenter för den metod och analys jag valt.

För att göra en kvalitativ forskning rigorös skall den uppfylla kriterierna för reliabilitet och validitet (Morse, 2015, s.1213). Denna noggrannhet uppnås främst av forskaren, i det stadiet av studien där man arbetar med datainsamling och analys (Morse, 2015, s.1219).

Reliabilitet handlar i utgångspunkten om möjligheten att uppnå samma resultat ifall studien skulle utföras igen (Morse, 2015, s.1214). För denna studie handlar reliabilitet om att andra forskare hittar samma saker som jag om de hade gjort samma analys. Detta kunde göras om andra forskare väljer samma verktyg med fasta frågor i analysprocessen, som jag gjorde. Samtidigt har jag använt mig själv och min bakgrundskunskap i den här processen, vilket kan ha bidragit till att andra som skulle göra samma analys skulle kunna göra andra tolkningar och bedömningar av resultaten. Detta är ett konkret exempel på att reliabilitet är mindre aktuell att diskutera i denna avhandling.

Validitet i denna avhandling kan knyta till hur den data som är vald är tillräcklig i omfång och om urvalet är lämpligt i förhållande till de aspekter som framgår i problemställningen. Enligt Morse (2015) har forskaren i starten av den kvalitativa datainsamlingen en liten kunskap om ämnet som skall behandlas och detta återspeglas ofta i att datainsamlingen inleds genom ”försök och misstag”. I takt med att forskaren analyserar sitt datamaterial börjar också en större förståelse för det material man har. Enligt Morse förändras strategin när kategorier och teman utvecklas och när ett mönster börjar synas och antaganden framträder, blir urvalet mera teoretiskt (Morse, 2015, s.1214). I samråd med mina handledare har mönster i mitt datamaterial format sig efterhand. Som forskare är jag ändå den som stått närmast texten och datamaterialet och är därmed också ansvarig för den valda teorin, analysen och forskningsresultatet.

Att ha ett kodningssystem där man säkerställer att analysens innehåll står sig genom hela analysprocessen, förbättrar validiteten och säkerheten för de resultat som framhålls (Morse, 2015, s.1215). I denna studie utvecklades ett kodningssystem innan analyserna inleddes. Först gjordes ett dataanalysblad upp med frågeställningar som sedan följdes konsekvent och noggrant. Jag arbetade systematiskt och enligt samma principer genom texten, genom att de samma frågorna ställdes till alla utvalda textdelarna i de utvalda dokumenten. Kodningen av svaren till frågorna, sammanfattades i teman/kategorier som sedan visade till en tydlig avgränsning av materialet. I första delen av kodningen uppenbarade sig en betydelse av texten medan det vid ”renskrivning” utkristalliserades data som gav ett tydligare mönster i de kategorier som jag kodat.

För att läsaren ska ha en förståelse för hur forskaren har färgat resultaten, så är det viktigt att titta på forskarens roll i avhandlingen. När läsaren ska tolka och förstå texten är det viktigt att ha så mycket kunskap som möjligt om personen som skrev avhandlingen. Om vi ser till forskarens roll i denna studie kan här lyftas upp min bakgrund från tiden innan mina masterstudier i folkhälsovetenskap. Jag har jobbat i många år som hälsoinspektör i Finland och därmed berört en del av de riktlinjer som jag nu analyserat och övertolkat. Därmed har en utmaning i analysprocessen varit att inte blir för personlig engagerad i den text jag analyserat. Min erfarenhet kan ha påverkat min tolkning av dokumenten men jag har försökt att vara medveten om detta genom hela processen. Som Jørgensen & Phillips beskrivit (2000) har även jag i samband med den vidare analysen av de textavsnitt som valts från det konkreta materialet, upptäckt att många andra värderingar präglade dokumenten än vad jag föreställt mig. Detta har för mig föranlett en anpassning till relevanta diskurser längs vägen (Jørgensen & Phillips, 2000, s.137).

