

# Funkcjonowanie kontroli wewnętrznej w kuchniach zapewniających żywienie dla szpitali w Małopolsce

Beata Piórecka<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7323-4797>

Magdalena Skorut<sup>1</sup>

Weronika Olesiak<sup>2</sup>

Paweł Jagielski<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7583-8965>

<sup>1</sup> Zakład Badań nad Żywieniem i Lekami, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

<sup>2</sup> Koło Naukowe Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Beata Piórecka, Zakład Badań nad Żywieniem i Lekami, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31–066 Kraków, [beata.piorecka@uj.edu.pl](mailto:beata.piorecka@uj.edu.pl)

## Abstract

### *Functioning of internal control in kitchens providing nutrition for hospitals in Malopolska Region*

Supervision over food quality and safety, in the establishments providing nutrition for hospitals included, is based on an internal and external control system. The aim of the study was to assess the degree of implementation and the functioning of the HACCP system in nutrition departments and catering companies providing nutrition for hospital patients in the Lesser Poland Voivodeship. The answers obtained in 2019 through the means of diagnostic survey using a questionnaire addressed to employees responsible for the organization of nutrition were evaluated. Out of 47 facilities from Małopolska, to which an invitation to participate in the study was sent, feedback was received from 27 hospitals, including: 11 provincial, 9 district/municipal, 6 clinical and 1 private.

14 units (52%) had their own kitchen, while 12 (44%) hospitals used the services of a catering company that provided patients with meals from their own kitchen. Only 1 hospital reported that it uses a catering company that leases kitchen space in a given facility. The tray system for distributing meals to patients was used only in 33.3% of the surveyed hospitals. A fully implemented HACCP system was declared by most of the participating facilities, and only 2 hospitals reported that the company providing nutrition is still at the stage of its implementation. Most facilities (88.9%) declared the continuous implementation of the HACCP system for over 4 years. Among the facilities participating in the study, 6 hospitals reported that they had the ISO 22000 certificate, which confirms the high standard of food safety management. There are however deficiencies in the practical functioning of selected HACCP and GMP system rules in the analyzed facilities.

Hospital administration employees should increase supervision over the functioning of the HACCP system in nutrition departments or catering companies preparing meals for patients.

**Key words:** food safety, HACCP system, hospitals, mass catering, satisfaction with the quality of food

**Słowa kluczowe:** bezpieczeństwo żywności, satysfakcja z jakości żywienia, system HACCP, szpitale, żywienie zbiorowe

## Wstęp

Nadzór nad jakością i bezpieczeństwem żywności opiera się w Polsce na dwóch systemach. Pierwszy rodzaj kontroli, tzw. zewnętrznej, prowadzony jest i sprawowany niezależnie przez organy urzędowej kontroli żywności tj.

Państwową Inspekcję Sanitarną (PIS). Natomiast naczelnym i niezależnym organem kontroli państwowej w Polsce jest Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Ważniejsza dla konsumenta jest jednak kontrola wewnętrzna, która ma być stale prowadzona w każdym obiekcie zapewniającym żywienie zbiorowe. Opiera się ona na wdrożeniu i utrzymaniu

systemu bezpieczeństwa żywności opartego na analizie zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (Hazard Analysis and Critical Control Points, HACCP) oraz funkcjonowaniu określonych systemów zarządzania jakością. Mają one na celu zapewnienie odpowiedniej jakości zdrowotnej żywności oraz stanowią podstawę do wykazania, że dany obiekt zapewnia najwyższą jakość produkowanej żywności oraz dba o bezpieczeństwo konsumentów [1, 2].

Pełne wdrożenie systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP w placówkach żywienia zbiorowego ma szczególne znaczenie w przypadku szpitali. Oprócz poprawy bezpieczeństwa i zmniejszenia zagrożenia chorobami przenoszonymi drogą pokarmową sprzyja zwiększeniu świadomości wśród personelu danej placówki w zakresie higieny oraz bezpieczeństwa przygotowania posiłków. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest w ramach umowy o udzielenie tych świadczeń zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia zapewnić pacjentom wyżywienie adekwatne do stanu zdrowia [3].

Prawidłowe żywienie jest nie tylko istotną częścią prowadzonego leczenia, ale także wskaźnikiem jakości opieki udzielanej w szpitalu. Ocena jakości świadczonych usług może być dokonywana z 3 perspektyw: pacjenta, personelu medycznego oraz opiekunów pacjentów. Wśród czynników kształtujących pozytywną ocenę jakości świadczonych usług w szpitalach są warunki socjalno-bytowe, w tym odpowiednie żywienie [4].

Celem pracy była ocena stopnia wdrożenia i przedstawienie funkcjonowania systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP w kuchniach zapewniających żywienie dla pacjentów szpitali województwa małopolskiego oraz ocena satysfakcji z prowadzonego żywienia.

## ■ Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w 2019 r. W ramach włączenia do badania placówek leczniczych województwa małopolskiego uwzględniono ich formę organizacyjno-prawną, tj. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i spółek prawa handlowego (spółka jawna, partnerska, komandytowa, komandytowo-akcyjna, z o.o., akcyjna). Dodatkowo brano pod uwagę rodzaj prowadzonej działalności leczniczej, polegającej na stacjonarnym i całodobowym świadczeniu opieki zdrowotnej. Z udziału w badaniu wyłączono: sanatoria, szpitale świadczące usługi jednodniowe oraz szpitale, w których liczba łóżek była niższa niż 30. W badaniu nie uwzględniono również podmiotów udzielających świadczeń z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz rehabilitacji.

Pod względem liczby podmiotów leczniczych w województwie małopolskim w 2016 r. funkcjonowało 31 szpitali, w tym 13 wojewódzkich, 19 powiatowych, 8 resortowych, natomiast 52 to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej działające w formie spółek oraz 39 publicznych i niepublicznych zakładów opieki długoterminowej [5].

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz składający się z 39 pytań, wykorzystany już we

wcześniej opublikowanej pracy i uzupełniony o pytania dotyczące oceny satysfakcji z żywienia pacjentów [6]. Ankietowanymi były osoby odpowiedzialne za żywienie w placówkach, tj. pełnomocnicy ds. jakości, dietetycy oraz kierownicy działów żywienia. Do dyrekcji szpitali wysłano pytanie dotyczące dobrowolnego udziału w badaniu za pośrednictwem poczty elektronicznej wraz z kwestionariuszem ankiety. Adresy e-mail pozyskano ze stron internetowych każdej z placówek.

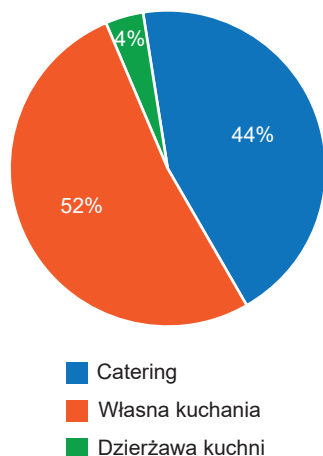
Z 47 szpitali na terenie Małopolski otrzymano odpowiedzi od 27 szpitali, w tym 11 wojewódzkich (z Krakowa, Tarnowa, Bochni, Dąbrowy Tarnowskiej, Brzeska, Limanowej, Suchej Beskidzkiej, Wadowic, Andrychowa), 9 powiatowych/miejskich (z Myślenic, Krakowa, Zakopanego, Krynicy-Zdroju, Nowego Targu, Miechowa), 6 klinicznych (z Krakowa, Krzeszowic, Krynicy-Zdroju) i 1 prywatnego (z Krakowa).

Jednostki prowadzone w formie SP ZOZ stanowiły 85,2% badanych podmiotów, a pozostałe 14,8% to szpitale sprywatyzowane. Największy odsetek w badanej grupie dotyczył odpowiedzi od szpitali wojewódzkich (40,7%) oraz powiatowych i miejskich (33,3%). Udział szpitali klinicznych wynosił 22,2%, a tylko 1 szpital prywatny uzupełnił przesłaną ankietę (3,7%). Pod względem wielkości szpitali ponad połowa (55,5%) to duże szpitale o ponad 250 łóżkach, natomiast pozostałe (44,5%) to placówki mniejsze, mające 30–250 łóżek.

Największą grupę osób, która udzieliła odpowiedzi na pytania ankiety, stanowiły osoby zatrudnione w szpitalu na stanowisku kierownika działu żywienia ( $n = 11$ ) oraz dietetyka ( $n = 11$ ). Najmniej liczną grupą byli pełnomocnicy ds. jakości ( $n = 2$ ) oraz naczelnice pielęgniarki ( $n = 2$ ). Wśród respondentów większość stanowiły kobiety (81,5%). Największy procent ankietowanych był w przedziale wiekowym 50–65 lat (40,7%). Wykształcenie wyższe miała większość respondentów (76,9%), tylko 23,1% osób wypełniających ankietę to osoby z wykształceniem policealnym. Odpowiedzi ankietowanych zakodowano z wykorzystaniem określonych skal w programie Excel. Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem programu statystycznego Statistica 13.0 PL. Do określenia zależności pomiędzy grupami i określonymi zmiennymi użyto testów Chi2 lub testu Fischera dla mniejszych grup. Za poziom istotności statystycznej różnic w odpowiedziach uznano  $p = 0,05$ .

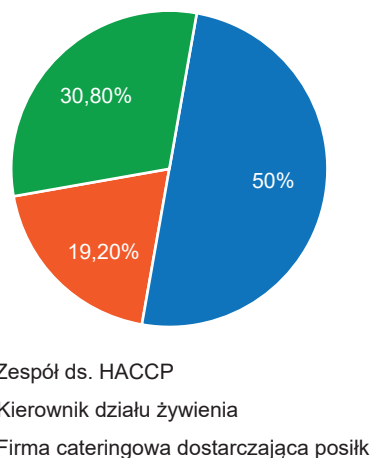
## ■ Wyniki

Spośród szpitali, które udzieliły odpowiedzi na pytania ankiety, własną kuchnię prowadziło 14 jednostek, co stanowi 52% placówek. Natomiast 12 (44%) szpitali korzystało z usług firmy cateringowej, która dostarczała pacjentom posiłki z własnej kuchni. Tylko 1 szpital podał, że korzysta z firmy cateringowej, która dzierżawi pomieszczenia kuchenne w danej placówce (4%) (rys. 1). W szpitalach biorących udział w badaniu zaobserwowano częstsze funkcjonowanie systemu barmarowego (66,7%) niż tacowego (33,3%) jako formy serwowania posiłków. W ponad 70% badanych placówek medycznych pracownicy szpitala są



**Rysunek 1. Rodzaj organizacji żywienia pacjentów w szpitalach województwa małopolskiego**

Źródło: opracowanie własne.



**Rysunek 2. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie, kto zajmuje się w placówkach opracowaniem i prowadzeniem dokumentacji systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP**

Źródło: opracowanie własne.

odpowiedzialni za serwowanie posiłków pacjentom, pozostałe korzystają z pracowników firm cateringowych.

Według zebranych danych system bezpieczeństwa żywności oparty na zasadach HACCP został wprowadzony w większości badanych placówek (92,6%), a jedynie 2 placówki podały, że nadal są na etapie jego wdrażania. Wśród 25 placówek z wdrożonym systemem bezpieczeństwa żywności opartym na zasadach HACCP w przypadku większości (88,9%) został on wdrożony ponad 4 lata temu, natomiast w 3 szpitalach funkcjonuje on między 12 a 24 miesiącami. Analizując stopień wdrożenia systemu HACCP w szpitalach na terenie województwa małopolskiego, określono, że 80% badanych szpitali miało kompletną księgę HACCP wraz z księgami dobrej praktyki produkcyjnej i higienicznej (*good manufacturing practice / good hygienic practice, GMP/GHP*). Ponadto każdy szpital miał dokumentację związaną z zapewnieniem bezpieczeństwa żywności i żywienia, natomiast 4 z badanych placówek (16%) miały pojedyncze instrukcje z zakresu GMP/GHP. Najmniejszy odsetek (4%) zadeklarował posiadanie księgi GMP/GHP wraz z zaczęłą księgą HACCP. W szpitalach biorących udział w badaniu księgi głównie zawierały: opisy potraw lub grup asortymentowych (96%), schematy technologiczne (72%) oraz weryfikacje schematów (80%).

Funkcjonowanie zespołu ds. HACCP zadeklarowały 23 z 27 badanych placówek medycznych województwa małopolskiego, a nadzór nad żywieniem najczęściej prowadzony był przez dział żywienia, w tym dietetyków (88,9%), lub powołany dział ds. jakości (11,1%). Na podstawie analizy otrzymanych odpowiedzi można stwierdzić, że osobami zajmującymi się opracowaniem dokumentacji systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP w szpitalach, które udzieliły odpowiedzi na pytania ankiety, były: zespół ds. HACCP (50%), firma cateringowa dostarczająca posiłki (30,8%) oraz kierownik działu żywienia (19,2%) (rys. 2).

Biorąc pod uwagę placówki, w których opracowano kompletną księgę HACCP lub księgę GMP/GHP z księgą HACCP jeszcze nie w pełni opracowaną, we wszystkich szpitalach zostały wyznaczone krytyczne punkty kontroli – CCP (*critical control point*). Na podstawie analizy otrzymanych odpowiedzi określono, że w 38,5% szpitali wyznaczono 1–2 CCP, najwięcej szpitali (53,8%) wyznaczyło 3–5 CCP oraz w przypadku 2 szpitali (7,7%) wyznaczono powyżej 6 CCP. W przypadku przekroczenia dopuszczalnych odchyleń od CPP 4 z ankietowanych szpitali nie miały opisu działań korygujących. Monitorowaniem CCP zajmowali się w 76,9% przypadków pracownicy szpitala oraz w 23,1% pracownicy firm cateringowych. W największym odsetku badanych placówek (31,8%) audyt wewnętrzny w celu nadzoru nad skutecznością funkcjonowania systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP był przeprowadzany raz w roku, natomiast w 8 placówkach (30,8%) nie był prowadzony.

Główną trudnością we wdrażaniu systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP była przestarzała kuchnia (92,6%), następnie brak zaangażowania ze strony kierownictwa wyższego szczebla (36,4%), trudna sytuacja finansowa (30,4%) oraz brak wiedzy na temat wdrażania systemu HACPP (18,2%).

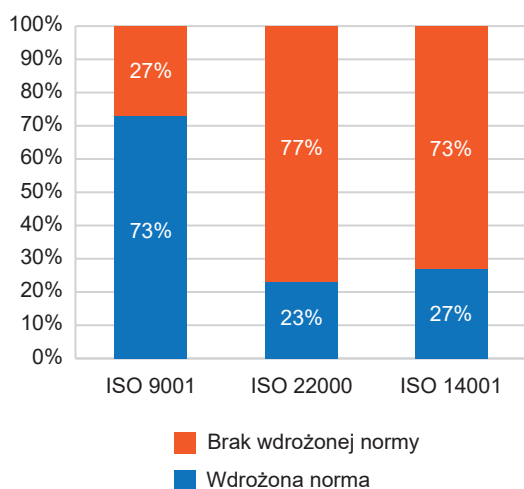
W tabeli 1 przedstawiono odpowiedzi ankietowanych dotyczące funkcjonowania systemu bezpieczeństwa żywności z wykorzystaniem zasad HACCP. Około 1/5 uczestników nie traktuje go jako przydatnego systemu w codziennej pracy kuchni oraz nie jest on dla nich intuicyjny i prosty. Tylko 11,1% badanych całkowicie się zgadza, że system ten wpływa korzystnie na jakość wydawanych posiłków, a 14,8% uważa, że jego funkcjonowanie obciąża pracowników zbyt dużą ilością pracy.

W uczestniczących w badaniu placówkach województwa małopolskiego certyfikat ISO 22000 miało 6 szpitali (23,1%). Standard ten opiera się na funkcjonujących zasadach systemu bezpieczeństwa żywności opartego na

Twierdzenie	Całkowicie się zgadzam [%]	Raczej się zgadzam [%]	Raczej się nie zgadzam [%]	Całkiem się nie zgadzam [%]
System HACCP jest przydatny w codziennej pracy	48,1	33,3	3,8	14,8
System HACCP jest intuicyjny i prosty	23,1	50,0	7,7	19,2
System HACCP obciąża pracowników zbyt dużą ilością dodatkowej pracy	14,8	55,6	22,2	7,4
System HACCP wpływa korzystnie na jakość produkowanych/podawanych posiłków	11,1	7,4	7,4	7,4
Dzięki systemowi HACCP wzrasta świadomość personelu w zakresie higieny środków spożywczych	25,9	3,7	7,4	7,4
System HACCP powinien być obowiązkowy	37,0	37,0	22,3	3,7

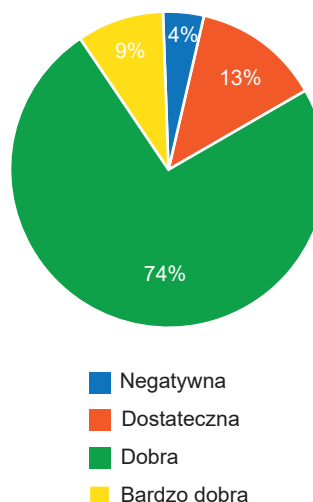
**Tabela 1. Odpowiedzi ankietowanych dotyczące wprowadzenia i funkcjonowania systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP w szpitalach w Małopolsce**

Źródło: opracowanie własne.



**Rysunek 3. Stopień wdrożenia wybranych norm ISO w kuchniach zapewniających żywienie dla szpitali w Małopolsce**

Źródło: opracowanie własne.



**Rysunek 4. Wyniki oceny jakości żywienia pacjentów w szpitalach województwa małopolskiego**

Źródło: opracowanie własne.

zasadach HACCP oraz o wdrożony system zarządzania jakością ISO 9001. Uczestniczące w badaniu szpitale podały, że w 73% z nich wdrożono ISO 9001, natomiast w 27% funkcjonował standard dotyczący systemów zarządzania środowiskowego – ISO 14001 (rys. 3).

Uczestników badania zapytano również, czy placówka przeprowadza ocenę satysfakcji pacjentów w zakresie wydawanych posiłków i jakości żywienia. Większość szpitali uczestniczących w badaniu podejmuje się prowadzenia takiej oceny (85,2%). W odpowiedziach ankietowanych pracowników szpitali pacjenci najczęściej oceniali jakość żywienia w placówkach jako dobrą (74%) (rys. 4).

## Dyskusja

W przedstawionych wynikach badania z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego uzyskano odpowiedzi na pytania kwestionariusza ankiety od pracowników z 27 szpitali województwa małopolskiego, co stanowi 57,44% wszystkich szpitali, do których wysłano pytanie dotyczące udziału w badaniu. Według danych z 2021 r. w województwie małopolskim w ramach stacjonarnej publicznej opieki zdrowotnej funkcjonowało 13 szpitali wojewódzkich (4930 łóżek), 19 szpitali powiatowych (5898 łóżek), 8 szpitali resortowych (2624 łóżka) [7].

Z badania wynika, że własną kuchnię prowadziło 52% szpitali, a 44% placówek korzystało z usług firmy cateringowej. Tylko 1 szpital podał, że korzysta z firmy cateringowej, która dzierżawi pomieszczenia kuchenne w danej placówce.

Z raportu z przeprowadzonego badania przez BCMM i portal Rynek Zdrowia wynika, że blisko 2/3 podmiotów leczniczych (64%) przekazało usługę żywienia pacjentów firmie outsourcingowej. Zwrócono uwagę, że planowana ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta może wpłynąć na zarządzających szpitalami i poprawić standardy żywienia w placówkach [8].

Według danych raportu NIK z 2015 r. dotyczącego korzystania z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne najczęstszą przyczyną oddawania żywienia pacjentów firmom zewnętrznym jest brak środków finansowych na modernizację oraz wyposażenie kuchni. Koszty outsourcingu usług niemedycejskich, w tym żywienia, wynosiły wtedy średnio 2,2% ogółu kosztów ponoszonych przez szpitale poddane kontroli [9].

W większości placówek zapewniających żywienie dla pacjentów szpitali województwa małopolskiego stosowany jest system bemarowy wydawania posiłków. System tacowy zastosowano jedynie w 33% badanych szpitali.

Nowoczesny system tacowy został określony jako bardziej opłacalny i lepiej funkcjonujący niż system bemarowy w badaniu Grzebińskiej i wsp. [10]. Widoczne jest zwiększenie się udziału systemu tacowego w żywieniu pacjentów w szpitalach w województwie małopolskim w porównaniu z wynikami raportu NIK z 2009 r. Wtedy tylko 12% ocenianych szpitali w Polsce stosowało system tacowy [11].

Przeprowadzone badanie wykazało, że spośród 27 uczestniczących w badaniu szpitali w 25 kuchniach lub firmach cateringowych istnieje w pełni wdrożony i funkcjonujący system bezpieczeństwa żywności oparty na zasadach HACCP, natomiast w 2 placówkach jest on w trakcie wdrażania.

Według danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (WSEE) w Krakowie z 2017 r. wzrasta liczba obiektów z wdrożonym systemem bezpieczeństwa żywności opartym na zasadach HACCP w zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym również działów żywienia w szpitalach. W przeprowadzonej przez WSSE ocenie spośród 34 bloków żywienia w szpitalach tylko 1 otrzymał ocenę nieprawidłową [12].

W pracy Kosteckiego i wsp. opublikowanej w 2016 r. system bezpieczeństwa żywności oparty na zasadach HACCP został w pełni wdrożony tylko w połowie zakładów żywienia zbiorowego przygotowujących posiłki dla pacjentów szpitali w województwie śląskim, natomiast w 26% szpitali był jeszcze na etapie wdrażania, a w 24% nie rozpoczęto wdrażania [6].

Z wyników oceny przeprowadzonej w 2017 r. przez NIK, w trakcie której sprawdzono zgodność z zasadami prawidłowego żywienia posiłków podawanych pacjentom w szpitalach, wykazano, że nie wszystkie kuchnie szpitalne i firmy cateringowe miały pomieszczenia służące do przygotowywania i dystrybuowania żywności zgodne z obowiązującymi wymogami sanitarnymi. Dostrzeżono też niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń oraz sprzętu

produkcyjnego. Nadzór administracji szpitali nad firmami cateringowymi nie był skuteczny i rzetelny. Niektóre szpitale nie ujęły w umowach outsourcingowych prawa do przeprowadzania kontroli, a szpitale mające to zabezpieczenie często z niego nie korzystały [13].

W badaniu Trafiałek i wsp. sprawdzono odpowiedzi na pytania z ankiety dotyczącej funkcjonowania w ostatnich 11 latach systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP w 55 warszawskich żłobkach. Wykazano, że poziom zgodności ze standardami HACCP był wysoki w zakresie dokumentacji, jednak w przypadku praktyk był on znacznie niższy. W ocenianym okresie obserwowano stały wzrost przestrzegania zasad HACCP, jednak poprawa ta była powolna i niewystarczająca [14].

W przypadku uczestniczących w badaniu małopolskich szpitali w 4 kuchniach nie opracowano działań korygujących, które są istotne dla prawidłowego funkcjonowania systemu, co może świadczyć o brakach w prawidłowym wdrożeniu systemu HACCP. Natomiast w 2 szpitalach wyznaczono powyżej 6 CCP. Tak duża liczba CCP może wskazywać na braki w wyposażeniu czy organizacji stanowisk w kuchni lub zbyt małą wiedzę pracowników w zakresie funkcjonowania systemu HACCP. Zbyt duża liczba CCP może wpłynąć na obniżenie poziomu bezpieczeństwa żywności. Jako główną trudność we wdrażaniu systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP w kuchniach wydających posiłki dla pacjentów w szpitalach zgłaszano przestarzałą kuchnię, następnie brak zaangażowania ze strony kierownictwa wyższego szczebla, trudną sytuację finansową oraz brak wiedzy na temat funkcjonowania systemu HACCP.

W latach 2004–2009 przeprowadzono badania dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa żywności w szpitalach na Krete. Ich celem była ocena stopnia zgodności z zasadami bezpieczeństwa żywności i zbadanie trudności występujących podczas wdrażania systemu HACCP w szpitalach w systemie żywienia zbiorowego. Proces oceny opierał się na rozmowach z personelem i przeglądzie listy kontrolnej ważnych procesów, tj.: projektowanie menu, ocena dostawców, kontrola materiałów przychodzących, przechowywanie, zamrażanie i chłodzenie, jak również przygotowania oraz dystrybucji żywności. Sprawdzone też ogólne wymagania związane z funkcjonowaniem systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP, np. procedury sanitarne, higienę wody, zwalczanie szkodników czy higienę personelu. Dwa spośród badanych szpitali miały wdrożony system HACCP, 2 placówki były na etapie wstępnym wprowadzania systemu HACCP, a pozostałe 3 planowały jego wprowadzenie. Wyniki badania wskazały na brak spełnienia warunków wstępnych systemu HACCP w analizowanych szpitalach, tj. GMP/GHP. Wykryto również brak pełnego zapewnienia bezpieczeństwa żywności. Za istotne elementy wdrożenia systemu bezpieczeństwa żywności opartego na zasadach HACCP w przedstawianej pracy uznano: zaangażowanie kierownictwa, dostępność i egzekwowanie przepisów opartych na informacjach o ryzyku, zatrudnienie w szpitalu dietetyków i technologów żywności, planowanie menu pacjentów w systemie HACCP, zapobieganie niedożywieniu pacjentów, przeprowadzanie szkoleń w zakresie funkcjonowania kuchni szpitalnych i personelu

zarządzającego żywnością, integrację procedur HACCP z innymi funkcjami szpitala, nadzór nad higieną przez centralne i regionalne organy zdrowia publicznego, dostawę/wprowadzanie żywności do szpitala, obsługę żywności minimalnie przetworzonej oraz regularne kontrole naczyń kuchennych. W badaniu wskazano także, że konieczna jest współpraca między administracją szpitali, władzami publicznymi, uniwersytetami i ośrodkami badawczymi w celu poprawy jakości usług oferowanych przez szpitale [15].

Większość placówek z województwa małopolskiego uczestniczących w badaniu podała, że ma wdrożony system zarządzania jakością ISO 9001, natomiast certyfikat ISO 22000 ma tylko 6 szpitali. Zaledwie w 1/3 placówek funkcjonuje standard dotyczący systemów zarządzania środowiskowego – ISO 14001. W ramach promowanej platformy systemu IMFOOD uwzględniono moduł szkoleniowy z zakresu dobrej praktyki żywienia, HACCP czy ISO 22000 [16].

W pracy Frankiewicz i Lelonek ważne miejsce w ocenie jakości usług szpitala przypisano zapewnieniu pacjentom potrzeb żywieniowych [17]. Jednak żywienie pacjentów w polskich szpitalach nie jest wysoko oceniane. Raport NIK opublikowany w 2018 r. wykazał znaczące nieprawidłowości w tym zakresie, a wśród najczęściej powtarzających się błędów wymieniano: nieprawidłowe zbilansowanie jadłospisów, mały udział produktów będących źródłem pełnowartościowego białka zwierzęcego, zbyt wysoką podaż produktów o niskiej wartości odżywczej i wysokiej zawartości tłuszczu, zaniżoną wartość energetyczną diet, nieprawidłowy rozkład energii na poszczególne posiłki i zawyżoną zawartość soli [13].

Większość małopolskich szpitali uczestniczących w badaniu podejmowała się oceny satysfakcji pacjentów z żywienia w placówce. W odpowiedziach ankietowanych pracowników szpitali 2/3 pacjentów tych placówek określa jakość żywienia jako dobrą.

W 2022 r. został przygotowany projekt rozporządzenia w sprawie wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach, który określa m.in. rodzaje diet, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych. Ministerstwo Zdrowia wstrzymało prace nad wdrożeniem standardów żywienia w szpitalach, jednak mają one zostać wznowione [18].

## Wnioski

1. We wszystkich działach żywienia lub firmach cateringowych świadczących żywienie dla pacjentów szpitali w Małopolsce system HACCP został wdrożony lub jest w trakcie wdrażania.
2. Obserwuje się braki w praktycznym funkcjonowaniu wybranych zasad systemu HACCP oraz GMP/GHP w analizowanych placówkach.
3. Badanie satysfakcji pacjentów z żywienia jest prowadzone w większości szpitali.
4. Pracownicy administracji szpitala powinni zwiększyć nadzór nad funkcjonowaniem systemu HACCP w działach żywienia lub firmach cateringowych przygotowujących posiłki dla pacjentów.

## Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie (WE) nr 852/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/ALL/?uri=CELEX%3A32004R0852> (dostęp: 30.06.2023).
2. Litwińczuk A., Zięba M., Brodziak A. et al., *Wdrażanie systemów zapewnienia bezpieczeństwa żywności (GHP, GMP i HACCP) w zakładach i instytucjach związanych z jej produkcją*, „Życie Weterynaryjne” 2016; 91 (5): 368–372.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190).
4. Kister A., Vovk V., *Ocena jakości usług medycznych – aktualne problemy badawcze w świetle doświadczeń międzynarodowych*, [w:] E. Skrzypek, T. Kijek, A. Kowalska (red.), *Nowa jakość usług w warunkach serwicyzacji*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2017: 47–58.
5. Grzesiak-Ambroży S., Pałka I., *Wojewódzkie podmioty lecznicze w Małopolsce 2017 – informator*, <https://www.malopolska.pl/publikacje/zdrowie/wojewodzkie-podmioty-lecznicze-w-malopolsce-2017-informator-1> (dostęp: 5.07.2023).
6. Kostecki G.S., Piórecka B., Jagielski P., *Stan wdrożenia systemu HACCP w szpitalach województwa śląskiego*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość” 2016; 6 (109): 125–139.
7. Chachulska W., Bulanowska M., Górka J. et al., *Wojewódzkie podmioty lecznicze w latach 2021–2022*, Kraków 2021 <https://www.malopolska.pl/dla-mieszkanca/zdrowie-i-polityka-spoeczna/podmioty-lecznicze/wojewodzkie-podmioty-lecznicze> (dostęp: 25.05.2023).
8. WOK, *Czas na zmianę podejścia do żywienia pacjentów w polskich szpitalach. Nadchodzi rewolucja?*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Czas-na-zmiane-podejscia-do-zywienia-pacjentow-w-polskich-szpitalach-Nadchodzi-rewolucja,228109,1.html> (dostęp: 5.09.2023).
9. Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Bydgoszczy, *Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne. Informacja o wynikach kontroli*, raport nr 206/2015/P/15/068/LBY.
10. Grzebińska W., Tomaszewska M., Biłska B. et al., *Optymalizacja uwarunkowań wyboru systemu dystrybucji posiłków w żywieniu szpitalnym*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość” 2014; 4 (95): 188–200.
11. Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Krakowie, *Żywienie i utrzymanie czystości w szpitalach publicznych. Informacja o wynikach kontroli*, raport nr 9/2009/P08141/LKR.
12. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, *Stan sanitarny Małopolski*, <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/stan-sanitarny-malopolski> (dostęp: 13.09.2023).
13. Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Łodzi, *Żywienie pacjentów w szpitalach. Informacja o wynikach kontroli*, raport nr 195/2017/P/17/084/LLO.

14. Trafiałek J, Domańska A., Kolanowski W., *Analysis of food safety compliance in Warsaw nurseries*, „Food Control” 2019; 96: 421–431.
15. Kokkinakis E., Kokkinaki A., Kyriakidis G. et al., *HACCP implementation in public hospitals: a survey in Crete, Greece*, „Procedia Food Science” 2011; 1: 1073-1078.
16. Kantowicz E., *System IMFOOD sposobem na realną poprawę żywienia w szpitalu*, <https://impel.pl/blog/system-imfood-sposobem-na-realna-poprawe-zywienia-w-szpitalu/> (dostęp: 13.09.2023).
17. Frankiewicz A., Lelonek B., *Poziom satysfakcji z opieki pielęgniarstwa pacjentów hospitalizowanych w oddziale neurochirurgii*, „Polish Journal of Public Health” 2012; 122 (3): 261–264.
18. Puls Medycyny, *MZ: prace nad projektem rozporządzenia ws. żywienia w szpitalach będą wznowione*, <https://pulsmedycyny.pl/mz-prace-nad-projektem-rozporzadzenia-ws-zywienia-w-szpitalach-beda-wznowione-1185640> (dostęp: 5.07.2023).