

Resolution om mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler

Europarådet, ministerkomitéen

Uddrag af Resolution ResAP(2003)3 om mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler

(Vedtaget af Ministerkomitéen den 12. november 2003 ved Stedfortræderkomitéens 860. møde)

11. Anbefaler, at regeringerne i medlemsstaterne i aftalen "Partial Agreement in the Social and Public Health Field", under hensyntagen til deres særlige forfatningsmæssige strukturer, nationale, regionale eller lokale forhold, såvel som økonomiske, sociale og tekniske forhold:

a. udarbejder og gennemfører nationale anbefalinger til mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler, der er baseret på de principper og metoder, der bliver fremsat i bilaget til denne resolution;

b. fremmer gennemførelsen af og gør skridt til at fremme anvendelsen af de principper og forholdsregler, der er beskrevet i bilaget, på de områder, hvor regeringen ikke har direkte ansvar, men hvor offentlige myndigheder har en vis magt eller spiller en rolle;

c. sikre den bedst mulige udbredelse af denne resolution blandt alle de implicerede parter, især offentlige myndigheder, hospitalspersonale, den primære sundhedssektor, patienter, forskere og ikke-statslige organisationer, der er aktive på dette område.

Bilag til Resolution ResAP(2003)3

1. Ernæringsmæssig vurdering og behandling på hospitaler

1.1 Undersøgelse af ernæringsmæssig risiko

i. Vurderingen af den ernæringsmæssige risiko bør tage hensyn til patientens ernæringsmæssige tilstand og sygdommens alvorlighed.

ii. Metoden til undersøgelse af den ernæringsmæssige risiko bør være baseret på beviser, for at sikre identificeringen af patienter, der kan have nytte af ernæringsmæssig støtte.

iii. Metoden til undersøgelse af den ernæringsmæssige risiko bør være enkel at bruge og let at forstå.

iv. Der bør tages hensyn til betydningen af alder, vækst og køn, når en patients ernæringsmæssige risiko vurderes.

v. Det bør være almindelig praksis at vurdere alle patienters ernæringsmæssige risiko før eller ved indlæggelsen.

Denne vurdering bør gentages regelmæssigt under hospitalsopholdet (hyppigheden afhænger af niveauet af den ernæringsmæssige risiko).

vi. Der bør foretages undersøgelser for at udvikle og efterprøve enkle vurderingsmetoder beregnet til brug på hospitaler og i den primære sundhedssektor.

- vii. Identificering af en patient med ernæringsmæssig risiko bør følges af en grundig ernæringsmæssig vurdering, en behandlingsplan, der omfatter ernæringsmæssige mål, kontrol af kostindtag og kropsvægt og vurdering af behandlingsplan.
- viii. Standarder for fremgangsmåder for vurdering og kontrol af ernæringsmæssig risiko/status bør udvikles på nationalt og europæisk niveau.

1.2 Identificering og forebyggelse af årsager til underernæring

- i. De forskellige årsager til sygdomsrelateret underernæring bør altid tages i betragtning ved hver patient.
- ii. Brugen af medicin og kombinationer af medicin med bivirkninger som anoreksi, kvalme og andre fordøjelsesmæssige symptomer, vekselvirkninger mellem medicin og næringsstoffer eller ændringer af smags- og lugtesansen bør være velbegrunderet og bør undgås så vidt muligt, og læger og sygeplejersker bør være opmærksomme på disse bivirkninger.
- iii. Sondeernæringsdiæter, faste og tarmrengøringsprocedurer med kostbegrænsninger bør ikke være sædvanlig praksis; man bør studere litteratur for at vurdere hvilke procedurer, der kræver sådanne diæter, og for de undersøgelser/procedurer, der kræver kostbegrænsninger, bør den præcise periode med kostbegrænsning fastsættes.
- iv. Definitionen af sygdomsrelateret underernæring bør være almindeligt anerkendt og bør bruges som en klinisk diagnose og behandles som en sådan.