Ett hot mot validiteten är att tolkningen av ett stycke från dokumentdiskursen baserar sig på forskarens synvinkel och är inte direkt motiverad från de faktiska uppgifterna i dokumentet. Som redogjort tidigare har denna avhandling tagit utgångspunkt från en personlig erfarenhet av hälsoskyddstillsyn inom barndagvården, vilket kan vara en svårighet i tolkningen av förekomsten av de fynd som görs i studien. Med anledning av detta har jag konsekvent försökt hålla mig till det dataanalysblad jag uppgjort för att få en så genomskinlig analysprocess som möjligt. Därtill har jag genom diskussioner med mina handledare säkerställt att jag använt dataanalysbladet så konsekvent som möjligt.

Transparens är en viktig del i behandlingen av materialet i den konkreta analysen och i dess framställning och i detta sammanhang är användningen av citat ett sätt att argumentera för sina slutsatser och göra den processen genomskinlig (Boréus & Bergström, 2018, s.290). I studiens resultatdel har jag som forskare valt att använda en stor del citat, utgående från att jag ansett de vara mest representativa i respektive kategori.

Vad gäller att generera handlar det i denna avhandling om att få fram mest möjlig information om de fenomen som här studerats, eftersom det är en kvalitativ studie. Man kan tänkas att denna studie i en annan historisk och social miljö högst troligt skulle ha gett ett helt annat resultat. Jag hade kunnat ställa andra frågor till texten och därmed också fångat upp andra nyanser i texten. Jag kunde även ha haft fokus på andra delar av texten, vilket kunde ha gett andra övergripande teman.

7. Konklusion och implikationer för praxis och vidare forskning

I denna avhandling har önskan varit att utforska vilka likheter och skillnader som framkommer i de finska, norska och svenska hälsoskyddsmyndigheternas riktlinjer gällande hygienpraxisen inom barndagvården och vilka diskurser som gör sig gällande i dessa.

Jag har upplevt att alla tre länders riktlinjer har fokuserat på barnens bästa, med utgångspunkt i vad som framhävts som mål i FN:s barnkonvention och vad som är det primära inom folkhälsan; ett hälsofrämjande och förebyggande arbete. Studien har visat att dessa tre länder lyfter upp barns hälsa och barndagvårdens utrymmen som bekymringsområden och att länderna har i utgångspunkten likalydande krav på hygien- och rengöringsrutiner inom barndagvården; samt att genomförande av egenkontroll i samband med dessa är av stor betydelse för att upprätthålla en god hygienpraxis.

De viktigaste resultaten från denna studie visar att den privata sektorns inflytande på barndagvården i speciellt Norge har avspeglat sig på hur man byggt upp myndighetsanvisningar, och gjort dem mer lättbegripliga för folk flest. Detta återspeglar sig i behovet av skriftlig dokumentation och ansvarsfördelning, inte minst vad gäller inom rengöring och egenkontroll.

Resultaten har också visat att olika hygienrutiner bygger på hur folkhälsoarbetet är uppbyggt i länderna; bland annat genom Finlands mer hälsovårdsinriktade fokus och Norges linje med tvärsektoralt folkhälsoarbete. Riktlinjerna lyfter också upp arbetsmiljöhälsa, där Norge är mera upptagen av arbetsmiljön i daghemmen medan Finland och Sverige är upptagna av kemikalieanvändning i samma utrymmen.

Covid-19 pandemin har gett studien ny relevans och det att länderna har en likartad hälsopolitik under normala förhållanden har även visat sig vara olik i praktiken då en pandemi slår till. I tiden framöver, när Covid-19 pandemin har gett oss ett uppdaterat fokus på hur vi kan undvika att sprida smittsamma sjukdomar; bland annat genom att hålla avstånd, tvätta händer, hosta och nys i armvecket och håll dig hemma när du är sjuk, kan de nordiska länderna utveckla sina riktlinjer för hälsoskyddet och barndagvården i ljuset av varandras likheter och skillnader. Här kan erfarenheter från studien ha en betydelse för hur god hygienpraxis inom barndagvården kan tas i beaktande i de olika länderna efter pandemin.

Konsekvenserna för praxisen är att det finns en förståelse för sambandet mellan ett lands hälsopolitiska riktlinjer och hur miljöhälsoskyddet arbetar enligt dessa i praktiken. Mer forskning på området kring miljöhälsoskydd och barndagvård kan följa upp olika resultat i avhandlingen.

