



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.008.01.2017  
P/17/084

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze  
ul. Podgórna 9a, 65-213 Zielona Góra  
T +48 68 410 66 00, F +48 68 410 66 39  
[lzg@nik.gov.pl](mailto:lzg@nik.gov.pl)

# I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/084 – Żywnienie pacjentów w szpitalach
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	Zdzisław Szafranski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/126/2017 z dnia 31 sierpnia 2017 r.  Anna Nowakowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/83/2017 z dnia 5 lipca 2017 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli, ul. T. Chałubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól (dalej Szpital, SPZOZ, ZOZ lub Zakład).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pani Bożena Osińska, Dyrektor Szpitala od 18.12.1998 r.  (dowód: akta kontroli str. 300-302)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna<sup>1</sup>

Stosowany przez Szpital system żywienia pacjentów, tj. organizacja sekcji żywienia, zasady żywienia i nadzoru nad tym procesem zapewniały prawidłowe żywienie pacjentów.

Zakład podejmował skuteczne działania na rzecz zapewnienia właściwej jakości zdrowotnej posiłków, wartości odżywczych i energetycznych, odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych w procesie wytwarzania posiłków i ich dystrybucji oraz bezpieczeństwa żywienia. Magazyn żywności, sposób przygotowania, dystrybucja i jakość posiłków (w tym skład, gramatura i temperatura) były w badanym okresie kontrolowane przez kontrole zewnętrzne i wewnętrzne. W przypadkach stwierdzonych uchybień Szpital podejmował skuteczne działania mające na celu ich eliminację.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

### 1. Organizacja żywienia pacjentów w Szpitalu

#### Opis stanu faktycznego

1.1. W zakresie objętym kontrolą NIK wprowadzono do stosowania w Szpitalu następujące dokumenty<sup>2</sup>:

- Księgę systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności. Została ona zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 08.02.2016 r. i jest zgodna z wymogami normy PN-EN ISO 22000:2006<sup>3</sup>;

<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

<sup>2</sup> Dokumenty te wdrażano od 15.02.2016 r.

<sup>3</sup> ISO 22000:2005 – normy zarządzania bezpieczeństwem żywności dla organizacji w łańcuchu żywności. Określają wymagania zarówno krajowe, jak i międzynarodowe dotyczące bezpieczeństwa i jakości żywności. Łączą system HACCP oraz zasady dobrych praktyk (produkcyjnej, higienicznej, dystrybucyjnej itp.). ISO 22000 składa się z czterech kluczowych elementów, które zapewniają bezpieczeństwo, na przestrzeni całego łańcucha żywnościowego: - wzajemną komunikację (wewnętrzną i zewnętrzną), - zarządzanie systemem, - PRP; programy podstawowe (m. in. GMP, GHP), - zasady HACCP.

- 5 procedur: 1) Planowania, weryfikacji i przeglądu systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności<sup>4</sup>, 2) Nadzoru nad wyrobem niezgodnym i wycofanie wyrobu niezgodnego z sekcji żywienia<sup>5</sup>, 3) Komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej<sup>6</sup>, 4) Program warunków wstępnych GMP<sup>7</sup>/GHP<sup>8</sup>, 5) Gotowość na wypadek awarii<sup>9</sup>;
- 21 instrukcji, dotyczących m. in.: działań korekcyjnych, korygujących, monitorowania CCP1-przyjęcie mięsa, wędlin, nabiału, warzyw mrożonych, monitorowania CCP2-monitorowanie parametrów w urządzeniach chłodniczych i magazynach, monitorowania CCP3-monitorowanie parametrów obróbki termicznej i wydawania posiłku na oddziały, higieny wody, dezynfekcji jaj, oceny dostawców.

Dokumenty te wdrażano od 15.02.2016 r. i stosuje się je w celu zapewnienia polityki bezpieczeństwa żywności.

Ponadto SPZOZ posiada wdrożony i udokumentowany System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (HACCP)<sup>10</sup>, ważny na następujące procesy: produkcja i serwowanie posiłków dla pacjentów Szpitala. Zakład posiadał (do 30.09.2016 r.) certyfikat nr 43/QAP/2014<sup>11</sup>, posiada certyfikat systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności<sup>12</sup>, oraz certyfikat zintegrowanego systemu zarządzania – jakość środowisko<sup>13</sup>. W Zakładzie określono politykę bezpieczeństwa żywności. Powołano zespół HACCP. Opracowano opisy produktów, schematy technologiczne i weryfikację schematów, analizy zagrożeń i identyfikacji CCP<sup>14</sup> i oPRP<sup>15</sup>. Przeprowadza się ocenę środków nadzoru. Opracowano plan HACCP oraz plan monitorowania oPRP. Dokonuje się weryfikacji planu HACCP. Określono zasady odpowiedzialności i uprawnień w ramach systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności. Wprowadzono zasady komunikacji wewnętrznej oraz przegląd systemu zarządzania HACCP.

(dowód: akta kontroli str. 390-392, 430-476, 505-509)

1.2. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>16</sup> zapisano, iż w strukturze SPZOZ funkcjonuje sekcja żywienia (w tym: kuchnia ogólna, biuro żywnościowe, kuchnia mleczna), do zadań której należy m.in.: planowanie i realizowanie wyżywienia w

<sup>4</sup> UŻ/P/01.

<sup>5</sup> UŻ/P/02.

<sup>6</sup> UŻ/P/03.

<sup>7</sup> GMP – Zasady Dobrej Praktyki Produkcyjnej – działania, które muszą być przyjęte oraz warunki, które muszą być spełnione, aby produkcja żywności odbywała się w sposób zapewniający bezpieczeństwo żywności, zgodnie z jej przeznaczeniem – definicja wynikająca z art. 3 ust. 3 pkt 9 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2017 r. poz. 149 ze zm.).

<sup>8</sup> GHP – Zasady Dobrej Praktyki Higienicznej - działania, które muszą być przyjęte i warunki higieniczne spełniane i kontrolowane na wszystkich etapach produkcji lub obrotu, aby zapewnić bezpieczeństwo żywności - definicja wynikająca z art. 3 ust. 3 pkt 8 ww. ustawy. Procedura nr UŻ/P/04

<sup>9</sup> UŻ/P/05.

<sup>10</sup> HACCP - System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (hazard analysis and critical control points); postępowanie mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności przez identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń z punktu widzenia wymagań zdrowotnych żywności oraz ryzyka wystąpienia zagrożeń podczas przebiegu wszystkich etapów produkcji i obrotu żywnością i produktami spożywczymi; system ten ma również na celu określenie metod eliminacji lub ograniczania zagrożeń oraz ustalenie działań korygujących – definicja wynikająca z art. 3 ust. 3 pkt 41 ww. ustawy.

<sup>11</sup> Z dnia 22.09.2014 r. potwierdzający, że Szpital posiada wdrożony, udokumentowany System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (system HACCP), ważny na procesy produkcji i serwowania posiłków dla pacjentów Szpitala. Certyfikat był ważny do 30.09.2016 r.

<sup>12</sup> Certyfikat nr Z-122/1/2016 wydany na okres od 05.04.2016 r. do 02.04.2018 r. w zakresie: wytwarzanie i serwowanie gotowych dań i posiłków potwierdzający, że Szpital spełnia wymagania normy PN-EN ISO 22000:2006 na co dowodu dostarczył audit przeprowadzony przez Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A.

<sup>13</sup> Certyfikat nr JS-270/1/2016 wydany na okres od 05.04.2016 r. do 02.04.2018 r. w zakresie m. in. edukacji i promocji zdrowia, profilaktycznych programów zdrowotnych potwierdzający, że Szpital spełnia wymagania normy PN-EN ISO 9001:2009 i PN-EN ISO 14001:2005 na co dowodu dostarczył audit przeprowadzony przez Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A.

<sup>14</sup> CCP – krytyczny punkt kontroli; etap, który można kontrolować i jest to niezbędne w celu zapobiegania lub eliminowania zagrożenia bezpieczeństwa żywności, względnie redukowania go do akceptowalnego poziomu.

<sup>15</sup> oPRP - operational prerequisite programme / operational PRP; Program wstępny (PRP) ustalony w odniesieniu do wyrobu(-ów) lub środowiska procesu w wyniku analizy zagrożeń, jako zasadniczy element panowania nad prawdopodobieństwem wprowadzenia zagrożeń bezpieczeństwa żywności i/lub zanieczyszczenia, względnie intensyfikacji zagrożeń bezpieczeństwa żywności.

<sup>16</sup> Załącznik do zarządzenia Nr 10/2012 Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli z dnia 14.08.2012 r. (ze zm.)

Szpitalu, organizowanie systemu żywienia dietetycznego, organizowanie zaopatrzenia surowcowego, organizowanie pracy w części produkcyjnej i magazynowej, ekspediowanie gotowych posiłków na oddziały, podejmowanie działań mających za zadanie utrzymanie standardu HACCP. Nadzorowanie pracy personelu (m.in. kuchni) należy do kierownika sekcji żywienia, natomiast w zakresie epidemiologii do zadań pielęgniarki epidemiologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 5-10, 27-29)

W badanym okresie następujące komórki organizacyjne ZOZ zajmowały się organizacją procesu żywienia pacjentów: sekcja żywienia, dział zamówień publicznych, księgowość, apteka szpitalna (w zakresie np. żywienia dojelitowego i pozajelitowego).