1.3 Ernæringsmæssig støtte

- i. Ernæringsmæssig støtte som del af patientbehandlingen bør regelmæssigt overvejes.
- ii. Den ernæringsmæssige behandlingsplan bør, hvis det er passende, revideres og tilpasses mindst en gang om ugen ved hjælp af oplysninger om patientens ernæringsmæssige indtag, vægtændringer og andre relevante ernæringsmæssige og kliniske variabler.
- iii. Ernæringsmæssig støtte bør tilpasses korrekt til den individuelle patient. Den tilførte kunstige ernæring og det, der eventuelt kasseres, bør dokumenteres omhyggeligt.
- iv. Ingen patient bør modtage kunstig ernæringsmæssig støtte uden korrekt vurdering af symptomer, risici og fordele, velorienteret samtykke fra patienten og omhyggelig kontrol af bivirkninger.
- v. Særlige immunmodulerende midler bør begrænses til patienter, der kan have fordel af dem i lyset af tilgængelige randomiserede prøver.
- vi. Patienter, der har brug for ernæringsmæssig støtte, bør modtage denne behandling før indlæggelsen (hvor det er muligt), på det tidligst mulige tidspunkt under hospitalsopholdet og efter udskrivelsen.
- vii. Optegnelser fra forskellige former for indlæggelse, udskrivelse og ambulante behandling bør indeholde oplysninger om hver patients ernæringsmæssige status og fysiske og psykiske tilstand i forbindelse med kostindtag.
- viii. Randomiserede prøver og systematiske gennemgange af specialister inden for klinisk ernæring bør finde sted for at vurdere virkningen af ernæringsmæssig støtte på den ernæringsmæssige status, det kliniske resultat og den fysiske og psykiske tilstand.
- ix. Randomiserede prøver, der vurderer virkningen af almindelig kost på det kliniske resultat, bør prioriteres højt.
- x. Standarder for praksis i forbindelse med vurdering af og kostplanlægning for patienter med dysfagi bør udvikles på nationalt niveau, hvis det er påkrævet. Nationale beskrivende identifikatorer for modificering af konsistens bør udvikles.

1.4 *Almindelig kost*

- i. Almindelig kost, der indtages oralt, bør være det første valg til at afhjælpe eller forhindre underernæring hos patienter.
- ii. God praksis for at sikre patienternes indtag af normal kost bør undersøges og dokumenteres. Det er afgørende at dokumentere og vurdere indtaget af normal kost hos patienter med ernæringsmæssig risiko.
- iii. Flydende kost bør ikke bruges som erstatning for en tilstrækkelig mængde almindelig mad og bør kun bruges, hvis der er tydelige kliniske symptomer.
- iv. Kunstig ernæringsmæssig støtte bør kun påbegyndes, når brugen af almindelig kost mislykkes eller ikke er egnet.

1.5 *Kunstig ernæringsmæssig støtte*

- i. Standarder for praksis, der etableres og gennemføres for påbegyndelse, sikker levering, sterile håndteringsteknikker, kanylepleje, overvågning og afslutning i forbindelse med kunstig ernæringsmæssig støtte, bør udvikles på nationalt og europæisk niveau.
- ii. Standarder for praksis bør udvikles for påbegyndelsen, forberedelsen, uddannelsen, udstyrsforsyningen, den sikre levering og overvågningen af patienter, der udskrives med ernæringsmæssig støtte i hjemmet.

2. Udbydere af ernæringsmæssig pleje

2.1 *Fordeling af ansvar ved ernæringsmæssig pleje på hospitaler*

- i. Sundhedsministeriet, de lokale og regionale myndigheder og ledelsen for hvert hospital bør vedkende sig deres ansvar med hensyn til ernæringsmæssig pleje og støtte, og madservicesystemer.
- ii. Hospitalsledelsen, læger, apotekere, sygeplejersker, diætassistenter og madservicepersonale bør arbejde sammen om at give ernæringsmæssig pleje, og hospitalsledelsen bør være opmærksom på dette samarbejde.
- iii. Forskellige personalekategoriers ansvar i forbindelse med ernæringsmæssig pleje og støtte og madservice bør være omhyggeligt defineret.
- iv. Hospitalerne bør udvikle passende systemer til at fastsætte standarder for ernæringsmæssig pleje og støtte, især i forbindelse med udgifter, kontraktforskrifter, undersøgelse og vurdering af ernæringsmæssig risiko, og til at gennemføre disse standarder gennem kontrol, overvågning og vurdering af den ernæringsmæssige pleje og støtte.
- v. Undersøgelse, vurdering og overvågning af ernæringsmæssig risiko bør være omfattet i hospitalernes godkendelsesstandarder.

2.2 *Kommunikation*

- i. Organisationsmæssige undersøgelser bør udføres for at vurdere og forbedre samarbejdet mellem forskellige personalegrupper.
- ii. Madservicepersonale, afdelingspersonale og patienter bør udvikle, afprøve og indføre formularer til menubestilling.
- iii. Der bør oprettes regelmæssig kontakt mellem afdelings- og madservicepersonale.

iv. En eller flere repræsentanter på hver afdeling og i køkkenet bør udpeges til at have det primære ansvar for kommunikation og information ved ernæringsmæssige spørgsmål.

v. Der bør oprettes regelmæssig kontakt mellem hospitalet og den primære sundhedssektor.

2.3 Uddannelse og ernæringsmæssig viden på alle niveauer

i. Der bør indføres et vedvarende uddannelsesprogram om generel ernæring og teknikker til ernæringsmæssig støtte for alt personale, der er involveret i patienternes ernæring.

ii. Lægers uddannelse og efteruddannelse bør omfatte klinisk ernæring.

iii. Der bør etableres professorater i klinisk ernæring.

iv. Klinisk ernæring for både voksne og børn bør anerkendes som et særligt fag på medicinske uddannelsesinstitutioner. Undervisningen bør omfatte forebyggende såvel som terapeutiske aspekter af ernæringsmæssig pleje og støtte.

v. Sygeplejerskers undervisning i klinisk ernæring, med særlig vægt på undersøgelse af ernæringsmæssig risiko, overvågning og ernæringsteknikker, bør forbedres.

vi. Uddannelsen af kliniske og almindelige diætassistenter på nationalt niveau bør foregå på højeste uddannelsesmæssige niveau for at gøre det muligt for alle europæiske diætassistenter at påtage sig en mere central rolle i forbindelse med ernæringsmæssig pleje og støtte.

vii. Uddannelsen af administrative diætassistenter bør forbedres, især på ledelsesområdet.

viii. Uddannelsen og efteruddannelsen af ledere inden for hospitalsmadservice bør adskilles fra hotelledelse ved at forberede dem på at sørge for syge mennesker.

ix. Der bør lægges særlig vægt på den ernæringsmæssige uddannelse af ikke-klinisk personale, som for eksempel plejeassistenter på deltid og hjælpere på afdelingen, og afgrænsningen af deres ansvarsområder.

x. Der bør lægges særlig vægt på at uddanne og informere offentligheden (heriblandt patienterne) om vigtigheden af god ernæring.

xi. Europæiske initiativer i forbindelse med uddannelse inden for klinisk ernæring bør fremmes.

xii. Samarbejdet mellem foreninger for klinisk ernæring i forskellige lande bør udvides.

3. Praksis inden for madservice

3.1 Organisering af hospitalers madservice

i. Ansvar og pligter i forbindelse med hospitalsernæring bør være tydeligt defineret hos sundhedseksperterne og hospitalsledelsen.

ii. Der bør vedtages og indføres en madservicepolitik på hospitalsniveau eller regionalt niveau.

iii. Hospitalsledere bør være opmærksomme på madservicepolitik og ernæringsmæssig støtte.

iv. Alt hospitalspersonale – klinisk og ikke-klinisk – bør anerkende madservice som en vigtig del af patienternes behandling og pleje.

3.2 *Udlicteret madservice*

- i. Retningslinjer og standarder for udlicitering af hospitalsmadservice bør udvikles.
- ii. Kontrakter bør være tilstrækkeligt detaljerede og omfatte særlige diæter ved medicinske og personlige symptomer, energirige og proteinrige menuer og tildeling af mellemmåltider og/eller måltider på afdelingsniveau eller tæt på afdelingsniveau. De bør også omfatte konsistens-modificerede menuer til behandlingen af dysfagi.
- iii. Omkostningerne for passende kontraktovervågning bør være omfattet af kontrakten.
- iv. En afdeling for klinisk ernæring, et ernæringsudvalg, et ernæringsmæssigt støttehold eller en person med passende uddannelse bør gives ansvaret for at sikre, at kontrakten er i overensstemmelse med ernæringsmæssige standarder.