Referenslista

- Ale kommun. (2020). *Ramprogram för förskolans och skolans lokaler och miljöer*: Ale kommun. Tilgjengelig fra:
<https://ale.se/download/18.d82d82716f0a0792a841e5/1579175327871/4.1.%20Ramprogram%20f%C3%B6r%20f%C3%B6rskolans%20och%20skolans%20lokaler%20och%20milj%C3%B6er%2020200115.pdf> (lest 29.7.2021).
- Bacchi, C. (2012). "Introducing the 'What's the Problem Represented to be?' approach,". I: Bletsas, A. & Beasley, C. (red.) *Engaging with Carol Bacchi : Strategic Interventions and Exchanges*, s. 21-24. Adelaide: The University of Adelaide Press.
- Barnehaeloven. (2005). *Lov om barnehager, LOV-2005-06-17-64*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64?q=Loven%20om%20barnehager> (lest 6.10.2020).
- Barnkonventionen. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations. Tilgjengelig fra: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx> (lest 6.10.2020).
- Becher, R. & Øvrevik, J. (2017). Inneklimaets betydning for barns helse og trivsel i skoler og barnehager. *Allergi i praksis*, 2/2017: 30-35.
- Boréus, K. & Bergström, G. (red.). (2018). *Textens mening och makt - Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Bro, A. (2000). *Från hälsovård till miljöskydd: En historisk institutionell analys av kommunal ansvarsutveckling*. PhD Thesis: Örebro universitetsbibliotek.
- Erkkola, M., Fogelholm, M., Huuskonen, M. S., Komulainen, H., Korhonen, M., Leino, T., Nevalainen, A., Paile, W., Pekkanen, J., Sala, E., et al. (2007). *Lasten ympäristö ja terveys: kansallinen CEHAP-selvitys*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 11/2007: Kansanterveyslaitos, Ympäristöterveyden osasto. Tilgjengelig fra:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78166/2007b11.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (lest 21.9.2020).
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Espoon seudun ympäristöterveys. (2018). *Päivähoito- ja kerhotilojen suunnittelu* Ohje: Espoon kaupunki. Tilgjengelig fra:
https://www.espoo.fi/download/Ohje_paivahoito_ja_kerhotilojen_suunnittelusta/0935613f-3c3d-47a6-af85-9654436b4853/108304 (lest 29.7.2021).
- Folkehelseeloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid, LOV-2011-06-24-29*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseeloven> (lest 6.10.2020).
- Folkhälsolag. (1972). *Folkhälsolag 66/1972*. Tilgjengelig fra:
<https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=folk%3%A4lsolag> (lest 29.9.2020).
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsomyndighetens allmänna råd om städning i skolor, förskolor, fritidshem och öppen fritidsverksamhet, FoHMFS 2014:19*: Folkhälsomyndigheten. Tilgjengelig fra:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/415fa580a6324d1594d9844b7c2e4e19/fohmfs-2014-19.pdf> (lest 5.10.2020).
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Definitioner, mål, ramverk och uppföljningssystem för miljörelaterad hälsa - En sammanställning inom ramen för Miljömålsrådet*: Folkhälsomyndigheten. Tilgjengelig fra:

- <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/definitioner-mal-ramverk-och-uppfoljningssystem-for-miljorelaterad-halsa-/?pub=53919> (lest 16.9.2020).
- Folkhälsomyndigheten. (2020a). *Om lagar, förordningar och föreskrifter*: Folkhälsomyndigheten. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/foreskrifter-och-allmannarad/om-lagar-forordningar-och-foreskrifter/> (lest 12.6.2021).
- Folkhälsomyndigheten. (2020b). *Tillsynsvägledning hälsoskydd*: Folkhälsomyndigheten. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/miljohalsa-och-halsoskydd/tillsynsvagledning-halsoskydd/> (lest 11.6.2021).
- Forskr om miljørettet helsevern i skoler mv. (1995). *Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v., FOR-1995-12-01-928*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-12-01-928> (lest 16.6.2021).
- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge*. L'archéologie du savoir. London: Tavistock Publications.
- Förvaltningslagen. (2004). *Förvaltningslag (434/2003)*. Tilgjengelig fra: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2003/20030434> (lest 1.6.2021).
- Haugset, A. S. (2019). Har kommunalt eller privat eierskap betydning for kvaliteten i norske barnehager? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22 (3): 240-254. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2019-03-05 E.
- Heikkilä, M., Kautto, M. & Teperi, J. (2005). *Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Tilgjengelig fra: https://vnk.fi/documents/10616/622942/J0505_Julkinen%20hyvinvointivastuu.pdf/7db662b8-2cd3-44b1-884c-0958b827306f (lest 22.9.2020).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Prop. 90 L (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf> (lest 10.10.2020).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Høring om miljø og helse i barnehager og skoler*: Helse- og omsorgsdepartementet Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-miljo-og-helse-i-barnehager-og-skoler/id2670278/> (lest 3.6.2021).
- Helsedirektoratet. (2014). *Miljø og helse i barnehagen - Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler*. IS-2072. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/miljo-og-helse-i-barnehagen> (lest 14.9.2020).
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern*. IS-2288. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunens-tilsyn-med-miljorettet-helsevern/Kommunens%20tilsyn%20med%20milj%C3%B8rettet%20helsevern.%20Regelverk,%20metodikk%20og%20saksbehandling%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/6f10e8c8-d59b-4c3e-94ab-c42d5fce89dd:37a90b9c8c974f92de94824c6896e2fb87ee8283/Kommunens%20tilsyn%20med%20milj%C3%B8rettet%20helsevern.%20Regelverk,%20metodikk%20og%20saksbehandling%20%E2%80%93%20Veileder.pdf (lest 3.10.2020).
- Helsedirektoratet. (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter> (lest 9.2.2021).

- Helsedirektoratet. (2020). *Dette gjør Helsedirektoratet*: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet> (lest 13.6.2021).
- Hälsoskyddslagen. (1995). *Hälsoskyddslag 763/1994*. Tilgjengelig fra: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940763> (lest 29.9.2020).
- Institutet för hälsa och välfärd. (2020). *Småbarnspedagogik 2019*. Statistikkrapport 33/2020, 29.9.2020: Institutet för hälsa och välfärd. Tilgjengelig fra: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/barn-unga-och-familjer/smabarnspedagogik> (lest 5.3.2021).
- Jaakkola, J. J. K. & Mussalo-Rauhamaa, H. (1993). Ympäristöterveydenhuolto ja tulevaisuus. I: Mussalo-Rauhamaa, H. & Jaakkola, J. J. K. (red.) *Ympäristöterveyden käsikirja*, s. 190-192. Helsinki: Duodecim.
- Jebsen, J. K. (2019). *Når barnehagen får tilsyn*. Drammen: Pedlex.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalyse som teori og metode*. Lund: Studentlitteratur.
- Kogstad, R. E. (2002). *Miljørettet helsevern: Folkehelse, forebygging og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kommunförbundet. (2018). *Kan kommunen privatisera ordnandet av småbarnspedagogik?*: Kommunförbundet. Tilgjengelig fra: <https://www.kommunforbundet.fi/undervisning-och-kultur/kan-kommunen-privatisera-ordnandet-av-smabarnspedagogik> (lest 15.6.2021).
- Lag om småbarnspedagogik. (2018). *Lag om småbarnspedagogik, 540/2018*. Tilgjengelig fra: <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2018/20180540> (lest 3.10.2020).
- Lampi, P. & Reijula, K. (2016). *Käytännän viranomaistyö*: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Tilgjengelig fra: <https://www.kaypahoito.fi/nix02319> (lest 11.3.2021).
- Livsmedelsverket & Valvira. (2019). *Gemensamt riksomfattande tillsynsprogram för miljö- och hälsoskyddet för åren 2020-2024*. Helsingfors: Livsmedelsverket och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira. Tilgjengelig fra: https://www.valvira.fi/documents/18502/440954/Ymparistoterveydenhuollon_valvont_aohjelma_2020_2024_SV.pdf/6a8c4bf4-bd1b-d9cc-3f0c-c4f38c463410?t=1573218740032 (lest 29.9.2020).
- Mansikka, J.-E. & Lundqvist, M. (2019). Barnperspektiv och delaktighet som ideologisk orientering för småbarnspedagogiken i Finland. *Nordisk tidsskrift for Pedagogikk Og Kritik*, 5: s.111-129. doi: 10.23865/ntpk.v5.1367.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?ch=1> (lest 3.10.2020).
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nno/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf> (lest 7.6.2021).
- Meld. St. 23 (2019-2020). *Nordisk samarbeid*. Oslo: Finansdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20192020/id2699337/?ch=5> (lest 19.3.2021).
- Miljöbalken. (1998). *Miljöbalk, 1998:808*: Miljödepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/miljobalk-1998808_sfs-1998-808 (lest 4.10.2020).
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative health research*, 25 (9): 1212-1222. doi: 10.1177/1049732315588501.