(dowód: akta kontroli str. 473-476)

**1.3.** Za planowanie żywienia w SPZOZ odpowiadają dietetycy. Przygotowywaniem posiłków zajmuje się kuchnia ogólna. Dostarczaniem posiłków z kuchni do oddziałów Szpitala zajmuje się firma zewnętrzna (Impel). Monitorowaniem stanu odżywienia pacjentów zajmują się pielęgniarki oddziałowe oraz lekarze prowadzący.

(dowód: akta kontroli str. 473-476)

**1.4.** W sekcji żywienia Zakładu na koniec 2015 r. było zatrudnionych 27 osób, na koniec 2016 r. 31 osób, na 30.06.2017 r. 30 osób. Na 30.06.2017 r. 18 osób posiadało wykształcenie średnie, 9 zawodowe, 2 podstawowe, 1 wyższe. W 2015 r. przeprowadzono w sekcji żywienia 5 szkoleń wewnętrznych, m. in. dotyczących zasad GHP, HACCP w zakresie monitorowania CCP, w 2016 r. 19 szkoleń, m. in. dotyczących systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności, identyfikacji CCP1 – przyjęcie towaru, analizy zagrożeń CCP – przyjęcie surowca (mięsa), systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności GMP/GHP oraz HACCP (w tym dotyczące przyczyn sprzyjających zatruciom i zakażeniom pokarmowym, działań korygujących i postępowania z wyrobem niezgodnym), identyfikacji CCP2, krytycznego punktu kontroli CCP3 – rozdział i dystrybucja żywności na oddziały, w 2017 r. (do czasu kontroli NIK) 8 szkoleń, m.in. w zakresie analizy zagrożeń i identyfikacji CCP – przyjęcie surowca (nabiału), analizy schematu technologicznego – posiłki z jaj i na bazie jaj, analizy zagrożeń w procesie przygotowywania posiłków, odpowiedzialności za monitoring i działania korygujące dla CCP i CCP3. Na 2016 i 2017 r. sporządzano plany szkoleń w sekcji żywienia. Szkolenia przeprowadzone w 2016 r. i w I półroczu 2017 r. dotyczące systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności GMP/GHP oraz HACCP zostały zakończone testami dla uczestników – pracowników sekcji żywienia.

W 2015 r. pielęgniarki epidemiologiczne przeprowadziły 4 szkolenia nowo przyjętych pracowników sekcji żywienia, w 2016 r. 9 takich szkoleń, w I półroczu 2017 r. 5 takich szkoleń. Ponadto w 2016 r. pielęgniarka epidemiologiczna przeszkoliła 23 osoby (personel kuchni szpitalnej) w zakresie zagrożeń mikrobiologicznym w dziale żywienia i w 2017 r. 28 osób (personel sekcji żywienia) w tym samym zakresie.

Pracownicy sekcji żywienia brali udział w szkoleniach zewnętrznych. W 2015 r. 28 osób brało udział w szkoleniu dotyczącym normy PN-EN ISO 22000:2006, opracowywania dokumentacji systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności, w 2016 r. w 2 szkoleniach brało udział 30 osób (m. in. 27 osób w szkoleniu dotyczącym higienicznej dezynfekcji rąk), w I półroczu 2017 r. 2 osoby w 2 szkoleniach.

(dowód: akta kontroli str. 11-18, 420-422)

**1.5.** Pracownikom sekcji żywienia obowiązki i uprawnienia określono w zakresach czynności. Pracownicy sekcji żywienia posiadali orzeczenia lekarskie do celów

sanitarno-epidemiologicznych, dopuszczające do kontaktu z żywnością (zaświadczenia, o których mowa w art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia<sup>17</sup>). Analiza zapisów 6 spośród 30 takich orzeczeń<sup>18</sup> wykazała, że wszystkie orzeczenia były aktualne.

(dowód: akta kontroli str. 395-400, 473-476)

**1.6.** Zadania sekcji żywienia zostały określone w statucie ZOZ, regulaminie organizacyjnym, systemie HACCP, księdze systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności. W zakresie wytwarzania i serwowania gotowych posiłków i dań Zakład uzyskał certyfikat wydany na okres od 05.04.2016 r. do 02.04.2018 r.<sup>19</sup>

(dowód: akta kontroli str. 391, 473-476)

**1.7.** W kontrolowanym okresie (2015 r. – 2017 r. do czasu kontroli NIK) dystrybucją posiłków w Szpitalu zajmowała się firma zewnętrzna, tj. firma Impel.

(dowód: akta kontroli str. 473-476)

**1.8.** W całym kontrolowanym okresie Szpital zatrudniał co najmniej jednego dietetyka<sup>20</sup>. Kwalifikacje zatrudnionych podczas niniejszej kontroli NIK dietetyków były zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>21</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 19-29)

Dietetycy układali i bilansowali codzienne posiłki przygotowywane dla pacjentów Szpitala. Udzielali konsultacji i porad żywieniowych pacjentom z różnymi jednostkami chorobowymi przebywającymi na oddziałach Szpitala. Układali indywidualne specjalistyczne diety oraz przykładowe jadłospisy do stosowania przez pacjentów po hospitalizacji szpitalnej.

(dowód: akta kontroli str. 473-476)

**1.9.** Średnia liczba łóżek szpitalnych w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosiła: w 2015 r. 451, w 2016 r. 459, w I półroczu 2017 r. 459.

Na jednego dietetyka (średniorocznie) przypadają następujące liczby łóżek szpitalnych: w 2015 r. 451, od 01.01.2016 r. do 14.04.2016 r. 459, od 15.04.2016 r. do 31.12.2016 r. 229,5, w I półroczu 2017 r. 229,5.

(dowód: akta kontroli str. 19-29, 364-366)

**1.10.** W badanym okresie w SPZOZ hospitalizowano następujące liczby pacjentów: w 2015 r. 21.758, 2016 r. 22.363, w I półroczu 2017 r. 11.735. Średni czas pobytu chorego w Szpitalu (w dniach) wynosił: w 2015 r. 5,20, w 2016 r. 5,20, I półroczu 2017 r. 5,02. Średni czas pobytu chorych w Oddziale Wewnętrznym wynosił: - w 2015 r. 8,30, w 2016 r. 7,38, w I półroczu 2017 r. 8,30. Średni czas pobytu chorych w Oddziale Chirurgii wynosił: w 2015 r. 4,40, w 2016 r. 4,41, w I półroczu 2017 r. 5,20.

(dowód: akta kontroli str. 364-369)

**1.11.** W ZOZ prowadzono ewidencje posiłków wydawanych na poszczególne oddziały Szpitala. W zestawieniach miesięcznych wydanych posiłków

<sup>17</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 149 ze zm.

<sup>18</sup> Na dzień 30.06.2017 r. w sekcji żywienia zatrudnionych było 30 osób.

<sup>19</sup> Certyfikat nr Z-122/1/2016

<sup>20</sup> W 2015 r. SPZOZ zatrudniał jednego dietetyka (kwalifikacje: technikum przemysłu spożywczego, technik analityk środków spożywczych), od 01.01.2016 r. do 14.04.2016 r. jednego dietetyka (kwalifikacje: medyczne studium zawodowe, w zawodzie dietetyk), od 15.04.2016 r. do 31.12.2016 r. dwóch dietetyków (jeden ww., który ukończył medyczne studium zawodowe i jeden który ukończył Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu, Wydział Nauk o Żywności i Żywieniu, specjalność: dietetyk), w I półroczu 2017 r. dwóch ww. dietetyków zatrudnionych w 2016 r.

<sup>21</sup> Dz. U. Nr 151, poz. 896

wyszczególniano śniadanie, obiad, kolację, drugie śniadanie, podwieczorek, posiłek nocny. Prowadzono również miesięczne ewidencje wydanych posiłków profilaktycznych wydawanych uprawnionym pracownikom SPZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 394, 473-476)

**1.12.** Posiłki w Szpitalu otrzymywali pacjenci ujęci w raporcie pn. Zapotrzebowanie żywnościowe. W przypadku nieobecności pacjenta w oddziale podczas wydawania posiłków (np. spowodowanej badaniami) posiłek był zostawiany w oddziale i po przybyciu pacjenta wydawany pacjentowi lub (jeśli był to posiłek na ciepło) był on podgrzewany w kuchence mikrofalowej i wydawany pacjentowi.

(dowód: akta kontroli str. 473-476)

**1.13.** W Szpitalu opracowano i przestrzegano zasad GMP i GHP, tj. opracowano i przestrzegano uregulowań procedury pn. Program warunków wstępnych GMP/GHP.

