

· 部队卫生 ·

部队餐饮服务单位食品卫生监督量化分级评定结果分析

魏德江, 李 晶, 顾海涛, 唐雨德, 周东明 陈 琼, 陈永红, 梁洪军

[摘要] **目的** 分析部队餐饮服务单位食品卫生监督量化分级评定结果, 为加强部队餐饮服务单位食品卫生监督管理提供依据。**方法** 组织专业人员对某军区 115 家宾馆(餐饮)、招待所(餐饮)和单位食堂进行食品卫生监督量化分级评定, 并对其结果统计分析。**结果** 115 家餐饮服务单位中, 被评为 A 级、B 级、C 级的分别占 66.1%、27.8% 和 6.1%。不同类型餐饮单位之间量化分级评定结果比较差异有统计学意义($P < 0.01$); 不同消毒方式餐饮具抽检结果比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 加强基础设施建设、落实卫生管理制度, 强化日常监督指导、注重问题查找与整改, 培育诚信自律意识、规范卫生安全行为是食品卫生监督量化分级评定工作的关键。

[关键词] 部队; 餐饮服务单位; 量化分级管理; 卫生监督

[中图分类号] R155 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2015.04.037

部队餐饮服务单位食品卫生安全问题是广大官兵关注的热点, 加强餐饮服务单位食品卫生监管, 保障食品卫生安全, 受到各级领导的高度重视^[1]。为贯彻落实总部关于食品卫生监督量化分级管理的要求, 进一步推动军区部队餐饮服务单位食品安全管理工作落实, 切实防范重大食品安全问题, 本疾病预防控制中心组织专业人员对某军区部队餐饮服务单位进行了食品卫生监督量化分级考评, 对考评结果进行了分析, 找出了餐饮服务单位存在的卫生问题, 为卫生监督部门进一步提高量化分级管理水平提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 某军区范围内的宾馆(餐饮)、招待所(餐饮)和单位食堂共 126 家, 其中 11 家单位由于建设原因缓评, 实际考评 115 家。300 个餐位以上列为宾馆(餐饮), 300 个餐位以下列为招待所(餐饮); 不同管理模式以实际经营性质确定。

1.2 评定方法 根据原国家卫生部卫生监督中心关于印发《实施食品卫生监督量化分级管理指南(2007 年版)》的通知要求^[2], 重点围绕卫生管理制度、卫生许可与培训、环境与设施卫生、结构与布局、采购与贮存、加工与制作、餐饮具消毒、餐厅卫生、食品添加剂的使用以及检验运输等方面实施; 依据《餐饮业卫生许可审查量化评分表》和《食品经营单位卫生许可审查量化评分表》项目逐项评分, 分别汇总标准化后计算总分。两项总分都在 85 分以上

(含 85 分), 为 A 级; 其中一项在 75 ~ 84 分或两项都在 75 ~ 84 分, 为 B 级; 其中一项在 75 分(不含)或两项都在 75 分(不含)以下, 为 C 级; 分别对应优秀、良好、一般。餐(饮)具检测依据 GB14934-1994 标准执行^[3]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 19.0 统计软件对数据进行统计分析, 计数资料采用百分率, 不同类型比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况 考评餐饮服务单位共计 115 家, 经综合考评, 76 个餐饮服务单位被评为 A 级, 占 66.1%; 32 个餐饮服务单位评为 B 级, 占 27.8%; 7 个餐饮服务单位被评为 C 级, 占 6.1%。A 级单位占比高于地方同类餐饮单位评审结果^[4]。考评结果显示, 部队餐饮单位食品卫生情况总体良好, 食品安全监管意识树立牢固, 卫生管理各项制度得到落实, 基础设施配备到位, 功能用房布局合理, 环境干净整洁, 从业人员卫生常识掌握扎实。餐饮具基本都能按规定进行消毒, 抽检餐具共 922 份, 合格 789 份, 合格率为 85.6%。高于该军区 2001 - 2012 年餐饮单位餐饮具抽检平均合格率(84.8%)^[1]。

2.2 不同类型餐饮单位量化分级级别分布情况 宾馆类餐饮单位量化分级评审结果 A 级单位占比明显高于招待所餐饮单位和单位食堂, 不同类型餐饮单位之间量化分级评定结果比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。其主要原因是宾馆餐饮单位经过多年来的建设和规范管理, 硬件和软件条件得到了很大改善。

基金项目: 南京军区医学科技创新课题(MS157)

作者单位: 210002 江苏南京, 南京军区疾病预防控制中心

表 1 不同类型餐饮单位量化分级级别分布情况 [n(%)]

类型	n	A 级单位	B 级单位	C 级单位
宾馆(餐饮)	25	24(96.0)	1(4.0)	0(0.0)
招待所(餐饮)	37	15(40.5)	16(43.3)	6(16.2)
食堂	53	37(69.8)	15(28.3)	1(1.9)
合计	115	76(66.1)	32(27.8)	7(6.1)