- Mussalo-Rauhamaa, H. (2013). Ympäristöterveys ja terveystalvonta. I: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L., Leppo, K. & (red.) *Terveystalvonttan perusta ja käytännöt*, s. 145-156. Tampere: Terveystalvonttan ja hyvinvonttan laitos.
- Nationalencyklopedin. (u.å). *Hygien*. Tilgjengelig fra: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/hygien> (lest 28.5.2021).
- Nordtømme, S. (2016). Barnehagen i endring–lekens plass og betydning. *BARN-Forskning om barn og barndom i Norden*, 4 (2016): 27-37. doi: 10.5324/barn.v34i4.3633.
- Norges miljø- og biovitenskaplige universitet. (2021). *Folkehelsevitenskap - natur og miljø, helse og livskvalitet*. Tilgjengelig fra: <https://www.nmbu.no/studier/studietilbud/master-to-arige/folkehelsevitenskap/node/18135> (lest 13.1.2021).
- Nylenna, M. (2019). *Samfunnsmedisin på norsk*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- OECD. (1999). *OECD Country Note. Early Childhood Education and Care Policy in Norway*: OECD. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd.org/norway/2534885.pdf> (lest 29.6.2021).
- Skollagen. (2010). *Skollag, 2010:800*: Utbildningsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800 (lest 6.10.2020).
- Skolverket. (2016). *Redovisning av tilläggsuppdrag om återinförande av riktmärke för barngruppernas storlek i förskolan. Uppdrag i regleringsbrev (U2015/1495/S)*: Skolverket. Tilgjengelig fra: <https://www.skolverket.se/getFile?file=3665> (lest 29.7.2021).
- Skolverket. (2019). *Läroplan för förskolan*: Skolverket. Tilgjengelig fra: <https://www.skolverket.se/undervisning/forskolan/laroplan-for-forskolan/laroplan-lpfo-18-for-forskolan> (lest 15.6.2021).
- Skolverket. (2020). *Barn och personal i förskola 2019*: Skolverket. Tilgjengelig fra: <https://www.skolverket.se/download/18.6b138470170af6ce914ef2/1585554485184/pdf6542.pdf> (lest 5.3.2021).
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2005). *Minskning av infektionsrisken inom dagvården*. Handböcker 2005:29. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet. Tilgjengelig fra: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74652/Opp200529.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (lest 22.9.2020).
- Socialstyrelsen. (2008). *Hygien, smittskydd och miljöbalken - Objektburen smitta*: Socialstyrelsen. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/hygien-smittskydd-och-miljobalken-objektburen-smitta/> (lest 4.10.2020).
- Socialstyrelsen. (2013). *Allergi i skola och förskola*: Socialstyrelsen. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/4db7092bec8849e6a828eaca6493cb88/allergi-i-skola-och-forskola.pdf> (lest 1.6.2021).
- Statens offentliga utredningar. (2019). *Sveriges miljöövervakning - dess uppgift och organisation för en god miljöförvaltning Del 1 & 2 (SOU 2019:22)*. Stockholm. Tilgjengelig fra: <https://www.regeringen.se/4adabb/contentassets/f6e362b4a31941818c1b0e3220e13534/sveriges-miljoovervakning--dess-uppgift-och-organisation-for-en-god-miljoforvaltning-sou-201922> (lest 12.10.2020).
- Statistikcentralen. (2020). *Finland i siffror 2020*: Statistikcentralen. Tilgjengelig fra: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_fis_202000_2020_23213_net.pdf (lest 5.3.2021).

- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Norge bruker mest på de minste*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/norge-bruker-mest-pa-de-minste> (lest 8.10.2020).
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Barnehager*: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/barnehager> (lest 5.3.2021).
- Uhari, M. & Möttönen, M. (1999). An open randomized controlled trial of infection prevention in child day-care centers. *The Pediatric infectious disease journal*, 18 (8): 672-677. doi: 10.1097/00006454-199908000-00004.
- Utbildningsstyrelsen. (2018). *Grunderna för planen för småbarnspedagogik 2018*: Utbildningsstyrelsen. Tilgjengelig fra: https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/grunderna_for_planen_for_smabarnspedagogik_2018.pdf (lest 15.6.2021).
- Utdanningsdirektoratet. (2017). *Rammeplan for barnehagen*: Utdanningsdirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/globalassets/filer/barnehage/rammeplan/rammeplan-for-barnehagen-bokmal2017.pdf> (lest 11.6.2021).
- Vallberg Roth, A.-C. (2013). Nordisk komparativ analys av riktlinjer för kvalitet och innehåll i förskola. *Nordiske Arbejdsrapporter*, 2013:927. doi: 10.6027/NA2013-927.
- Valvira. (2017). *Hälsoskydd: Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården* Valvira. Tilgjengelig fra: <https://www.valvira.fi/web/sv/miljo-och-halsa/halsoskydd> (lest 13.1.2021).
- Valvira. (2018). *Anvisning för tillsyn över förhållandena i daghem och skolor samt förebyggande och utredning av sanitär olägenhet, 12/2018*. Helsingfors: Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira. Tilgjengelig fra: https://www.valvira.fi/documents/18502/315832/Anvisning_for_tillsyn_över_forhållandena_i_daghem_och_skolor.pdf/c6264381-9b51-5641-02f3-87d23b9b71e0 (lest 5.10.2020).
- Valvira. (2020). *Valvira: Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården* Valvira. Tilgjengelig fra: <https://www.valvira.fi/web/sv/valvira> (lest 23.4.2021).
- Vestrheim, D. (2019). *Smittevernveilederen - Barnehager og smittevern - veileder for helsepersonell*: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/barnehager-og-smittevern/?term=&h=1> (lest 14.6.2021).
- Vuorinen, H. S., Mussalo-Rauhamaa, H. & Koivusalo, M. (2007). Suomen ympäristöterveyden historiaa ja haasteita. I: Mussalo-Rauhamaa, H., Paile, W., Tuomisto, J. & Vuorinen, H. S. (red.) *Ympäristöterveys*, s. 222-247. Helsinki: Duodecim.
- Webb, P., Bain, C. & Page, A. (2017). *Essential Epidemiology: An Introduction for Students and Health Professionals*. 3. utg. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

BILAGA 1

Dataanalysschema

HYGIENPRAXIS INOM BARNDAGVÅRDEN: DATAANALYSBLAD

PUBLIKATION:

ANVISNINGNUMMER:

UTGIVARE:

TITEL:

UTGIVNINGSDATUM:

SPRÅK:

TIDSRAM FÖR ANALYSEN:

PUBLIKATIONENS TILLGÄNGLIGHET:

Underliggande analysfrågor ska svara på forskningsfrågan:

Finns det likheter och skillnader i miljöhälsoskyddets riktlinjer för barndagvården i Finland, Norge och Sverige?

Analys A) Överordnad struktur – helhetsanalys

Vilket huvudbudskap lyfts fram i förordet/inledningen?

Hur framförs huvudbudskapet i anvisningen/texten?

Hurudan struktur/utformning har anvisningen?

Finns det något viktigt i hur texten är strukturerad/ presenterad?

Vilka ämnen innehåller dokumentet?

Hur är det uppdelat i kapitel?

Hur framställs bildbruket (om bilder finns) och vad säger bilderna som stöder texten?

Analys B) innehållsdokument – detaljerad analys

Vad problematiseras i miljöhälsoskyddets riktlinjer?

Vad är konstruerat som problem?

Var ligger problemet?

Vad är det underliggande problemet?

Vad presenteras som lösningar för miljöhälsoskyddet i riktlinjerna?

Vad är framlagt som lösningar?

Vilka mål ska uppnås?

Vem görs ansvarig för det som problematiseras i riktlinjerna och vem är ansvarig för lösningarna?

Vem riktar sig texten till?

Vem hålls ansvarig?

Vem är inte beskriven?



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway