

GRZEGORZ S. KOSTELECKI, BEATA PIÓRECKA, PAWEŁ JAGIELSKI

STAN WDROŻENIA SYSTEMU HACCP W SZPITALACH WOJEWODZTWA ŚLĄSKIEGO

Streszczenie

Wdrożenie systemu HACCP zapewniającego bezpieczeństwo zdrowotne żywności dotyczy każdego zakładu żywienia zbiorowego, w tym kuchni działających w szpitalach oraz firm cateringowych. Przy sprawnym funkcjonowaniu system ten pozwala na zmniejszenie kosztów leczenia związanego z ewentualnym wystąpieniem zatruc i/lub zakażeń pokarmowych, które w przypadku osób chorych mogą być poważnym zagrożeniem ich zdrowia i życia.

Celem pracy była ocena stopnia wdrożenia systemu HACCP i przedstawienie jego funkcjonowania w placówkach zapewniających żywienie pacjentów szpitali województwa śląskiego. W 2016 roku przeprowadzono badania ankietowe wśród pracowników odpowiedzialnych za organizację żywienia. Ankietę przesłano do 69 szpitali, a odpowiedzi otrzymano z 50 placówek, w tym: 21 wojewódzkich, 20 powiatowych, 7 klinicznych oraz 2 prywatnych. Tylko 34 % szpitali uczestniczących w badaniach miało kuchnie we własnej strukturze organizacyjnej, natomiast w 2/3 placówek usługę żywienia pacjentów realizowały firmy cateringowe, w tym 16 % szpitali dzierżawiło pomieszczenia swojej kuchni tym firmom. Według deklaracji osób organizujących żywienie system HACCP został w pełni wdrożony w połowie placówek, w 26 % szpitali nadal trwa jego wdrażanie, a 24 % nie podjęto się jego wdrażania. Wdrożenie systemu HACCP zależało od przyjętej formy organizacji żywienia pacjentów. Wśród szpitali, w których żywienie prowadziła firma cateringowa, tylko 48 % miało wdrożony system HACCP, natomiast 2/3 placówek dysponujących własną kuchnią zadeklarowało jego pełne wdrożenie. Żadna z osób odpowiedzialnych za organizację żywienia w szpitalach, które wydzierżawiły pomieszczenia własnej kuchni firmie cateringowej, nie deklarowała pełnego wdrożenia systemu HACCP. W badaniu potwierdzono, że na stopień wdrożenia systemu HACCP wpływ miały wiedza i kompetencje osób odpowiedzialnych za organizację żywienia w szpitalach. Dyrekcje szpitali powinny nadal zapewniać skuteczny tryb szkoleń dla osób odpowiedzialnych za wdrożenie i funkcjonowanie tego systemu.

Słowa kluczowe: system HACCP, bezpieczeństwo żywności, żywienie zbiorowe, szpitale, ocena wdrożenia systemu HACCP

Mgr G. S. Kostecki, Katedra Dietetyki, Wydz. Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Jordana 19, 41-808 Zabrze-Rokitnica, dr B. Piórecka, mgr P. Jagielski, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydz. Nauk o Zdrowiu UJ CM, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków. Kontakt: beata.piorecka@uj.edu.pl

Wprowadzenie

Wdrożenie systemu HACCP w kuchniach funkcjonujących w szpitalach przyczynia się do zmniejszenia zagrożenia chorobami przenoszonymi drogą pokarmową, zapewnienia bezpieczeństwa podawanej żywności oraz zwiększenia świadomości w zakresie problematyki higieny i bezpieczeństwa żywności wśród personelu całego szpitala.

Pacjenci hospitalizowani w oddziałach szpitalnych stanowią szczególnie wrażliwą grupę konsumentów. Narażeni są na wiele niebezpieczeństw związanych z ekspozycją na specyficzne czynniki biologiczne, które przy obniżonej sprawności układu odpornościowego mogą przyczynić się do pogarszania stanu ich zdrowia. Dlatego też posiłki przygotowywane osobom chorym przez kuchnie szpitalne czy firmy cateringowe powinny cechować się nie tylko odpowiednią wartością odżywczą, ale przede wszystkim wysoką jakością mikrobiologiczną [10].

Pod względem liczby szpitali województwo śląskie plasuje się na pierwszym miejscu w Polsce. Odsetek szpitali ogółem w województwie śląskim wynosi 15 % w skali kraju. Mało jest tutaj nowych placówek (wybudowanych nie więcej niż 10 lat temu). Najczęściej są to szpitale 20 ÷ 50-letnie, a nawet ponadstuletnie. W województwie śląskim występuje duże zróżnicowanie organów założycielskich. Ze względu na gęstość zaludnienia województwa szpitale miejskie czy powiatowe często pełnią podobną rolę jak specjalistyczne szpitale wojewódzkie w innych regionach kraju. Uzupełnieniem bazy leczniczej są szpitale kliniczne, dla których organami założycielskimi są Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach oraz Ministerstwo Zdrowia [11, 12, 18].

W kuchni prowadzonej przez szpital należy, tak jak w każdym zakładzie żywienia zbiorowego, wprowadzić zasady systemu HACCP zgodnie z wytycznymi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 852/2004 [14] w sprawie higieny środków spożywczych oraz z wymogami zawartymi w ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia [15].

Inny przebieg ma wdrożenie wstępnych programów operacyjnych, czyli zasad Dobrej Praktyki Produkcyjnej (GMP) i Dobrej Praktyki Higienicznej (GHP) w sytuacji, gdy szpital korzysta z usług firmy cateringowej. W takim przypadku firma cateringowa musi stosować procedury na podstawie zasad HACCP, natomiast szpital uwzględnia je na etapie dystrybucji potraw. Ograniczać się to będzie do opracowania w placówce opieki medycznej procedur mających zastosowanie na etapie dystrybucji i serwowania posiłków oraz opisanie działań wykonywanych w oddziałach szpitalnych, mających wpływ na bezpieczeństwo żywności, np. sposobu postępowania z gotową potrawą uwzględniającego pomiar temperatury potrawy przed jej wydaniem pacjentom [13].

Celem pracy była ocena stopnia wdrożenia i przedstawienie funkcjonowania systemu HACCP w placówkach zapewniających żywienie dla pacjentów szpitali województwa śląskiego.

Material i metody badań

W pracy zastosowano badania ankietowe z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety, który składał się z 37 pytań zamkniętych, półotwartych i otwartych skalowanych, dotyczących stanu wdrożenia i funkcjonowania systemu HACCP, skierowanych do osób odpowiedzialnych za organizację żywienia w szpitalach. W ankiecie zamieszczono też pytania dotyczące sytuacji społeczno-demograficznej respondentów. Badania przeprowadzono w kwietniu i maju 2016 roku. Dobór podmiotów leczniczych był celowy. Z internetowej bazy Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zamieszczonej na stronie www.rpwdl.csioz.gov.pl [wejście w dniu 16.11.2015 r.], wybrano szpitale działające w formie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ) oraz spółek prawa handlowego, prowadzące całodobowe świadczenia szpitalne w trybie leczenia stacjonarnego, dla których organem rejestrowym jest Wojewoda Śląski w Katowicach. Odnotowano 107 placówek spełniających wymienione kryterium. W następnej kolejności z otrzymanej listy wykluczono podmioty udzielające świadczeń z zakresu medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej, ośrodki dializ oraz podmioty posiadające bazę ograniczoną do kilku łóżek. Ostatecznie uzyskano listę 69 szpitali, do których za pośrednictwem poczty elektronicznej lub faksu wysłano pismną prośbę o wyrażenie zgody na udział w badaniu i dołączono kwestionariusz ankiety. O wypełnienie ankiety poproszono osoby odpowiedzialne za wdrożenie systemu HACCP w placówkach, tj. kierowników działów żywienia, dietetyków szpitalnych, pełnomocników ds. jakości. Poziom zwrotności ankiet dla ogółu wytypowanych do badania szpitali wyniósł 74,6 %. Odpowiedzi otrzymano z 50 szpitali, w tym: 21 wojewódzkich, 20 powiatowych, 7 klinicznych oraz 2 prywatnych. Najwięcej ankiet (72 %) respondenci wypełnili za pomocą formularza elektronicznego. Drogą tradycyjną z wykorzystaniem przesyłki pocztowej wybrało 24 % badanych. Dwie ankiety odesłano pocztą elektroniczną (4 %).

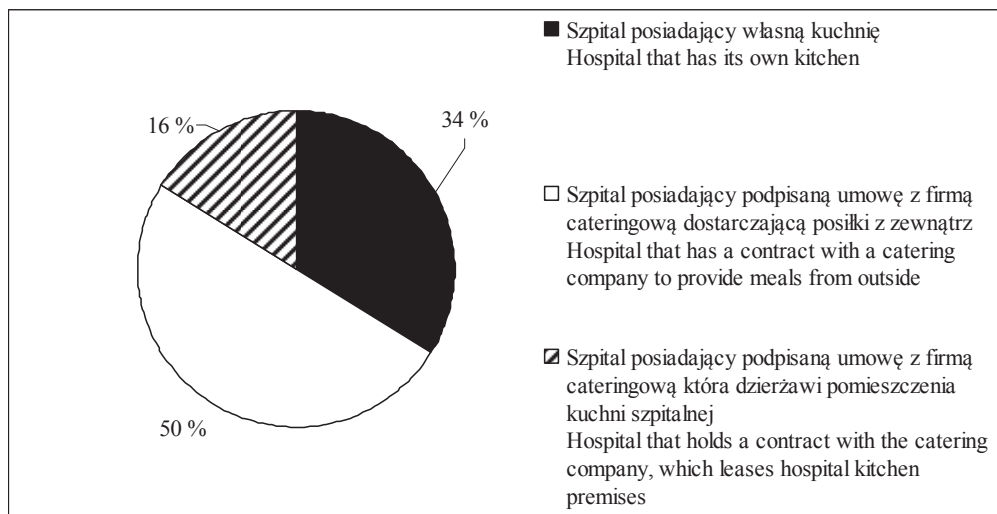
Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w programie Statistica 12.0 PL. Do określenia zależności pomiędzy grupami i określonymi zmiennymi użyto testów χ^2 lub Kruskala-Wallisa. Testowanie prowadzono na poziomie istotności $p = 0,05$.

Wyniki i dyskusja

Największą grupę osób, które wypełniły ankietę, stanowili pracownicy zatrudnieni na stanowisku dietetyka ($n = 23$) oraz kierownika działu żywienia ($n = 18$). Najmniej liczna grupa to osoby zatrudnione na stanowisku pełnomocnika ds. jakości ($n =$

2). Pozostałą grupę stanowiły osoby sprawujące inne funkcje w szpitalu ($n = 7$), w tym pielęgniarki oraz kierownicy i/lub pracownicy działów administracyjno-gospodarczych szpitala. Wśród respondentów przeważającą większość stanowiły kobiety (96 %). Ankietowanymi były najczęściej osoby w przedziale wiekowym $36 \div 49$ lat (58 %). Osoby w wieku $50 \div 65$ lat stanowiły 30 % grupy, a 10 % respondentów to osoby w wieku $25 \div 35$ lat. Tylko 1 osoba zaznaczyła przedział wiekowy: 66 lat i więcej. Respondenci to w większości osoby z wykształceniem policealnym (52 %). Wykształcenie wyższe miało 34 % osób, a wykształcenie średnie – 14 % respondentów.

Spośród 50 szpitali, z których otrzymano ankiety 68 % stanowiły jednostki prowadzone w formie SP ZOZ, a 32 % to skomercjalizowane lub sprywatyzowane szpitale działające w formie spółki prawa handlowego. Najliczniejszą grupę stanowiły szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Śląskiego (42 %) oraz powiaty i miasta na prawach powiatu (40 %) z województwa śląskiego. Szpitale kliniczne należące do Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Ministerstwa Zdrowia stanowiły 14 %, natomiast udział szpitali prywatnych w badaniu wyniósł 4 %. Ponad połowa uczestniczących w badaniu szpitali (54 %) posiadała do 250 łóżek, natomiast pozostałe szpitale (46 %) to placówki duże, z ponad 250 łózkami.



Rys. 1. Formy organizacji żywienia pacjentów w badanych szpitalach województwa śląskiego
Fig. 1. Forms of organizing the feeding of patients in surveyed hospitals in Silesian Province

Z analizy odpowiedzi uzyskanych w ankietach własną kuchnię prowadziło 17 szpitali (34 %), natomiast 33 szpitale (66 %) powierzyły usługę żywienia pacjentów firmie cateringowej, w tym do 25 szpitali posiłki przywożone były z kuchni cateringo-

wej znajdującej się poza terenem szpitala (50 %), a w 8 przypadkach szpitale dzierżały pomieszczenia kuchni firmie cateringowej, która przygotowywała posiłki dla pacjentów (16 %) (rys. 1).

Pracownikom szpitali, które miały kuchnie we własnej strukturze organizacyjnej, zadano pytanie dotyczące przygotowywania posiłków dla innych placówek i tylko 3 z nich podały, że świadczą usługi żywienia innym podmiotom. Działy żywienia funkcjonujące w tych szpitalach miały w pełni wdrożony system HACCP wraz z kompletną księgą HACCP. Jeden z nich uzyskał także certyfikat zarządzania bezpieczeństwem żywności na zgodność z ISO 22 000 [19].

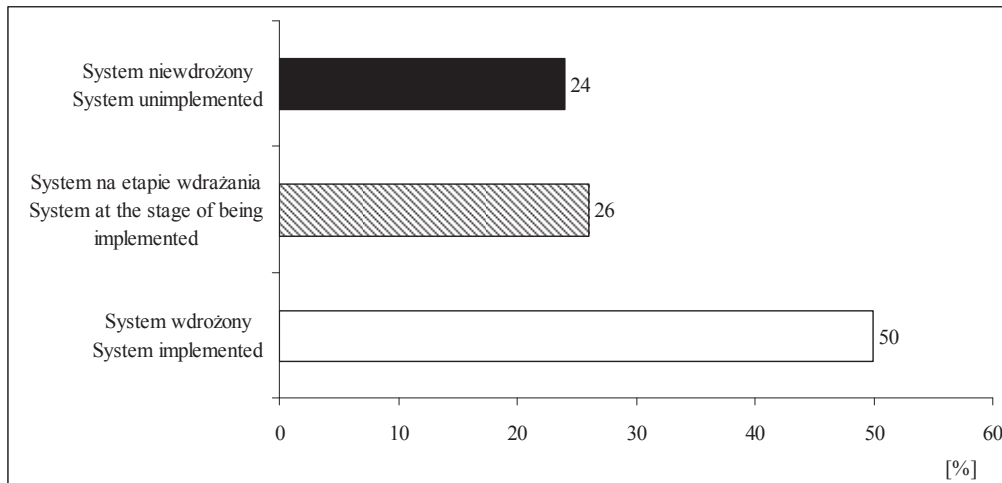
Od respondentów zebrano dane dotyczące stosowanego systemu dystrybucji posiłków w oddziałach szpitalnych. W zdecydowanej większości odpowiedzi wskazano na bemarowy system dystrybucji (80 %), natomiast system tacowy dystrybucji posiłków miało tylko 20 % badanych szpitali województwa śląskiego.

Na podstawie analizy danych z biuletynów rocznych oraz informacji nadesłanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w polskich szpitalach w latach 2004 - 2010 odnotowano występowanie 23,5 % ognisk zatruc pokarmowych, które były przyczyną 1254 przypadków zachorowań. Według autorek pracy może się to wiązać ze stosowaniem bemarowego systemu dystrybucji posiłków oraz braku odpowiednich procedur postępowania z odpadami pokonsumpcyjnymi [2].

Analiza czynników organizacyjnych i ekonomicznych dotycząca doboru systemu dystrybucji posiłków dla projektowanego 600-lózkowego szpitala, przeprowadzona w 2014 r. przez Grzebińską i wsp. [7], potwierdziła, że tacowy system dystrybucji posiłków jest bardziej opłacalny i funkcjonalny w porównaniu z systemem bemarowym, który nie gwarantuje zachowania odpowiednich warunków higienicznych oraz wymaga przeznaczenia na oddziałach oddzielnych pomieszczeń na kuchenki.

W rocznych raportach opracowanych przez oddziały terenowe lub wojewódzkie Państwowej Inspekcji Sanitarnej brakuje wyszczególnienia danych dotyczących oceny funkcjonowania placówek żywienia zbiorowego świadczących żywienie dla pacjentów szpitali. Jedynym dostępnym źródłem uwzględniającym m.in. stan wdrożenia systemu HACCP są wyniki badań przedstawione w raporcie NIK z 2009 roku [8]. Oceniono w nim funkcjonowanie 121 losowo wybranych szpitali na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych oraz 12 szpitali, które zostały poddane bezpośredniej kontroli inspektorów. Z raportu wynika, że zaledwie 12 % ocenianych wówczas szpitali stosowało system tacowy dystrybucji posiłków [8].

W pełni wdrożony system HACCP deklarowała połowa (50 %) uczestniczących w badaniu placówek zapewniających żywienie pacjentom szpitali województwa śląskiego. W pozostałych placówkach system nadal jest na etapie wdrażania (26 %) lub w ogóle nie jest wdrożony (24 %) (rys. 2).



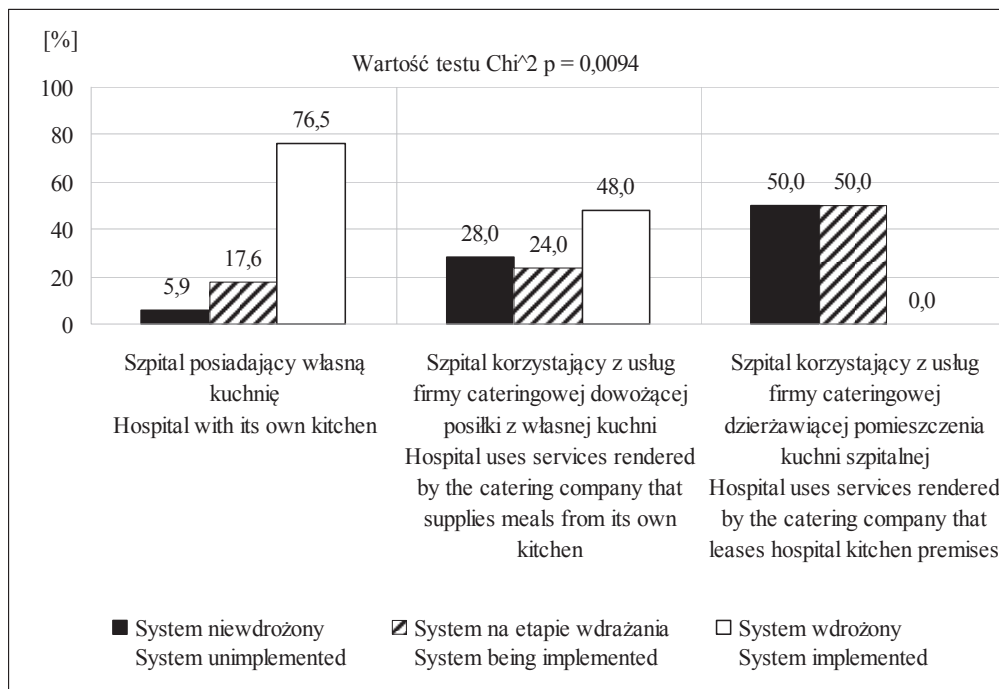
Rys. 2. Stopień wdrożenia systemu HACCP w badanych szpitalach województwa śląskiego; n = 50

Fig. 2. Progress degree of implementation of HACCP system in surveyed hospitals in Silesian Province; n = 50

Stwierdzono, że stan wdrożenia systemu HACCP zależy od formy organizacji żywienia pacjentów (rys. 3). W przypadku szpitali posiadających własną kuchnię 76,5 % placówek miało wdrożony system, w trakcie wdrażania było 17,6 %, a tylko w jednej kuchni działającej w strukturze szpitalnej nie przestrzegano zasad HACCP. W szpitalach, które korzystały z usług firm cateringowych dostarczających posiłki z własnej kuchni blisko połowa (48 %) miała wdrożony system HACCP, w 28 % przypadków system był niewdrożony, natomiast w 24 % placówek był on jeszcze na etapie wdrażania. Żadna z firm cateringowych, które dzierżawiły pomieszczenia kuchni od szpitala nie miała w pełni wdrożonego systemu, a połowa tego typu placówek była w trakcie wdrażania systemu HACCP.

Według danych cytowanego raportu NIK [8], system HACCP wdrożyło 67,14 % szpitali przygotowujących posiłki we własnych kuchniach oraz 42 % szpitali zlecających usługę żywienia firmie cateringowej. W grupie 12 szpitali bezpośrednio skontrolowanych przez inspektorów nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu HACCP ujawniono w 6 szpitalach, w tym w 5 posiadających własną kuchnię oraz w jednym zlecającym usługę żywienia pacjentów firmie zewnętrznej.

W badaniach własnych zaobserwowano, że postępowanie zgodne z wytycznymi systemu HACCP przez szpitale województwa śląskiego prowadzące własną kuchnię może wynikać z większej świadomości pracowników tych szpitali w zakresie bezpieczeństwa dostarczanych pacjentowi posiłków oraz częstszych i bardziej szczegółowych kontroli ze strony Państwowej Inspekcji Sanitarnej.



Rys. 3. Wpływ formy organizacji żywienia pacjentów na stopień wdrożenia systemu HACCP w badanych szpitalach województwa śląskiego

Fig 3. Effect of form of organizing the feeding of patients on progress degree of implementation of HACCP system in surveyed hospitals in Silesian Province

Z badań ankietowych przeprowadzonych wśród dyrektorów oraz pracowników działu żywienia szpitali w Kalabrii (Włochy) – których wyniki opublikowano w 2001 roku – dotyczących oceny przestrzegania procedur HACCP wynika, że tylko 54 % z 27 szpitali wdrożyło system HACCP. Prawidłowe zachowania dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa żywności były deklarowane częściej przez osoby pracujące w działach żywienia szpitali, w których system został wprowadzony. Autorzy pracy zwracali uwagę na potrzebę pełnego wdrożenia systemu HACCP oraz kształtowania polityki kontroli zakażeń w działach żywienia w szpitalach [1].

W badaniach własnych kuchnie pozostawione we własnej strukturze organizacyjnej prowadziło 17 badanych placówek leczniczych województwa śląskiego (34 %), w tym: 9 szpitali wojewódzkich, 4 powiatowe oraz 4 kliniczne. Z analizy odpowiedzi respondentów wynika także, że było to 6 szpitali z bazą do 250 łóżek oraz 11 szpitali z liczbą łóżek powyżej 250. Sprawdzone, że nie występuje statystycznie istotna zależność między rodzajem szpitala a formą organizacji żywienia pacjentów ($p = 0,3398$). Nie wykazano też statystycznej istotnej różnicy pomiędzy stopniem wdrożenia syste-

mu a formą prawną szpitala ($p = 0,2874$). Zarówno połowa szpitali prowadzonych w formie SP ZOZ, jak i połowa szpitali prowadzonych w formie spółki prawa handlowego miała wdrożony system HACCP.

Kadra zarządzająca szpitali bez wdrożonego systemu HACCP i opracowanej dokumentacji, a zlecająca usługę żywienia firmom cateringowym prawdopodobnie błędnie zinterpretowała przepisy prawne i uznała, że system HACCP nie dotyczy ich placówek. W konsekwencji dopuszczono do powstania zagrożenia zdrowotnego w ostatnim i bardzo ważnym etapie łańcucha żywnościowego, jakim jest serwowanie posiłków pacjentom. Wszak odbywało się ono nie w firmie cateringowej, a w szpitalu. Zgodnie z ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia to szpital jest zakładem wprowadzającym do obrotu żywność, którą na podstawie zawartej umowy z firmą cateringową zakupił. Powinien więc opracować i stosować procedury systemu HACCP na etapie dystrybucji potraw [14].

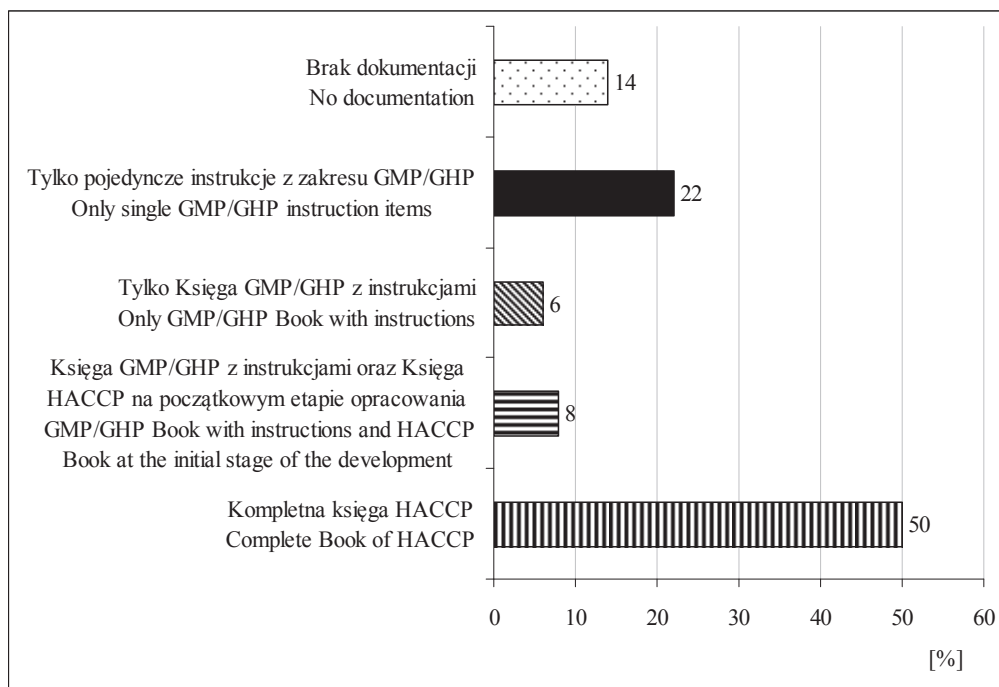
W raporcie NIK z 2015 roku [9] dotyczącym korzystania z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne wynika, że najczęstszą przyczyną przekazania w outsourcing usług żywienia były zgłaszane przez dyrektorów braki środków finansowych na wyposażenie lub zmodernizowanie pomieszczeń i urządzeń kuchni, które umożliwiłyby przystosowanie działów żywienia do obowiązujących wymogów sanitarnych. Koszty związane z zakupem usług niemedycejskich (tj. prania, sprzątnięcia, żywienia i transportu pacjentów) stanowiły zaledwie $0,3 \div 5,1$ % (średnio 2,2 %) ogółu kosztów ponoszonych przez 11 skontrolowanych przez NIK szpitali.

Foltys i Szafranowicz [5] dokonali analizy procesu reorganizacji szpitali miejskich z wykorzystaniem outsourcingu na przykładzie miasta Chorzowa. Decyzja o przekazaniu firmie zewnętrznej usług żywienia w zespole Szpitali Miejskich zapadła już w 2006 r. Podkreślono, że istotnym argumentem za przekazaniem usług żywienia pacjentów firmie cateringowej były wysokie koszty remontu zabytkowych budynków. Autorzy artykułu uważają, że decyzja ta była słuszna, a z perspektywy lat okazała się opłacalna.

W badaniach własnych zapytano osoby odpowiedzialne za organizację żywienia o dokumentację z zakresu funkcjonowania systemu HACCP, której opracowanie zadeklarowało 86,0 % ogółu badanych. Z analizy odpowiedzi wynika jednak, że tylko placówki, które zadeklarowały pełne wdrożenie systemu HACCP miały kompletną Księgę HACCP (50 %), natomiast pozostałe (36 %) posługiwały się jedynie instrukcjami lub procedurami odnoszącymi się do programów wstępnych z zakresu GMP/GHP. W zależności od zadeklarowanego stopnia wdrożenia systemu opracowana dokumentacja obejmowała różne dokumenty (rys. 4).

Stwierdzono, że przygotowanie dokumentacji GMP/GHP oraz HACCP zależało od formy organizacji żywienia pacjentów (rys. 5). Opracowaną dokumentację miały wszystkie szpitale, w których żywiono pacjentów na bazie własnej kuchni oraz 84 %

szpitali, które usługę żywienia pacjentów powierzyły firmie cateringowej dostarczającej posiłki z własnej kuchni, a tylko 62,5 % szpitali, które dzierżawiły pomieszczenia kuchni firmie cateringowej.

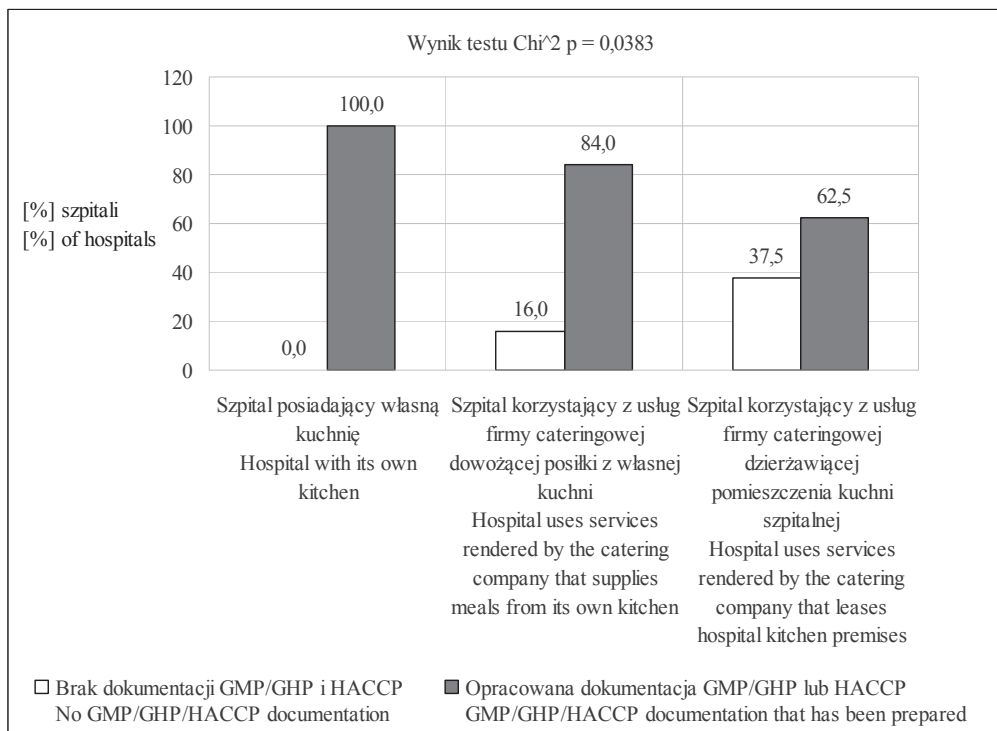


Rys. 4. Dokumentacja z zakresu GMP/GHP oraz HACCP w badanych szpitalach województwa śląskiego; n = 50

Fig. 4. Documentation of GMP/GHP and HACCP in surveyed hospitals in Silesian Province; n = 50

Osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu HACCP w badanych szpitalach województwa śląskiego poproszono o udzielenie odpowiedzi, czy wyznaczono w ich placówkach krytyczne punkty kontroli (CCP), a jeśli tak, to ile ich było. Spośród 29 placówek, w których opracowano kompletną Księgę HACCP albo Księgę GMP/GHP z Księgą HACCP w początkowym etapie opracowania, w 86,2 % wyznaczono CCP. W pozostałych (4), pomimo że dokumentacja obejmowała analizę zagrożeń, nie wyznaczono na jej podstawie żadnego CCP. W szpitalach, w których zadeklarowano pełne wdrożenie systemu HACCP (25), najwięcej placówek (56 %) wyznaczyło 1 ÷ 2 krytyczne punkty kontroli, w 40 % placówkach wyznaczono 3 ÷ 5 CCP, natomiast w jednym szpitalu (4 %) wyznaczono powyżej 5 CCP. Na podstawie analizy uzyskanych odpowiedzi stwierdzono, że w jednej placówce żywienia zbiorowego pomimo wyznaczenia CCP nie ustalono działań naprawczych, czyli nie została

spełniona jedna z zasad HACCP. Może to wskazywać na brak wiedzy osób wdrażających system na temat konieczności podjęcia działań w przypadku przekroczenia dozwolonego limitu ustalonych parametrów. Mimo deklaracji placówki tej nie można więc uznać za szpital z w pełni wdrożonymi procedurami zasad HACCP.



Rys. 5. Wpływ formy organizacji żywienia pacjentów na opracowanie dokumentacji GMP/GHP/HACCP w badanych szpitalach województwa śląskiego

Fig. 5. Effect of form of organizing the feeding of patients on preparation of GMP/GHP/HACCP documentation in surveyed hospitals in Silesian Province

Wśród przyczyn braku wdrożenia systemu HACCP w raporcie NIK z 2009 roku [8], dotyczącym funkcjonowania żywienia w szpitalach, wymienia się m.in. brak zaangażowania kierownictwa szpitali w proces wdrażania systemu oraz powierzenie odpowiedzialności za jego wdrożenie jednej osobie, najczęściej kierownikowi działu żywienia. Według wyników raportu w ocenianych szpitalach, które usługę żywienia pacjentów zleciły w formie outsourcingu, nie identyfikuje się wszystkich krytycznych punktów kontroli, a obowiązek opracowania i wdrożenia systemu HACCP cedowany był najczęściej na zewnętrzną firmę cateringową. Brak dogłębnej analizy procesu żywienia w zakresie rozdzielności organizacyjnej pomiędzy szpitalem a firmą cateringową

wą w jednym skontrolowanym szpitalu doprowadził do nieprawidłowego funkcjonowania systemu HACCP.

Jedną z podstawowych zasad systemu HACCP jest jego weryfikacja, która ma zapewnić nadzór nad skutecznością jego funkcjonowania. Szpitale, które zadeklarowały opracowanie kompletnej Księgi HACCP ($n = 25$) zostały poproszone o podanie harmonogramu audytów wewnętrznych systemu. W 7 placówkach (28 %) nie przeprowadzono audytów wewnętrznych. Na pozostałych 18 szpitali (72 %) w dziesięciu był on przeprowadzany raz w roku (55,6 %). Raz na pół roku ocena wewnętrzna przeprowadzana była w 4 szpitalach (22,2 %). W dwóch szpitalach audyt planowany był raz na kwartał (11,1 %), a w pozostałych 2 placówkach – raz w miesiącu (11,1 %).

W raporcie za 2015 rok opublikowanym przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach [17] wykazano, że szpitale w województwie śląskim nadal mają problem z prawidłowym wdrożeniem systemu HACCP. Najczęściej występującym uchybieniem jest brak przeprowadzania weryfikacji procedur systemu.

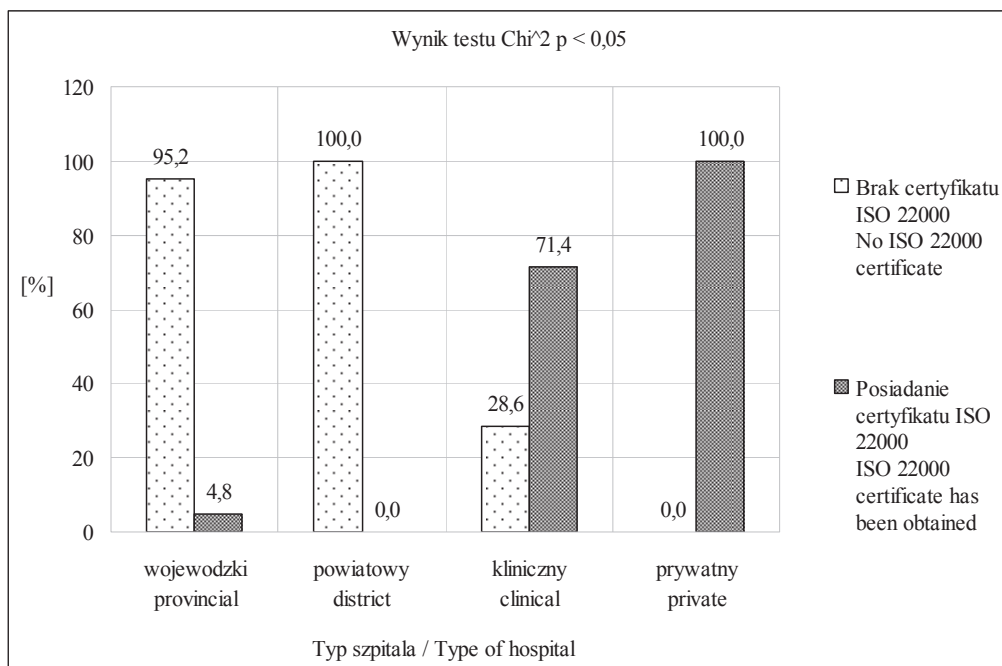
Organizacje należące do łańcucha żywnościowego mogą uzyskać certyfikat zarządzania bezpieczeństwem żywności na zgodność z normą ISO 22000, w której zwrócono uwagę na kompleksowe i spójne dostosowanie systemu do wymagań prawnych. Łączy ona w sobie elementy wstępnych programów operacyjnych odnoszących się do dobrych praktyk GMP/GHP, zasad systemu HACCP zdefiniowanych przez kodeks żywnościowy, systemu zarządzania jakością oraz komunikacji pomiędzy poszczególnymi ogniwami łańcucha [4].

W badanych szpitalach województwa śląskiego wykazano statystycznie istotną różnicę między rodzajem szpitala a posiadaniem certyfikatu zarządzania bezpieczeństwem żywności na zgodność z ISO 22000. Certyfikowany system miały 2 szpitale prywatne, 2/3 uczestniczących w badaniu ($n = 5$) szpitali klinicznych (71,4 %) oraz jeden szpital wojewódzki (rys. 6).

W przedsiębiorstwach sektora żywnościowego dobrowolne certyfikowanie systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności zgodnym z normą ISO 22 000 przekłada się na wzrost zadowolenia klientów, jak również redukcję kosztów związanych z wyprodukowaniem produktu wadliwego. Oceniono, że w 54 przedsiębiorstwach branży spożywczej wdrożony system zarządzania bezpieczeństwem żywności funkcjonuje prawidłowo i pozwala na wyeliminowanie zagrożeń wpływających na obniżenie jakości produktu [3].

Brak zapewnienia odpowiedniego systemu szkoleń dla pracowników łańcucha żywnościowego wymienia się jako jedną z głównych barier na etapie wdrażania systemu HACCP [6]. W badaniach własnych wykazano różnicę statystycznie istotną ($p < 0,0001$) pomiędzy stopniem wdrożenia systemu HACCP a uczestnictwem pracowników odpowiedzialnych za jego wdrożenie w szkoleniach zewnętrznych (rys. 7). Spośród szpitali, które nie delegowały swoich przedstawicieli na szkolenia zewnętrzne,

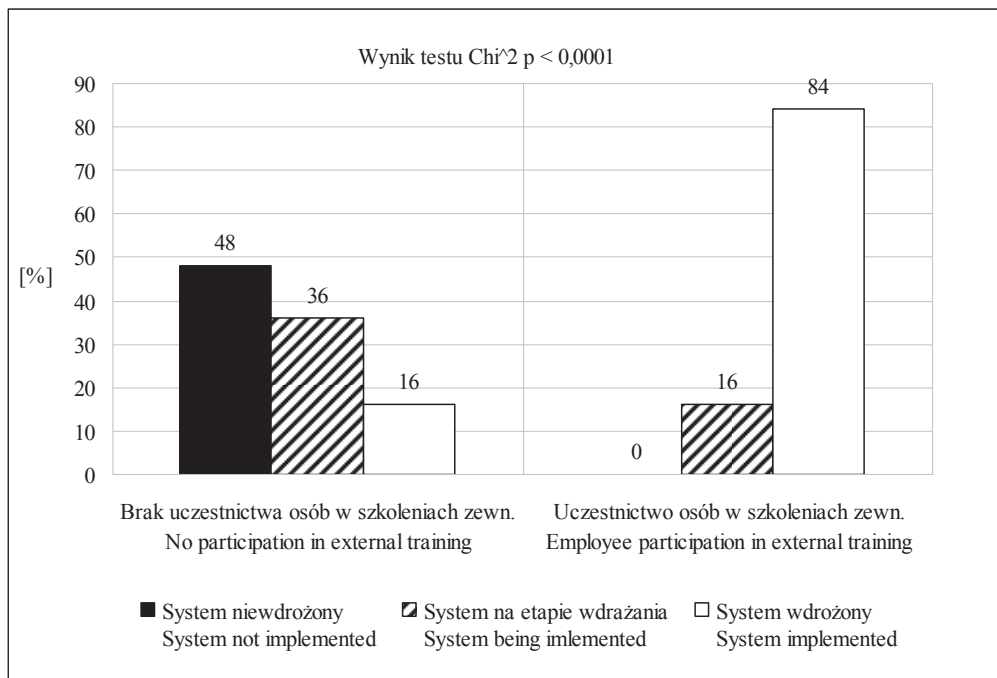
odsetek placówek z niewdrożonym systemem HACCP wynosił 48 %, w trakcie jego wdrażania było 36 % placówek, a z wdrożonym systemem tylko 16 %. Inaczej sytuacja przedstawiała się w grupie szpitali, których przedstawiciele uczestniczyli w szkoleniach. Wśród nich 84 % reprezentowało szpitale z wdrożonym systemem HACCP, a 16 % – placówki, które były na etapie jego wdrażania.



Rys. 6. Posiadanie certyfikatu ISO 22000 z uwzględnieniem rodzaju szpitala

Fig. 6. ISO 22000 Certificate has been obtained and based on the type of hospital

Warunkiem prawidłowego funkcjonowania systemu HACCP jest zaangażowanie całego personelu, w tym szczególnie regularne prowadzenie szkoleń i nadzór kadry kierowniczej nad faktycznym jego funkcjonowaniem w zakładzie, co potwierdzono w studium przypadku na przykładzie dwu restauracji. Do istotnych zalet działającego systemu bezpieczeństwa żywności należy podniesienie świadomości i wiedzy wszystkich pracowników oraz osób odpowiedzialnych za prowadzenie żywienia zbiorowego [16].



Rys. 7. Wpływ uczestnictwa osób odpowiedzialnych za wdrożenie systemu HACCP w szkoleniach zewnętrznych na stopień wdrożenia tego systemu

Fig. 7. Effect of participation of employees in external trainings who are charged with implementation of HACCP system on progress degree of implementation thereof

Wnioski

1. Połowa przedstawicieli działów żywienia szpitali w województwie śląskim, uczestniczących w badaniach ankietowych, deklaruwała w pełni wdrożony system HACCP w ich placówkach, które w zdecydowanej większości miały własną kuchnię.
2. W części placówek szpitalnych deklarujących pełne wdrożenie systemu HACCP nie realizowano niektórych jego zasad, m.in. nie identyfikowano wszystkich krytycznych punktów kontroli czy też nie przeprowadzano audytów wewnętrznych systemu.
3. Nadal obserwuje się brak egzekwowania wdrożenia zasad systemu HACCP w łańcuchu żywienia szpitalnego województwa śląskiego, zwłaszcza w firmach cateringowych dzierżawiących pomieszczenia kuchni szpitalnych, a wykonujących usługi serwowania posiłków pacjentom.

Literatura

- [1] Angelillo I.F., Viggiani N.M., Greco R.M., Rito D.: HACCP and food hygiene in hospitals: Knowledge, attitudes and practices of food-services staff in Calabria, Italy. Collaborative Group. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, 2001, **22** (6), 363-369.
- [2] Baumann-Popczyk A., Sadkowska-Todys M.: Zatrucia i zakażenia pokarmowe w Polsce w 2010 roku. *Przeegl. Epidemiol.*, 2012, **68** (2), 241-248.
- [3] Brodnicka E., Szpakowska M.: Analiza sprostżeń podczas audytów w przedsiębiorstwach z branży spożywczej. *Zesz. Nauk. Akademii Morskiej w Gdyni*, 2015, **88**, 106-111.
- [4] Czerw A., Religioni U.: Systemy oceny jakości w ochronie zdrowia. *Problemy Zarządzania*, 2015, **2** (37), 195-210.
- [5] Foltys J., Szafranowicz J.: Analiza procesu reorganizacji szpitali miejskich z wykorzystaniem outsourcingu na przykładzie miasta Chorzowa. *J. Ecol. Health*, 2013, **17** (3), 129-141.
- [6] Gajda R., Jeżewska-Zychowicz M.: System HACCP w gastronomii – Wiedza pracowników o implementacji jego zasad na przykładzie regionu świętokrzyskiego. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2012, **1** (80), 206-217.
- [7] Grześnińska W., Tomaszewska M., Bilśka B., Trafiałek J.: Optymalizacja uwarunkowań wyboru systemu dystrybucji posiłków w żywieniu szpitalnym. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2014, **4** (95), 188-200.
- [8] Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych. Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie. Raport nr 9/2009/P08141/LKR.
- [9] Informacja o wynikach kontroli. Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne. Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy. Raport nr 206/2015/P/15/068/LBY.
- [10] Maćkiw E.: Zagrożenia mikrobiologiczne w przygotowaniu posiłków szpitalnych. W: *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach*. Red. M. Jarosz. Wyd. IŻŻ, Warszawa 2011, ss. 264-267.
- [11] Szpitale Kliniczne SUM. [on-line] Dostęp w Internecie [10.10.2016]: <http://www.sum.edu.pl/uczelnia/szpitaly-kliniczne>
- [12] Sytuacja finansowa szpitali w Polsce. Raport: Edycja 2014. Wyd. Magellan S.A., Łódź 2014.
- [13] Turlejska H.: Systemowe podejście do zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym posiłków w szpitalach. W: *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach*. Red. M. Jarosz. Wyd. IŻŻ, Warszawa 2011, ss. 253-258.
- [14] Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Dz. U. 2006 r. Nr 171, poz. 1225. Tekst jednolity z dnia 30 kwietnia 2015 r. Dz. U. 2015 r. Nr 0, poz. 594.
- [15] Wierzejska R.: Bezpieczeństwo żywności w Polsce w okresie członkostwa w Unii Europejskiej. *Przem. Spoż.*, 2015, **2** (69), 2-5.
- [16] Wierzowiecka J., Skukowska P.: Ocena funkcjonowania systemu HACCP według opinii pracowników restauracji – studium przypadku. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2016, **3** (49), 670-675.
- [17] Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach: Ocena stanu sanitarno-epidemiologicznego województwa śląskiego za rok 2015. [on line]. Dostęp w Internecie [10.10.2016]: <http://www.wsse.katowice.pl/download/Ocena-stanu-2015%20-wojewodztwo-slaskie.pdf>
- [18] Kleszczewski M.: Działalność o kondycja podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Samorząd Województwa Śląskiego, XXXVI Sesja Sejmiku Województwa Śląskiego, Katowice, 20.05.2013. [on-line] Dostęp w Internecie [10.10.2016]: <http://www.slaskie.pl/zdjecia/2013/05/20/1369064916.pdf>
- [19] PN-EN ISO 22000:2006. Systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności.

STATUS OF HACCP SYSTEM IMPLEMENTATION IN HOSPITALS IN SILESIA PROVINCE**S u m m a r y**

The obligation to implement the HACCP system to ensure health safety of food applies to all institutions dealing with communal feeding, including hospital kitchens and catering companies. Provided this system runs effectively, then, it makes it possible to reduce treatment costs associated with the probable occurrence of food poisonings and/or infections, which, in the case of the sick, can be a serious threat to their health and life.

The objective of the research study was to assess the progress degree in implementing the HACCP system in food service facilities that supply meals to the hospitals in the Silesia Province and to present its functioning therein. In 2016, a questionnaire survey was conducted among the employees responsible for the organization of feeding. The questionnaire was sent to 69 selected hospitals, out of which 50 replied, including: 21 district, 20 local, 7 clinical, and 2 private hospitals.

Only 34 % of all the surveyed institutions had a kitchen in their own organizational structure; in the remaining 66 % of the hospitals polled, catering companies performed the service of feeding patients, and 16 % of those hospital leased their kitchen space to the catering companies. According to the declarations of the respondents who organized the feeding of the patients, the HACCP system was fully implemented in 50 % of the hospitals, 26 % hospital were still in the process of implementation, and 24 % of the hospitals did not start the implementation. The implementation of the HACCP system in hospitals depended on the adopted organizational form of the feeding of patients. Of all the hospitals served by a catering company, only 48 % implemented the HACCP system, while the two thirds of the hospitals with their own kitchen declared to have fully implemented the HACCP system. Of the respondents responsible for the organization of feeding in the hospitals, which leased their own kitchen premises to a catering company, no one declared their hospital had fully implemented the HACCP system. The survey confirmed that the knowledge and competence of those responsible for the organization of the feeding of patients in the hospitals impacted the progress degree of implementation of the HACCP system.

Consequently, the managements of the hospitals should ensure an effective system of training to those responsible for the implementation and operation of the HACCP system.

Key words: HACCP system, food safety, communal feeding, hospitals, assessment of the implementation of HACCP system ☒