(dowód: akta kontroli str. 473-476)

Na podstawie ww. procedury sporządzano m.in.:

- arkusze monitorowania zdrowia i higieny pracowników sekcji żywienia, zawierające następujące zapisy: data, godzina, zmiana, liczba pracowników, liczba pracowników dopuszczonych do pracy, imię i nazwisko pracownika wykazującego objawy chorobowe lub nieprzestrzegającego zasad higieny, opis objawów chorobowych lub niezgodności przestrzegania zasad higieny, działania korygujące. Osoby sprawdzające podpisywały arkusze;
- harmonogramy mycia i dezynfekcji pomieszczeń, wyposażenia, maszyn, urządzeń i sprzętu określając rodzaj prac, częstotliwość i zapisywano uwagi na ten temat;
- karty pn. Ocena środków nadzoru, w których wpisywano zagrożenie oraz środek nadzoru (np. zagrożenie: rozwój niebezpiecznych organizmów mikrobiologicznych na skutek niedotrzymania limitów krytycznych, środek nadzoru: procedura CCP2-przechowywanie surowców).

(dowód: akta kontroli str. 388, 423-424)

**1.14.** W Szpitalu wdrożono i przestrzegano zasad systemu HACCP, uzyskując certyfikaty potwierdzające posiadanie wdrożonego i udokumentowanego systemu HACCP<sup>22</sup>.

W dokumencie: Polityka bezpieczeństwa żywności zapisano, iż polityka ta będzie systematycznie nadzorowana w trakcie auditów wewnętrznych oraz przeglądów systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności. W dokumencie: Zakres stosowania systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności zapisano natomiast, iż systemem tym objęto przygotowywanie posiłków na wszystkich etapach produkcji, od przyjęcia surowca do wydania gotowych potraw. Analizuje się zagrożenia biologiczne, chemiczne, fizyczne. Surowce, dozwolone substancje dodatkowe i substancje pomagające w przetwarzaniu, materiały i opakowania używane w procesie produkcji pochodzą od sprawdzonych dostawców.

(dowód: akta kontroli str. 390-392, 401-402, 473-476)

Na podstawie ww. procedur sporządzano np.: - protokoły mycia i dezynfekcji pomieszczeń sekcji żywienia<sup>23</sup> zawierające następujące zapisy: data i godzina, nazwa pomieszczenia (łącznie z maszynami, urządzeniami, sprzętem), nazwa użytego środka i stężenie, podpis osoby wykonującej, wynik weryfikacji czystości, działania korygujące, podpis szefa kuchni, podpis kierownika sekcji żywienia, - protokoły z weryfikacji monitorowania CCP, np. wydawania potraw, przyjęcia surowca (przy przyjęciach surowca sporządzano karty kontroli jakościowej dostaw).

<sup>22</sup> M.in. certyfikat nr 43/QAP/2014, nr Z-122/1/2016 i nr JS-270/1/2016.

<sup>23</sup> UŻ-23

W protokołach zapisywano wnioski i spostrzeżenia z weryfikacji monitorowania CCP.

(dowód: akta kontroli str. 389, 425-429)

**1.15.** Dyrektor Szpitala zarządzeniem z 22.12.2015 r.<sup>24</sup> powołała Zespół HACCP i wyznaczyła zadania dla tego Zespołu. Kierownikiem Zespołu został kierownik sekcji żywienia SPZOZ. W przypadkach wystąpienia problemów zwoływano posiedzenia zespołu HACCP i dyskutowano o jego rozwiązaniu. Dokumentowano posiedzenia tego zespołu w raportach z zebrań zawierających zapisy o listach obecności i podpisy. W raportach z zebrań opisywano problematykę zebrań oraz wnioski i spostrzeżenia zespołu. Przykładowo zapisano, iż przeprowadzono test, który wykazał, że zapewniona została identyfikowalność surowca użytego do przygotowania posiłku (śniadania).

(dowód: akta kontroli str. 403-412, 473-476)

**1.16.** W sekcji żywienia podczas kontroli NIK obowiązywało 5 procedur opisanych powyżej. Ponadto w tej sekcji obowiązywało 21 instrukcji (wprowadzonych w styczniu i lutym 2016 r.), m. in. instrukcje: - działania korekcyjne, korygujące, - monitorowania CCP1-przyjęcie mięsa, wędlin, nabiału, warzyw mrożonych, - monitorowania CCP2-monitorowanie parametrów w urządzeniach chłodniczych i magazynach, - monitorowania CCP3-monitorowanie parametrów obróbki termicznej i wydawania posiłku na oddziały, - higieny wody, - dezynfekcji jaj, - oceny dostawców.

(dowód: akta kontroli str. 30-32)

Pracownicy sekcji żywienia Szpitala zostali przeszkoleni w zakresie obowiązujących 5 ww. procedur, składali podpisy na oświadczeniach o zapoznaniu się z tymi procedurami i zobowiązywali się do ich przestrzegania.

(dowód: akta kontroli str. 430-477)

**1.17.** W kontrolowanym okresie kuchnia Szpitala została zmodernizowana i wyposażona w sprzęt ze stali nierdzewnej. Usunięto wszystkie elementy i akcesoria drewniane. Wyposażono kuchnię w nowoczesny sprzęt stosowany w procesach technologicznych dotyczących przygotowywania żywności, np. zakupiono krajalnice do wędlin, krajalnice do pieczywa, szatkownicę warzyw, kotleciarko-nacinarękę, maszynę do mielenia mięsa. Nad kotłami warzelnianymi zamontowano okapy wyciągowe, wymieniono kanały spustowe przy kotłach warzelnianych. Zmodernizowano wentylację nawiewną. W magazynie żywnościowym dokonano modernizacji komór chłodniczych (nabiałowej, mięsnej, dobowej<sup>25</sup>) montując nowoczesne urządzenia sterujące. W magazynie owoców i warzyw zamontowano urządzenie umożliwiające utrzymywanie stałej temperatury i wilgotności pomieszczeń tego magazynu.

(dowód: akta kontroli str. 473-476)

W sprawozdaniu z 21.12.2016 r. podsumowującym działania sekcji żywienia Szpitala w 2016 r. adresowanym do pełnomocnika ds. jakości, kierownik sekcji żywienia zapisała m. in., że w 2016 r. zakupiono nowoczesny program dietetyczny Aliant w celu obliczania kaloryczności specjalistycznych diet dla chorych. Wprowadzono dwuskładnikowe posiłki (przy śniadaniach i kolacjach), aby podwyższyć zadowolenie oraz urozmaicić posiłki. Zwiększono podaż ryb. Zwiększono ilość dodawanych świeżych owoców i warzyw. Cele i założenia na 2016 r. zostały wykonane w całości i zgodnie z wymogami Systemu ISO 22000:2006.

<sup>24</sup> Zarządzenie nr 196/2015 Dyrektora Szpitala z 22.12.2015 r. w sprawie powołania Zespołu HACCP oraz Kierownika Zespołu HACCP.

<sup>25</sup> Komora chłodnicza, w której przechowywana jest żywność wykorzystywana do bieżącego przygotowywania posiłków.

Sporządzano raporty z kontroli wewnętrznej, której celem było potwierdzenie zgodności przestrzegania w Szpitalu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP) i dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), prawidłowości działań związanych z wdrażaniem zasad systemu HACCP, warunków i sposobu wprowadzania żywności do obrotu, w tym transportu i przechowywania. W raportach wpisywano wnioski i spostrzeżenia, określano działania korygujące i zapobiegawcze oraz potwierdzenie realizacji tych działań z podpisami osób odpowiedzialnych za ich realizację i osób odpowiedzialnych za nadzór.

(dowód: akta kontroli str. 393, 413-419)

W toku kontroli w trybie art. 12 pkt 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>26</sup> (ustawy o NIK), Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp. (WSSE) przeprowadziła w Szpitalu kontrolę, którą objęto sekcję żywienia Szpitala (w zakresie oceny warunków sanitarno-higienicznych kuchni i jej wyposażenia oraz magazynów produktów żywnościowych). Podczas ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 131-142, 382)

**1.18.** W 2015 r. w SPZOZ przeprowadzono 21 postępowań i zawarto umowy na dostawę żywności do Szpitala, w 2016 r. 17 takich postępowań, w I półroczu 2017 r. 3 takie postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 303-309)

Kontrolą NIK objęto dwa zamówienia publiczne na dostawy produktów żywnościowych: 1) zamówienie na dostawę wędlin, 2) zamówienie o najwyższej wartości.

Analiza przedmiotowej dokumentacji wykazała, że:

Ad 1) Zamówienie na dostawę wędlin, przeprowadzone w trybie przetargu nieograniczonego<sup>27</sup>, zakończone zawarciem umowy z dnia 09.01.2017 r. o wartości brutto 66.150 zł<sup>28</sup>.

Wykonawcę wybrano na podstawie kryteriów oceny ofert określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ), a jego oferta<sup>29</sup> odpowiadała treści SIWZ. Opis przedmiotu zamówienia sporządzony został w sposób jednoznaczny oraz wyczerpujący, za pomocą dokładnych i zrozumiałych określeń. W zapisach SIWZ przewidziano możliwość dostawy produktów równoważnych<sup>30</sup> i opisano oczekiwania wobec zamawianych produktów. W pakiecie żywności nr 3 wyszczególniono 18 pozycji zamawianych wędlin, z tego 11 pozycji dotyczyło wędlin drobiowych (np. wymagano dostaw parówek drobiowych zawierających minimum 90% mięsa drobiowego na 100 g produktu netto, bez fosforanów i glutamianu).

(dowód: akta kontroli str. 199-204, 564-602)

Ad 2) Zamówienie na dostawę o najwyższej wartości, przeprowadzone w trybie przetargu nieograniczonego<sup>31</sup>, zakończone zawarciem umowy z 13.12.2016 r. o wartości brutto 124.340,33 zł<sup>32</sup>.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 524.

<sup>27</sup> Postępowanie nr DZP-280-112/2016.

<sup>28</sup> Umowa nr DZP-280-112/4/2016/2017 na dostawę pakietu żywności nr 3 - Sukcesywna dostawa wędlin na potrzeby sekcji żywienia Szpitala.

<sup>29</sup> Oraz załączone dokumenty, tj. m. in. specyfikacje każdego produktu, Handlowy Dokument Identyfikacyjny (HDI), dokument potwierdzający stosowanie systemu HACCP, oświadczenie, że wszystkie produkty są oznakowane zgodnie z aktualnym rozporządzeniem w sprawie znakowania środków spożywczych, oświadczenie potwierdzające posiadanie aktualnego rejestru czystości samochodu dostawczego potwierdzającego mycie i dezynfekcję pojazdu oraz aktualną książeczkę zdrowia kierowcy, wykazy środków transportu dopuszczonych do przewozu żywności, wykaz samochodów typu mroźnia, chłodnia-mroźnia przystosowanych do przewozu żywności.

<sup>30</sup> tj. przedstawiających opis przedmiotu zamówienia o takich samych parametrach lub zbliżonych do tych, jakie zostały określone w specyfikacji, lecz oznaczoną innym znakiem towarowym, patentem lub pochodzeniem.

<sup>31</sup> Postępowanie nr DZP-280-102/2016.



Wykonawcę wybrano na podstawie kryteriów oceny ofert określonych w SIWZ, a jego oferta<sup>33</sup> odpowiadała treści SIWZ. Wykonawca spełniał warunki udziału w postępowaniu określone w SIWZ. Opis przedmiotu zamówienia sporządzony został prawidłowo, m.in. przy opisie przedmiotu zamówienia nie stosowano produktów nazw handlowych i innych oznaczeń, które mogłyby charakteryzować produkty dostarczane przez konkretnego wykonawcę. W SIWZ przewidziano możliwość dostawy produktów równoważnych, opisano oczekiwania wobec zamawianych produktów. Zawarto wymagania np. dla budyni (bez zawartości glutaminianu sodu i sztucznych barwników), dla dżemów (z kawałkami owoców, konsystencja gęsta, niskosłodzone - 6% cukru w 100 g, owoce minimum 40%). Wymagano dostaw w godzinach przedpołudniowych 2 razy w tygodniu od godz. 7.00 do 9.00 rano, oznakowania produktów zgodnie z aktualnym rozporządzeniem w sprawie znakowania środków spożywczych, specyfikacji każdego produktu – po wyborze oferty, certyfikatów BRC<sup>34</sup> i IFS<sup>35</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 510-563)

**1.19.** Umowy na dostawę produktów żywnościowych opisane powyżej: - były zgodne z SIWZ, - zawierały szczegółowe zapisy dotyczące jakości produktów, zasad ich transportu, reklamacji, - określały zasady nadzoru nad realizacją dostaw, - określały kary z tytułu nienależytego wykonania umowy przez dostawcę. W związku z prawidłową realizacją dostaw kary umowne z tytułu realizacji 2 ww. umów nie były naliczane.

(dowód: akta kontroli str.191-193, 199-205, 534-539)

**1.20.** Średni dzienny koszt wyżywienia pacjenta w Szpitalu wynosił: w 2015 r. 16,86 zł (w tym 7,68 zł wynosił średni dzienny koszt produktów żywnościowych – tzw. wsad do kotła), w 2016 r. odpowiednio 16,61 zł (9,09 zł), w I półroczu 2017 r. odpowiednio 17,95 zł (8,60 zł).

(dowód: akta kontroli str. 370)

**1.21.** Szpital w latach 2015-2017 kontynuował działania zmierzające do zmniejszenia kosztów ponoszonych na wyżywienie pacjentów, jednak nie powodujących obniżenia jakości tej działalności. Głównie działania te polegały na zawieraniu umów na dostawy określonych produktów żywnościowych (w szczególności tych, których ceny podlegają wahaniom sezonowym) na takie okresy, w których produkty te można było zakupić po jak najkorzystniejszych cenach.

(dowód: akta kontroli str. 370)

**1.22.** Wyżywienie pacjentów Szpitala w latach 2015-2017 było finansowane wyłącznie ze środków finansowych uzyskiwanych z Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach realizowanych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 370)

**1.23.** Prowadzony w Szpitalu sposób ewidencji kosztów umożliwiał pełną analizę kosztów żywienia pacjentów. W systemie finansowo-księgowym ewidencjonowano pełne koszty funkcjonowania kuchni szpitalnej wraz z przynależnymi do niej kosztami pośrednimi jednostek usługowych (np. kotłownia, służby techniczne). W księgach pomocniczych Szpitala (w systemie gospodarki materiałowej)

<sup>32</sup> Umowa nr DZP-280-102/250/2016 z 13.12.2016 r. na dostawę pakietów żywności: nr 1 na artykuły ogólnospożywcze, nr 3 na artykuły spożywcze.

<sup>33</sup> Oraz załączone dokumenty, tj. m. in. dokument potwierdzający stosowanie systemu HACCP, oświadczenie potwierdzające posiadanie aktualnego rejestru czystości samochodu dostawczego potwierdzającego mycie i dezynfekcje pojazdu oraz aktualną książeczkę zdrowia kierowcy, wykazy środków transportu dopuszczonych do przewozu żywności.

<sup>34</sup> Międzynarodowy standard bezpieczeństwa żywności. Uzyskanie przez firmę certyfikatu BRC dla całej marki produktów lub dla konkretnego produktu marki to gwarancja, że dany produkt pomyślnie przeszedł specjalistyczne testy i inspekcje, jest wysokiej jakości i jest bezpieczny dla konsumentów.

<sup>35</sup> Międzynarodowy standard bezpieczeństwa żywności.

ewidencjonowano przychody i rozchody produktów żywnościowych według cen ich zakupu.

(dowód: akta kontroli str. 370)

**1.24.** Uprawnieni pracownicy Szpitala (pracownicy zatrudnieni w warunkach szczególnie uciążliwych) otrzymywali bezpłatne wyżywienie na zasadach określonych w przepisach o bezpieczeństwie i higienie pracy. Na podstawie zapotrzebowań składanych przez kierowników kuchni, kotłowni oraz działu administracyjno-gospodarczego Szpital dokonywał zakupów odpowiednich produktów żywnościowych dla uprawnionych pracowników Szpitala. Koszty posiłków regeneracyjnych wydawanych bezpłatnie pracownikom Szpitala w całości pokrywane były z przychodów uzyskiwanych z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach umów z NFZ. Koszty ponoszone przez Szpital na wydawane pracownikom posiłki regeneracyjne wynosiły: w 2015 r. 4.073,06 zł, w 2016 r. 6.577,07 zł, w I półroczu 2017 r. 2.911,89 zł.

Pracownicy Szpitala mogli korzystać z posiłków serwowanych w Szpitalu odpłatnie.

(dowód: akta kontroli str. 370)

W Regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>36</sup> zapisano, iż w strukturze SPZOZ funkcjonuje sekcja żywienia (w tym: - kuchnia ogólna, - biuro żywnościowe, - kuchnia mleczna). W Księdze systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności (zatwierdzonej przez Dyrektora Szpitala 08.02.2016 r.) zapisano, iż w strukturze SPZOZ funkcjonuje sekcja żywienia (w tym: - kuchnia ogólna, - biuro żywnościowe, - kuchnia dietetyczna). W strukturze Szpitala faktycznie funkcjonowała kuchnia przygotowująca posiłki dietetyczne dla pacjentów.

Uwaga dotycząca badanej działalności

Dokumenty organizacyjne Szpitala powinny być ze sobą spójne, w tym powinno się zachować zgodność zapisów regulaminu organizacyjnego i innych dokumentów wprowadzanych do stosowania w Szpitalu, w szczególności w zakresie struktury organizacyjnej Zakładu.

(dowód: akta kontroli str. 5-10, 430-476)

Kierownik sekcji żywienia Szpitala wyjaśniła, że niezgodność powyższa wynika z przeoczenia, oraz że podczas niniejszej kontroli NIK wystąpiła do Dyrektora Szpitala z pismem o dokonanie zmian w zapisach Regulaminu organizacyjnego Szpitala w tym zakresie. Dyrektor wyraziła na to zgodę. Przygotowywany jest projekt zarządzenia Dyrektora Zakładu w tej sprawie. W regulaminie organizacyjnym Szpitala wprowadzi się zmianę polegającą na tym, że w strukturze sekcji żywienia wyodrębni się kuchnię dietetyczną i zostaną wykreślone zapisy dotyczące kuchni mlecznej.

(dowód: akta kontroli str. 489-493)

Dyrektor Szpitala potwierdziła powyższe i zadeklarowała wprowadzenie zmian zapisów Regulaminu organizacyjnego Szpitala w tym zakresie od końca września lub początku października br.

(dowód: akta kontroli str. 494)

Ocena cząstkowa

Poprzez właściwą organizację procesu żywienia pacjentów zapewniono odpowiednią jakość i bezpieczeństwo przygotowywanych posiłków. Zatrudniano odpowiednią do potrzeb żywienia w Szpitalu liczbę personelu w sekcji żywienia. Personel posiadał odpowiednie kwalifikacje, wdrożono i przestrzegano zasady systemu HACCP oraz ISO 22000:2006. Prawidłowo wybierano wykonawców zamówień na dostawy produktów spożywczych. Wykonawcy prawidłowo realizowali

<sup>36</sup> Załącznik do zarządzenia Nr 10/2012 Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli z dnia 14.08.2012 r. (ze zm.)

umowy dotyczące dostaw do Szpitala produktów żywnościowych, a Zakład skutecznie nadzorował jakość dostaw i ich zgodność z umowami.

## **2. Przygotowanie i dystrybucja posiłków oraz jakość żywienia, w tym jego wartości odżywcze i adekwatność do potrzeb pacjentów**

Opis stanu  
faktycznego

**2.1.** Oceny stanu odżywienia pacjentów były dokonywane przez lekarzy przyjmujących pacjentów do Szpitala. Na podstawie wywiadu lekarz wypełniał zlecenie na karcie zleceń. Oddziały Szpitala wypełniały druk pn. Zapotrzebowanie żywnościowe, na którym wpisywano rodzaje diet dla przyjmowanych pacjentów. Zapotrzebowanie żywnościowe było sporządzane na podstawie druku pn. Zestawienie dzienne oddziału, w którym wyszczególniano ruch chorych, łóżka na danym oddziale i ruch chorych wg nazwisk. Stosownie do treści § 6 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>37</sup>, na oddziałach szpitalnych prowadzono formularze przesiewowej oceny ryzyka związanego z niedożywieniem wypełniane przez lekarzy prowadzących i członka zespołu żywienia w przypadku zakwalifikowania do leczenia żywieniowego. Pacjenci wypisywani ze Szpitala otrzymywali w sytuacjach tego wymagających zalecenia dietetyczne, np. w przypadku schorzeń wątroby, osteoporozy, dny moczanowej, niewydolności serca, oparzeń, oraz opis diet (np. opis diety bogatobiałkowej).

(dowód: akta kontroli str. 33-34, 310-326)

Badanie w zakresie stanu odżywienia pacjentów Szpitala przeprowadzono na próbie 10 historii choroby z każdego roku objętego kontrolą NIK<sup>38</sup>.

Analiza wykazała, że we wszystkich historiach chorób osób dorosłych znajdowały się formularze NRS 2002<sup>39</sup>, a w przypadkach Oddziału Pediatrycznego znajdowały się formularze przesiewowej oceny stanu odżywienia dzieci i młodzieży (tzw. siatki wzrastania) z zapisami, że nie planuje się leczenia żywieniowego (w żadnym przypadku suma punktów w formularzu nie przekraczała 3<sup>40</sup>). W dokumentacjach znajdowały się zapisy o stosowanym w Szpitalu żywieniu. W badanych historiach choroby brak było stwierdzenia niedożywienia u pacjentów i/lub alergii i nietolerancji pokarmowych. W kartach informacyjnych leczenia szpitalnego wydawanych pacjentom w uzasadnionych przypadkach zamieszczano zapisy na temat diet i wskazań (zaleceń) żywieniowych. Pacjentkom np. Oddziału Położniczo-Ginekologicznego po wypisaniu ze Szpitala wręczano druki informacyjne zawierające m. in. zapisy dotyczące sposobu odżywiania.

(dowód: akta kontroli str. 495-501)

**2.2.** W Szpitalu w kontrolowanym okresie stosowano w żywieniu szpitalnym ogółem 38 rodzajów diet. Nazwy diet były zgodne z nazwami określonymi w systemie HACCP. Dla stosowanych w szpitalu diet określono ich charakterystykę (m. in. wykaz produktów dozwolonych, dozwolonych w umiarkowanych ilościach oraz przeciwwskazanych) i uwagi technologiczne. O rodzaju stosowanych diet decydowali lekarze. Sekcja żywienia dysponowała podczas niniejszej kontroli NIK 137 recepturami na poszczególne dania i potrawy, np. na dania mięsne, jarskie,

<sup>37</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 694 ze zm.

<sup>38</sup> Łącznie na próbie 30 historii choroby, tj. do analizy wybrano co 10 numer historii choroby ze stycznia 2015 r., ze stycznia 2016 r. oraz ze stycznia 2017 r.

<sup>39</sup> Nutritional Risk Screening - Formularz Przesiewowej Oceny Ryzyka Związanego z Niedożywieniem.

<sup>40</sup> Stosowano leczenie zachowawcze, powtarzano badania po upływie tygodnia lub kolejnych tygodni (badania dokumentowano sporządzeniem kolejnego lub kolejnych formularzy NRS 2002)

desery, napoje, zupy (w tym na wprowadzoną sezonowo od 01.06.2017 r. zupę botwinkę z ziemniakami).

W czerwcu 2017 r. na Oddziale Wewnętrznym wydano 1.058 śniadań, 1.063 obiadów i 1.089 kolacji, natomiast na Oddziale Chirurgii odpowiednio 796, 780 i 783 (w żywieniu pacjentów stosowano diety podstawowe, lekkostrawne, cukrzycowe i inne diety wynikające z diety podstawowej). Na przykład na Oddziale Wewnętrznym 28.06.2017 r. wydano 38 śniadań, w tym stosowano następujące diety dla następującej liczby pacjentów: ubogoresztkowa (1), płynna wysokobiałkowa (2), cukrzycowa (1), kleik (2), płynna bezmleczna (2), płynna (7), zmiksowana bezmleczna (1), trzustkowa (1), wysokobiałkowa (5), ścisła (11), podstawowa (5).

(dowód: akta kontroli str. 35-39, 325-326, 361-363, 361-363)

**2.3.** W kontrolowanym okresie w Szpitalu nie dokonywano modyfikowania diet.

(dowód: akta kontroli str. 325-326)

Kierownik sekcji żywienia Szpitala wyjaśniła m. in., powyższe wynika z tego, że diety były dobrze skomponowane i nie było potrzeby dokonywać ich zmian. Nie mieliśmy sygnałów i próśb od pracowników Szpitala (lekarzy, pielęgniarek), aby zmodyfikować diety, gdyż np. nie służą one pacjentom.

(dowód: akta kontroli str. 489-493)

**2.4.** W 2015 r. planowaniem jadłospisów zajmowała się dietetyk (podczas przeprowadzania niniejszej kontroli NIK kierownik sekcji żywienia Szpitala), natomiast w 2016 r. i 2017 r. do czasu niniejszej kontroli NIK jadłospisy planowały dwie inne osoby – pracownicy Szpitala zatrudnione na stanowiskach dietetyka.

Jadłospisy planowano w oparciu o normy żywienia zawarte w publikacji: *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*<sup>41</sup>. Do opracowywania diet Szpital wykorzystywał w 2015 r. oraz do maja 2016 r. program komputerowy *Dietetyk* wersja 2.0, natomiast w 2016 r. (od czerwca) i w 2017 r. program komputerowy *Aliant - profesjonalny kalkulator dietetyczny*. W Szpitalu przyjęto (wg ww. publikacji: *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*) normy dla następującego pacjenta wzorcowego: płeć - mężczyzna, wiek 66-75 lat, waga 80 kg, kaloryczność dzienna posiłków 2.200 kcal (proporcje posiłków: tłuszcze 25-30%, białka 12-15%, węglowodany 55-60%). Normy te określały zbliżone wartości produktów, tj. takie, jakie są zawarte na etykietach produktów. Jadłospisy dla poszczególnych diet planowano na dekady (okresy 10 dniowe). Pomocniczo w żywieniu pacjentów ZOZ stosowano zasady zawarte w publikacji: *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalu*<sup>42</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 40-41, 325-326, 383-387)

**2.5.** W produktach gotowych, takich jak: ser, dżem, majonez, masło, margaryna, śmietana, jogurt, olej itp., karty produktów uzyskano od bezpośrednich producentów. Natomiast specyfikacje takich wyrobów jak np. wędliny zostały określone przez sekcję żywienia Szpitala - wymogi te wynikają z normy ISO 22000:2006 (norma ww. określa m. in. zawartość procentową mięsa w wędlinach). W kontrolowanym okresie nie dokonywano zmian w kartach produktów.

(dowód: akta kontroli str. 325-326)

Kierownik sekcji żywienia wyjaśniła, że zapisy w kartach produktów są dokonywane przez producenta. Przyjmujemy zatem dane wykazane w tych kartach przez producenta. Jednak planując żywienie stosujemy zasady HACCP oraz program

<sup>41</sup> Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Mirosława Jarosza, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2012 r.

<sup>42</sup> Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalu, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Mirosława Jarosza, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2011 r.

Aliant i określamy kaloryczność przygotowywanych posiłków w oparciu o te zasady. Zawsze pod koniec dekady (okresu 10-dniowego) bilansujemy kaloryczność posiłków i ich skład. Przygotowywane posiłki zawsze zawierają odpowiednią kaloryczność, a co najważniejsze prawidłowe proporcje białka, węglowodanów i tłuszczu.

(dowód: akta kontroli str. 489-493)

**2.6.** Za przygotowywanie posiłków dla pacjentów odpowiedzialna była sekcja żywienia Szpitala. Dystrybucją posiłków na poszczególne oddziały zajmowała się firma zewnętrzna (Impel). Dla przygotowywanych posiłków oraz ich wydawania określono schematy technologiczne (w Szpitalu obowiązywało 12 takich schematów, np. schematy dotyczące przygotowywania: sałatek, surówek, zup zagęszczanych, zup z mrożonek, mięs smażonych) i przestrzegano procedur obowiązujących w tym zakresie (schematy były zgodne z zasadami systemu HACCP i normą ISO 22000:2006).

(dowód: akta kontroli str. 42-53, 325-326)

Podczas kontroli NIK przeprowadzono oględziny dotyczące wydawania śniadań dla pacjentów 3 oddziałów i obiadów dla pacjentów 3 oddziałów Szpitala, tj. przeprowadzono oględziny dotyczące wydawania posiłków z kuchni, ich transportu na oddziały i dystrybucji na oddziałach.

Właściwą temperaturę posiłków zapewniono stosując podczas transportu i wydawania w oddziałach ich podgrzewanie w wózkach bemaowych<sup>43</sup>. Każdy ostatni pacjent otrzymujący posiłek na danym oddziale (śniadanie, obiad) miał zapewnioną wymaganą temperaturę tego posiłku. W trakcie wydawania posiłków zachowywano zasady higieny. Zapewniono właściwą kolejność dystrybucji posiłków na oddziałach. Pacjenci niesamodzielni w zakresie spożywania posiłków mieli zapewnioną pomoc w tym zakresie pielęgniarek lub opiekunek. Serwowane posiłki były estetycznie podane. W trakcie oględzin z posiłków nie korzystały osoby będące na diecie bezglutenowej. W dniu oględzin pacjenci posiadali dostęp do aktualnego jadłospisu (jadłospis wywieszono na tablicach ogłoszeń oddziałów). W jadłospisie z dnia oględzin zawarto informacje dotyczące alergenów obecnych w gotowych potrawach. W toku oględzin nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 478-488)

**2.7.** W jadłospisie z okresu wcześniejszego, np. w jadłospisie z 05.09.2017 r. nie wykazano alergenów, które mogą wystąpić przykładowo w budyniu o smaku śmietankowym podawanym na drugie śniadanie dzieciom oraz pacjentkom na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i na patologii ciąży (gluten, seler, gorczyca). Z karty tego produktu, tj. budyniu o smaku śmietankowym wynikało, że w zakładzie produkcyjnym wykorzystuje się alergeny: zboża zawierające gluten, seler, gorczyca i produkt (budyń śmietankowy) może zawierać ich śladowe ilości.

(dowód: akta kontroli str. 54-56, 249, 358).

Kierownik sekcji żywienia Szpitala wyjaśniła, że podczas kontroli NIK wprowadzono zmianę w procedurze dotyczącej informowania pacjentów o alergenach zawartych w posiłkach. Podawaliśmy zawsze w jadłospisach dane o alergenach występujących w posiłkach (w kuchni szpitalnej znajduje się wykaz alergenów nie stosowanych w Szpitalu). W jadłospisach nie były wyszczególniane natomiast alergeny, jeśli na etykiecie produktu zapisano, iż produkt może zawierać śladowe ilości tych alergenów, lub w przypadku gdy producent na etykiecie produktu zapisał, że dany

<sup>43</sup> Bema - rodzaj podgrzewacza (zwykle w postaci wózka), do którego wkłada się naczynia z potrawami. Bema wykorzystywane w Szpitalu posiadają przyłącza elektryczne, dzięki czemu mogą przez dłuższy czas utrzymywać ciepło i podgrzewać potrawy.

produkt może zawierać dany alergen. W jadłospisach podajemy już wszystkie alergeny występujące, lub które mogą wystąpić w posiłkach serwowanych pacjentom.

(dowód: akta kontroli str. 489-493).

Powyższe zmiany w treściach zapisów zamieszczanych w jadłospisach wprowadzono na posiedzeniu zespołu HACCP w dniu 19.09.2017 r. do stosowania od tego dnia.

(dowód: akta kontroli str. 493).

**2.8.** W toku kontroli NIK w trybie art. 12 pkt 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>44</sup> zlecono WSSE w Gorzowie Wlkp. przeprowadzenie w Szpitalu kontroli doraźnej w zakresie oceny żywienia pacjentów. Ocenie zostały poddane dwa 10-dniowe jadłospisy obejmujące okres od 03.06.2017 r. do 12.06.2017 r. oraz okres od 13.06.2017 r. do 22.06.2017 r.

W podsumowaniu dwóch ww. ocen jadłospisów zapisano, iż wyżywienie pacjentów w Szpitalu było bardzo dobrze zbilansowane i zawierało wszystkie niezbędne wartości odżywcze. W jadłospisach (śniadaniach, obiadach, kolacjach) ujęta była podaż pełnowartościowego białka zwierzęcego. Mięso i wędliny były w większości wyrobami drobiowymi. Źródłem węglowodanów złożonych w śniadaniach i kolacjach był chleb pszenny i razowy. Obiad składał się zupy, drugiego dania i kompotu (od 10 do 100 g na osobę). Produkty stanowiące składniki obiadu były urozmaicone i były to przemiennie podawane ziemniaki, kasza, makaron itp. Do prawie każdego posiłku dodawano warzywa i owoce, przeważnie w postaci surowej. Do przygotowywania potraw wykorzystywano ryby świeże morskie, tj. mintaja, który zawiera dużo lekkostrawnego pełnowartościowego białka i nienasycone kwasy tłuszczowe, które są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu oraz cechuje się niską zawartością metali ciężkich. Było to zgodne z zasadami zdrowego żywienia, stanowiącymi, iż należy co najmniej raz w ciągu dekady podać porcję ryby. Podczas przygotowywania posiłków stosowano duszenie, gotowanie, pieczenie oraz smażenie. Pacjenci mieli zapewnioną dostateczną ilość płynów.

Kontrola przeprowadzona przez WSSE nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 41, 371-381)

**2.9.** Przeprowadzone podczas kontroli NIK oględziny 20 produktów przechowywanych w magazynach żywnościowych Szpitala wykazały, że produkty te były prawidłowo oznakowane, przyjęte do magazynów i przechowywane. Nie upłynął termin przydatności do spożycia żadnego produktu.

(dowód: akta kontroli str. 327-360)

Analiza NIK wykazała, że występują różnice pomiędzy informacjami zawartymi na etykietach produktów, a danymi zawartymi w programie Aliant i kartach charakterystyk programu HACCP w zakresie kaloryczności produktów, oraz proporcji białka, węglowodanów i tłuszczu w jadłospisach i dietach stosowanych w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 327-360)

Kierownik sekcji żywienia Szpitala wyjaśniła, że różnice pomiędzy informacjami zawartymi na etykietach produktów poszczególnych producentów różnią się od informacji zawartych w programie Aliant, jak i kartach charakterystyki HACCP. Może to wynikać z metody użytej do określenia całkowitej energii zawartej w produkcie (surowcu), tzw. energii brutto. Do określania kaloryczności oraz składu białka, tłuszczu i węglowodanów oraz składników mineralnych służą dwie metody: -

---

<sup>44</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 524.

spalanie próbki w tzw. bombie kalorymetrycznej, - całkowite utlenienie próbki (metoda Rozental). Różnice pomiędzy informacjami zawartymi na etykietach, a informacjami zawartymi w programie Aliant i na kartach HACCP mogą wynikać z tego, że Szpital nie zna dokładnej receptury danego produktu. Informacje podawane przez producenta na etykietach produktu są liczbami uśrednionymi. Ponadto duże znaczenie dla produktu ma sposób jego przechowywania, nasłonecznienie oraz gleba. Ustalenie energii zawartej w żywności jest procesem skomplikowanym. Producenci obliczają ją badając skład chemiczny pokarmu lub wyznaczają ją na podstawie specjalnych tabel i mnożą przez współczynnik energetyczny. Średnio jest to 4 kcal dla 1 g białek i węglowodanów oraz 9 kcal dla 1 g tłuszczu. Producenci zamieszczający informacje na etykietach swoich produktów używają różnych współczynników przy zamianie jednostek – dotyczy to zamiany 1 kilokalorii na 1 kilodżul. Przyjmowana jednostka SI wg literatury, tj. Dietetyka –żywnie człowieka zdrowego i chorego, Heleny Ciborowskiej: 1 kcal to 4,184 kJ, a producenci przyjmują nawet zaokrąglenie tej liczby do 4,2 kJ. Używany przez Szpital program Aliant przyjmuje przy zamianie kcal na kJ prawidłową wielkość, tj. współczynnik 4,18. Ponadto wyjaśniam, że różnice pomiędzy informacjami zawartymi na etykietach produktów, a danymi zawartymi w programie Aliant i kartach charakterystyk programu HACCP w przeważającej większości są niewielkie. Zawsze pod koniec dekady mamy zachowaną kaloryczność posiłków i udział w nich prawidłowych proporcji białka, węglowodanów i tłuszczu.

(dowód: akta kontroli str. 489-493)

**2.10.** W badanym okresie w Szpitalu nie występowały przypadki zwrotów nieskonsumowanej żywności. Odpady pokonsumpcyjne były m. in. utylizowane w spalarni szpitalnej na podstawie instrukcji postępowania z odpadami.

(dowód: akta kontroli str. 325-326)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

#### Ocena cząstkowa

Oferowane przez Szpital posiłki były bezpieczne dla zdrowia, o wysokiej jakości odżywczej, właściwie zbilansowane i adekwatne do stanu zdrowia pacjentów. W SPZOZ zapewniono odpowiednią (zgodną z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia) wartość odżywczą i energetyczną posiłków. Zakład stosował jednolite dane w zakresie składu, kaloryczności i wartości odżywczych produktów w poszczególnych elementach stosowanego systemu żywienia pacjentów. Prawidłowo przyjmowano produkty spożywcze do magazynu. Zapewniono zgodność danych ujętych na etykietach produktów z wymogami umowy, przestrzegano procedur systemu HACCP. Stan sanitarno-higieniczny sekcji żywienia, warunki transportu i dystrybucji posiłków były prawidłowe.

### 3. Nadzór nad żywieniem pacjentów w Szpitalu

Opis stanu  
faktycznego

**3.1.** W kontrolowanym okresie WSSE w Gorzowie Wlkp. oraz Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Nowej Soli kontrolowały w Szpitalu przydatność wody do spożycia przez ludzi. Woda pobierana z własnego ujęcia wody i wykorzystywana do przygotowywania posiłków każdorazowo spełniała wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29.03.2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi<sup>45</sup>, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 13.11.2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi<sup>46</sup>.

<sup>45</sup> Dz. U. Nr 61, poz. 417 ze zm.

<sup>46</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 1989

(dowód: akta kontroli str. 325-326)

W 2015 r. WSSE prowadziła w Szpitalu kontrole sanitarne (bloku żywienia oraz kuchni niemowlęcej), sporządzając i przedstawiając Dyrektorowi Szpitala 2 protokoły kontroli. W protokole z kontroli bloku żywienia zapisano, iż zakres przedmiotowy kontroli obejmował kontrolę kompleksową obiektu wraz ze sporządzeniem arkusza oceny Zakładu w zakresie oceny stanu sanitarnego kuchni centralnej wraz z zapleczem, kuchenek oddziałowych oraz wprowadzenia systemów gwarantujących bezpieczeństwo żywności (GHP/GMP, HACCAP), a także ocenę sposobu żywienia pacjentów. W protokole zapisano, iż podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości. W protokole z kontroli kuchni niemowlęcej zapisano, iż zakres przedmiotowy kontroli obejmował kontrolę kompleksową obiektu wraz ze sporządzeniem arkusza oceny zakładu w zakresie oceny stanu sanitarnego kuchni niemowlęcej oraz wprowadzenia systemów gwarantujących bezpieczeństwo żywności (GHP/GMP, HACCAP). W protokole zapisano, iż podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 80-95)

W 2016 r. WSSE prowadziła w Szpitalu kontrole sanitarne (bloku żywienia oraz kuchni niemowlęcej), sporządzając i przedstawiając Dyrektorowi Szpitala 2 protokoły kontroli. W protokole z kontroli bloku żywienia zapisano, iż stwierdzono jedną nieprawidłowość polegającą na wystąpieniu ubytków płytek podłogowych przy kotłach w kuchni właściwej (przy stanowisku kotłów warzelnych), co stanowiło naruszenie przepisów rozporządzenia (WE) nr 852/2004 z dnia 30.04.2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych<sup>47</sup>. Szpital został zobowiązany do poinformowania do końca grudnia 2016 r. WSSE o zakończeniu zaplanowanych prac remontowych w tym zakresie. Pismem z 14.11.2016 r. poinformowano WSSE m. in. o uzupełnieniu ubytków płytek podłogowych. WSSE pismem z 12.05.2016 r. poinformowała Szpital, że podczas przedmiotowej kontroli bloku żywienia oceniano jadłospisy pod względem urozmaicenia i doboru różnorodnych produktów spożywczych. Według oceny WSSE nie budziły one zastrzeżeń. W protokole z kontroli kuchni niemowlęcej zapisano, iż podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 96-112)

W 2017 r. WSSE prowadziła w Szpitalu kontrole sanitarne (bloku żywienia oraz kuchni niemowlęcej). Dyrektor Szpitala otrzymał 2 protokoły z tych kontroli. Podczas ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 113-130)

W kontrolowanym okresie w Szpitalu przeprowadzono mikrobiologiczne kontrole środowiska szpitalnego. W 2016 r. przeprowadzono 7 ww. kontroli związanych z przygotowaniem i dystrybucją żywności, w I półroczu 2017 r. 5 takich kontroli. W badanym okresie spośród 12 przedmiotowych kontroli dodatnie wyniki badań (nieprawidłowe) wystąpiły w 2 przypadkach:

- w próbce pobranej 23.02.2016 r. w kuchni szpitalnej (badanie czystości mikrobiologicznej wybranych powierzchni dotykowych i roboczych - badanie w kierunku Enterobacteriaceae/Listeria) wystąpił patogen *Enterobacter cloacae* complex. Sporządzono protokół kontroli mikrobiologicznej, w którym zawarto zalecenia pokontrolne. Zalecenia zostały wykonane.

- w próbce pobranej 04.07.2016 r. w kuchni szpitalnej (badanie czystości mikrobiologicznej wybranych powierzchni dotykowych i roboczych - badanie w kierunku Enterobacteriaceae/Listeria), wystąpił patogen *Enterobacter cloacae*

<sup>47</sup> Dz. Urz. UE L 139 z 30.04.2004 r., str. 1 ze zm.



complex. Sporządzono protokół kontroli mikrobiologicznej, w którym zawarto zalecenia pokontrolne. Zalecenia zostały wykonane. Uzyskano posiew jałowy w próbce kontrolnej pobranej 22.08.2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 143-155)

W badanym okresie Szpital dwukrotnie prowadził badania środków spożywczych na podstawie rozporządzenia Komisji (WE) nr 2073 z 15.11.2005 r. w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych<sup>48</sup>, zlecając WSSE wykonanie badań i sporządzenie sprawozdań z tych badań. W sprawozdaniach z tych badań z 2016 r. zapisano, iż badane próbki (pierwsza próbka – surówka, druga próbka - twarożek z jogurtem naturalnym i zieloną pietruszką) spełniają kryteria bezpieczeństwa żywności oraz kryterium higieny procesu zawarte w ww. rozporządzeniu.

(dowód: akta kontroli str. 156-161)

W badanym okresie przeprowadzano w Szpitalu audyty i kontrole wewnętrzne. W protokole z przeglądu systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności z 18.02.2016 r. zapisano, iż zadaniem do realizacji jest opracowanie harmonogramu badań mikrobiologicznych dotyczących bezpieczeństwa żywności i wykonanie takich badań. Zadanie ww. zostało wykonane. W raporcie z auditu przeprowadzonego w okresie od 07 do 09.03.2016 r. zapisano, iż ww. system funkcjonuje zgodnie z wymaganiami normy PN-EN ISO 22000:2006 w zakresie: wytwarzanie i serwowanie gotowych posiłków i dań. W raporcie z auditu wewnętrznego nr 1/2017 zapisano m. in., iż niezgodności podczas przeprowadzania auditu nie stwierdzono, a mocną stroną systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności jest ogromne zaangażowanie personelu w jego utrzymanie i ustawiczne doskonalenie, prawidłowo prowadzona dokumentacja w realizacji usług żywieniowych jest dowodem najwyższej staranności. W raporcie z auditu przeprowadzonego w okresie od 08 do 09.03.2017 r. (w ustaleniach z tego auditu w odniesieniu do normy PN-EN ISO 22000:2006) zapisano, iż podczas przeprowadzania auditu nie stwierdzono niezgodności, mocną stroną Szpitala jest dbałość o satysfakcję pacjentów, brak jest słabych stron.

(dowód: akta kontroli str. 258-299)

**3.2.** W Szpitalu dokonywano kontroli temperatury urządzeń chłodniczych. Analiza dokumentacji ze stycznia 2015 r., 2016 r. i 2017 r. dotyczącej kontrolowania temperatury urządzeń chłodniczych wykazała, że prowadzono w tym zakresie następujące dokumenty: w 2015 r. rejestry temperatur w urządzeniach chłodniczych, - w 2016 r. arkusze monitorowania CCP-2 monitorowanie warunków magazynowych, w 2017 r. karty monitorowania CCP-2 kontrola temperatur magazynowania w urządzeniach chłodniczych. Pomiary temperatur urządzeń chłodniczych (lodówki, zamrażarki, witryny chłodnicze, szafy chłodnicze, chłodziarko-zamrażarki) były wykonywane zgodnie z systemem zarządzania jakością bezpieczeństwa żywności (HACCP) dwa razy dziennie. Zapisywano m. in. temperaturę wymaganą, temperaturę faktyczną wykazywaną przez termometr. Osoba sprawdzająca temperaturę podpisywała się na tym dokumencie.

(dowód: akta kontroli str. 162-189)

**3.3.** Szpital kontrolował sposób dostawy oraz jakość dostarczanych produktów żywnościowych (stan sanitarny pojazdów, higienę bezpośredniego dostawcy). W ww. zakresie sporządzano karty kontroli jakościowej dostaw, w których zapisywano następujące dane: data dostawy, nazwa dostawcy, nr dokumentu dostawy (faktury), oraz sprawdzano: datę przydatności do spożycia, ilość, jakość, oznakowanie i stan

<sup>48</sup> Dz. Urz. UE L 138 z 22.12.2005 r., str. 1.

opakowania, higienę środka transportu i kierowcy, nr atestu. Osoba sprawdzająca podpisywała się na tym dokumencie. Ponadto na fakturze odnotowywano temperaturę chłodni środka transportu. Osoba sprawdzająca podpisywała się na tym dokumencie.

W badanym okresie Szpital w stosunku do wykonawców umów polegających na dostawach żywności, w przypadkach niewłaściwego wykonywania tych umów, stosował jeden rodzaj konsekwencji – zwracano wykonawcom towar niezgodny z zapisami umowy (nie było przypadków wymiany towarów, stosowania kar pieniężnych – kar umownych).

W kontrolowanym okresie wystąpiły 3 przypadki zwrotów towarów (wszystkie w 2016 r.): zanieczyszczenie fizyczne (odłamek plastiku) w mrożonce, drobne zanieczyszczenia w kielbasie (pozostałość chrząstek i kości), niedopieczony, gliniasty i kruszący się chleb razowy. Wycofano całe partie tych asortymentów, a następnie dostarczono do Szpitala asortymenty towarów wolne od wad.

Sprawdzono zapisy umowy z 09.01.2017 r. na dostawę artykułów spożywczych. Zasady realizacji umowy oraz odpowiedzialności za niewłaściwe wykonanie umowy zostały określone w ww. umowie.

(dowód: akta kontroli str. 190-205)

**3.4.** Analiza rozliczeń z 4 wykonawcami umów na dostawę żywności do Szpitala (umów i faktur z marca i września 2015 r. oraz z marca i września 2016 r.) wykazała, że zapewniono skuteczny nadzór nad realizacją zadań powierzonych dostawcom produktów spożywczych oraz należyłą realizację usług. Przy odbiorze towarów każdorazowo sprawdzano w szczególności zgodność dostaw z zamówieniem, a także stan opakowań, terminy ważności, oznakowanie towarów, organoleptycznie ich wygląd, temperaturę towarów podczas transportu (temperaturę dla mrozonek, wędlin i mięs, wyrobów mlecznych). Osoby odbierające ww. towary na fakturach i rachunku dokonywały powyższych zapisów i podpisywały się.

(dowód: akta kontroli str. 206-257)

W okresie objętym kontrolą NIK dostawcy żywności do Szpitala nie byli obciążani karami umownymi (dział księgowości, dział zamówień publicznych i dział zaopatrzenia Szpitala nie zajmowały się obciążaniem i dochodzeniem od dostawców żywności do Szpitala kar umownych), gdyż nie wystąpiła taka konieczność.

(dowód: akta kontroli str. 57)

**3.5.** W kontrowanym okresie nie wystąpiły sytuacje, aby składano wykonawcy pisemne reklamacje (uwagi, zastrzeżenia) dotyczące zamawianej żywności.

(dowód: akta kontroli str. 325-326)

**3.6.** W kontrolowanym okresie dwukrotnie (w 2015 r. oraz w 2016 r.) prowadzono badania satysfakcji pacjentów Szpitala w zakresie żywienia i sporządzono dokumenty: *Podsumowanie ankietowego badania opinii pacjentów dotyczącego posiłków szpitalnych.*

Badanie ankietowe przeprowadzone w 2015 r. wykazało, że: średnia ocen posiłków szpitalnych w pięciopunktowej skali wynosiła 4,39, wskaźnik ocen superlatywnych, tj. 5 i 4 wynosił 89,7%, wskaźnik ocen negatywnych, tj. 1 i 2 wynosił 1,1%, ocenianych było 7 rodzajów diet (najwyższa była ocena diety cukrzycowej, tj. 4,47, najniższa diety biegunkowej 3,92), 21% respondentów wpisało sugestie dotyczące poszczególnych posiłków. W dokumencie zatwierdzonym przez Dyrektora Szpitala 02.12.2015 r. dotyczącym badania przeprowadzonego w 2015 r. zapisano, iż na podstawie ww. dokumentu kierownik sekcji żywienia powinien zaplanować działania doskonalące w odniesieniu do obszarów tego wymagających i przedłożyć plan

takich działań pełnomocnikowi ds. jakości w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania raportu. Pełnomocnik ds. jakości po akceptacji planu przedłoży go do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala.

Arkusze planu doskonalenia wynikający z analizy badania satysfakcji pacjentów w 2015 r.<sup>49</sup>, został zatwierdzony 04.01.2016 r. przez Dyrektora Szpitala. Zapisano w nim m.in., że wykorzystując wyniki badań ankietowych w 2016 r.: - nastąpi zmiana w jadłospisach dekadowych odnosząca się do ograniczenia podaży pasztetów, - zwiększy się ilość podawanych do obiadu owoców, warzyw i surówek, - nastąpi urozmaicenie diety podstawowej i lekkostrawnej poprzez wprowadzenie dań jarskich sugerowanych w ankietach pacjentów. W arkuszu zapisano, iż do czerwca 2016 r. wszystkie ww. działania zrealizowano.

(dowód: akta kontroli str. 59-67)

Badanie ankietowe przeprowadzone w 2016 r.<sup>50</sup> wykazało, że: średnia ocen posiłków szpitalnych w pięciopunktowej skali wynosiła 4,31, wskaźnik ocen superlatywnych, tj. 5 i 4 wynosił 85,6%, wskaźnik ocen negatywnych, tj. 1 i 2 wynosił 2,6%, ocenianych było 6 rodzajów diet (najwyższa była ocena diety podstawowej, tj. 4,48, najniższa diety kardiologicznej 4,08), 21% respondentów wpisało sugestie dotyczące poszczególnych posiłków. Na podstawie ww. dokumentu kierownik sekcji żywienia powinien zaplanować działania doskonalące w odniesieniu do obszarów tego wymagających i przedłożyć plan takich działań pełnomocnikowi ds. jakości w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania raportu. Pełnomocnik ds. jakości po akceptacji planu przedłoży go do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala.

Kierownik sekcji żywienia opracowała Arkusze planu doskonalenia wynikający z analizy badania satysfakcji pacjentów w 2016 r.<sup>51</sup> Zapisano w nim m.in., że wykorzystując wyniki przeprowadzonych w 2016 r. badań ankietowych w 2017 r.: - nastąpi urozmaicenie serwowanych potraw oraz wprowadzenie dodatków do śniadań i kolacji tworząc posiłki dwuskładnikowe, - wprowadza się do jadłospisu więcej ryb i past z ryb, - wprowadza się do śniadań i kolacji jogurty owocowe dla diety podstawowej oraz jogurty naturalne dla diety cukrzycowej, - zwiększa się podawanie warzyw i owoców (do śniadań i kolacji podawane są jabłka), - ogranicza się podawanie pasztetów, wprowadza się np. gotowanie posiłków na parze, w folii. Ocena podjętych działań nastąpi po analizie zadań realizowanych w 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 68-78)

**3.7.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie wystąpiły zatrucia pokarmowe.

(dowód: akta kontroli str. 79)

**3.8.** W badanym okresie pacjenci nie składali skarg dotyczących żywienia w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 58)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Nadzór nad żywieniem pacjentów w Szpitalu był sprawowany rzetelnie. Dokonywano kontroli warunków żywienia i zapewniono bezpieczeństwo zdrowotne na wszystkich etapach. Kontrole były prowadzone systematycznie i skutecznie oraz rzetelnie udokumentowane. Jedna nieprawidłowość stwierdzona podczas kontroli WSSE została wyeliminowana.

<sup>49</sup> Dokument został zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala 10.01.2017 r.

<sup>51</sup> Dokument został zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala 31.01.2017 r.

## IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>52</sup> kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Zielonej Górze.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwagi

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Zielona Góra, dnia 29 września 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Zielonej Górze

Dyrektor

Kontroler  
Zdzisław Szafrąński  
główny specjalista kontroli państwowej

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

---

<sup>52</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 524.