2.3 不同管理模式餐饮单位量化分级级别分布情况 不同管理模式餐饮单位量化分级评定结果比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 不同管理模式餐饮单位量化分级级别分布情况 [n(%)]

类型	n	A 级单位	B 级单位	C 级单位
自主经营	62	45(72.6)	12(19.3)	5(8.1)
社会化保障	43	27(62.8)	15(34.9)	1(2.3)
租赁承包	10	4(40.0)	5(50.0)	1(10.0)
合计	115	76(66.1)	32(27.8)	7(6.1)

2.4 不同消毒方式餐饮具抽检情况 从餐饮具抽检结果看,采用洗碗机的合格率最高,采用消毒柜的合格率次之,采用化学消毒剂消毒的合格率最低,不同消毒方式餐饮具抽检结果比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。其主要原因是洗碗机由厂家预先设定洗消程序,不受人为因素的影响。

表 3 不同消毒方式餐饮具抽检结果

类型	抽检数(份)	合格数(份)	合格率(%)
洗碗机	210	209	99.5
消毒柜	622	534	85.9
化学法	90	46	51.1
合计	922	789	85.6

3 讨论

3.1 加强基础设施建设,落实卫生管理制度 表 1 显示,不同类型餐饮单位之间量化分级评定结果有明显差异,宾馆优于其他类型,说明大型餐饮单位各功能间专用,设施设备齐全,各级领导重视食品卫生安全,有专职管理人员和各项规章制度,愿意提高食品卫生信誉度和降低食品卫生风险^[4-6];而小型餐饮单位由于受场地、人员等方面限制,不具备或不具备上述条件,导致扣分项多。表 3 显示,不同消毒方式餐饮具抽检结果有明显差异,采用洗碗机消毒的餐饮具抽检合格率明显高于其他方式;洗碗机的优势在于操作过程预先设置,清洗、消毒、烘干为一体,不受现场操作人员人为因素的影响,保证了消

毒效果;而其他 2 种消毒方式易受人为因素的影响,特别是化学消毒法,易受消毒剂浓度、种类、时间等因素的影响,消毒效果不稳定。表 2 显示,管理模式是各单位根据自身条件采用的一种经营形式,不同管理模式餐饮单位量化分级评定结果差异不显著。

3.2 强化日常监督指导,注重问题查找与整改 在日常监督过程中,上级卫生监督机构应注重查找各单位布局流程、功能区划分、卫生制度健全、人员管理、卫生培训等方面存在的问题,通过分析讲解帮助其整改。根据以往经验,评审等级低的单位普遍存在初加工清洗池数量不足,动植物原料清洗池混用等交叉污染现象;在制度落实上主要存在进货查验、台账记录及食品处理加工区存放私人物品;员工卫生知识掌握不到位等问题。这些问题造成了连锁扣分,是易整改完善的,因此,帮助这些单位整改管理上的问题与不足,也是贯彻落实量化分级管理制度的目的所在。在日常监督工作中,上级卫生监督机构也应注重“传、帮、带”,把好重点环节和关键控制点^[7-8],把先进的检测手段、检测技术现场演示给他们看,通过双方协同来完成各项工作。这次等级评审,之所以 A 级单位占比例较高(66.1%),与上级卫生监督机构前期的宣传发动,查找问题,帮助整改,加强培训等一系列深入细致的工作是分不开的。

3.3 培育诚信自律意识,强化卫生安全行为 等级评审的目的就是提高餐饮单位的自律性和责任感,因此,培养餐饮单位的诚信自律意识,增强诚信自律行为,通过“软硬件”并举的措施,保证食品质量,降低食物中毒的风险,确保饮食卫生安全是关键所在。餐饮单位作为直接面向公众的“窗口”单位,等级评审的结果向社会公示,是发挥社会监督效果的有效手段,将评审结果以“公示栏”的形式上墙,让消费者了解量化分级管理制度和该单位的等级,有意识的选择量化评审级别高的单位消费,从而增加食品卫生状况较好的餐饮单位的竞争力,迫使食品卫生状况差的单位自主改进,从而达到逐步改进,共同提高,卫生安全的最终目的。

【参考文献】

[1] 魏德江,梁洪军,唐雨德,等. 2001-2012 年某军区有偿服务单位卫生监督监测结果分析[J]. 东南国防医药, 2014, 16(1): 105-106.

[2] 卫生部(卫监督发[2007]298 号). 卫生部关于印发《实施食品卫生量化分级管理指南(2007 年版)》的通知[J]. 中国食品卫生杂志, 2008, 20(2): 178-179.

[3] 卫生部卫生监督中心卫生标准处. 食品卫生标准及相关法规汇编(上)[M]. 北京: 中国标准出版社, 2005: 292.

- [4] 马 斌,金益明,沈 艳. 2013 年无锡市市属餐饮单位量化分级评定结果分析[J]. 中国卫生监督杂志,2014,21(6):566-569.
- [5] 肖文平,马秋菊,于淑君,等. 北京市石景山区餐饮业量化分级评定结果分析[J]. 现代预防医学,2008,35(22):4515-4517.
- [6] 时建兵. 南通市通州区 2012 年餐饮单位食品安全量化分级管理现状分析[J]. 中国初级卫生保健,2014,28(2):99-100.
- [7] 梁洪军,钱竹林,周东明,等. 部队有偿服务招待所评定食品卫生信誉等级的做法与成效[J]. 解放军预防医学杂志,2008,26(2):130-131.
- [8] 魏德江,梁洪军,李 晶. 部队食品卫生安全工作的实践与思考[J]. 东南国防医药,2013,11(1):90-92.
(收稿日期:2015-04-07;修回日期:2015-05-22)
(本文编辑:史新中)
-
- (上接第 424 页)
- [13] Keegan MT, Whalen FX, Brown DR, et al. Acute physiology and chronic health evaluation (APACHE) III outcome prediction after major vascular surgery[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth,2008,22(5):713-718.
- [14] Presterl E, Staudinger T, Pettermann M, et al. Cytokine profile and correlation to the APACHE III and MPM II scores in patients with sepsis[J]. Am J Respir Crit Care Med,1997,156(3 Pt 1):825-832.
- [15] Giamarellos-Bourboulis EJ, Norrby-Teglund A, Mylona V, et al. Risk assessment in sepsis; a new prognostication rule by APACHE II score and serum soluble urokinase plasminogen activator receptor[J]. Crit Care,2012,16(4):R149.
- [16] 彭兰芬,邓任堂,陈载鑫,等. 血清胱抑素 C 和 APACHE II 评分系统在 ICU 急性肾损伤患者中的预后价值[J]. 国际检验医学杂志,2012,33(24):2956-2957.
- [17] 金 银,顾金华,钱福初. 降钙素原及 APACHE II 评分对脓毒症的临床价值[J]. 放射免疫学杂志,2013,26(5):638-640.
- [18] 马 晋,张 杰,张 颖,等. 血管内皮生长因子在老年 AECOPD 患者中的诊断价值及与 APACHE III 评分相关性研究[J]. 中国实用医药,2013,33:1-3.
- [19] 谷 欣,桑云华,龙宏杰. 腹内压变化率对评估腹腔内高压症患者病情及预后的价值[J]. 东南国防医药,2014,16(3):246-248.
- [20] 谢 莉,张剑宁,覃仕英,等. APACHE II 评分在 ICU 护理中的应用与研究[J]. 解放军护理杂志,2006,23(2):1-3.
- [21] Guler N, Unalp O, Guler A, et al. Glasgow coma scale and APACHE-II scores affect the liver transplantation outcomes in patients with acute liver failure[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int,2013,12(6):589-593.
- [22] Shaughnessy TE, Mickler TA. Does Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE II) scoring predict need for prolonged support after coronary revascularization? [J] Anesth Analg,1995,81(1):24-29.
- [23] Ihnsook J, Myunghee K, Jungsoon K. Predictive accuracy of severity scoring system; a prospective cohort study using APACHE III in a Korean intensive care unit[J]. Int J Nurs Stud,2003,40(3):219-226.
- [24] 彭伶俐,王红红. APACHE 评分及其在护理领域的应用进展[J]. 护理学杂志,2008,23(21):78-80.
- [25] Travaglio F, De Berardinis B, Magrini L, et al. Utility of procalcitonin (PCT) and mid regional pro-adrenomedullin (MR-proADM) in risk stratification of critically ill febrile patients in emergency department (ED). A comparison with APACHE II score[J]. BMC Infect Dis,2012,12(1):184.
- [26] Lee YJ, Park CH, Yun JW, et al. Predictive comparisons of procalcitonin (PCT) level, arterial ketone body ratio (AKBR), APACHE III score and multiple organ dysfunction score (MODS) in systemic inflammatory response syndrome (SIRS)[J]. Yonsei Med J,2004,45(1):29-37.
- [27] Quach S, Hennessy DA, Faris P, et al. A comparison between the APACHE II and charlson index score for predicting hospital mortality in critically ill patients[J]. BMC Health Serv Res,2009,9(1):129.
- [28] 叶向红,倪元红,王新颖,等. 外科危重病人肠内营养支持的观察和护理[J]. 肠外与肠内营养,2003,10(4):250-251,253.
- [29] 熊 杰,黄素芳,刘伟权. APACHE II 评分在 ICU 分级护理中的应用[J]. 护理学杂志,2010,25(13):16-18.
- [30] 陈 艳. “APACHE II”在急诊科危重病人院内安全转运中的护理应用[J]. 当代医学,2011,17(20):117-118.
- [31] 潘夏蓁,方希敏,林碎钗,等. APACHE III 评分应用于危重症患者肠内营养方式的选择[J]. 解放军护理杂志,2011,28(14):13-15,19.
- [32] Chen SL, Wei IL, Sang YY, et al. ICU nurses' knowledge of, and attitudes towards, the APACHE II scoring system [J]. J Clin Nurs,2004,13(3):287-296.
(收稿日期:2015-03-16;修回日期:2015-04-28)
(本文编辑:史新中)