3.3 *Måltidsservice og spisemiljø*

- i. Serveringssystemet bør tilpasses til patienternes behov under hensyntagen til deres fysiske og psykiske tilstand. Dette kræver ofte forskellige serveringssystemer.
- ii. Alle patienter bør have mulighed for at vælge deres spisemiljø.
- iii. Alle patienter bør have mulighed for at sidde ved et bord under hovedmåltiderne.
- iv. Hospitalers spisemiljø bør forbedres med særlig vægt på omgivelserne, tilstedeværelsen af personale og frihed for ubehagelig lugt.
- v. Korrekt uddannet personale bør være til stede til at hjælpe patienter med psykisk/fysisk spisebesvær og passende modificeret udstyr bør være tilgængeligt, når det er nødvendigt, til at hjælpe/lette uafhængig spisning.

3.4 *Madtemperatur og hygiejne*

- i. Alle patienter bør modtage hospitalsmad, der er blevet opbevaret, tilberedt og transporteret på en måde, der sikrer hygiejne, sikkerhed, smag, gastronomi og ernæringsmæssigt indhold på højt niveau.
- ii. Alle varme måltider bør serveres ved en temperatur på ca. 60-70° C.
- iii. Ernæringsudvalget, det ernæringsmæssige støttehold eller en person med passende uddannelse bør have ansvaret for madservicens hygiejniske aspekter.
- iv. Køkken- og afdelingspersonalet bør uddannes korrekt inden for fødevarerhygiejne, og den hygiejniske kontrol af fremstillingen af hospitalsmaden bør bruges til at involvere hospitalsledelsen i begrebet hospitalsernæring.

3.5 *Særlige forbedringer af praksis inden for madservice for at forhindre underernæring*

- i. Der bør udvikles standarder for madservicesystemer, der er baseret på patienternes behov i stedet for hospitalernes behov.
- ii. Uanset hvilket serveringssystem man bruger, kræver det tæt samarbejde mellem patient, pårørende og sygepleje-, diæt- og madservicepersonale at få patienten til at spise.
- iii. Tildelingen af måltider bør være fleksibel og individualiseret. Alle patienter bør have mulighed for at bestille mad og ekstra mad på alle tidspunkter og skal informeres om denne mulighed.
- iv. Menuerne bør tilpasses specielt til forskellige patientkategorier.
- v. Der bør stilles passende spisningshjælpemidler til rådighed.

- vi. Vellykkede fremgangsmåder til at forhindre underernæring bør gives offentlig omtale.

4. Hospitalsmad

4.1 Hospitalsmenuer og –diæter, der er baseret på medicinske symptomer

- i. God praksis bør etableres gennem udvikling af nationale retningslinjer og standarder for madtildeling på hospitaler for at opfylde alle patientkategoriers behov, heriblandt diæter baseret på medicinske symptomer, vegetariske menuer, konsistens-modificerede menuer og menuer, der er rige på energi og protein.
- ii. Der bør foretages undersøgelser, der vurderer virkningen af menuer, der er rige på energi og protein, på madindtag og patientresultater.
- iii. En række retter, der er rige på energi og protein, bør være tilgængelige på alle hospitaler med henblik på patienter, der lider af sygdomsrelateret underernæring.
- iv. Lægen bør altid være opmærksom på patienternes ernæringsmæssige status og kun ordinere diæter, der er baseret på videnskabeligt dokumenterede resultater.
- v. Sundhedspersonalet bør være opmærksomt på patientens brug af “alternative diæter” og den indflydelse, det kan have på den ernæringsmæssige status.
- vi. Umiddelbar tilbagemelding fra patienterne til køkken- og afdelingspersonalet med hensyn til om de kan lide eller ikke lide maden, der bliver serveret, bør opmuntres.
- vii. Ernæringsindholdet, portionernes størrelse og madspild bør kontrolleres årligt.
- viii. En menus ernæringsmæssige indhold bør dokumenteres allerede på planlægningsniveau. Afdelingen for klinisk ernæring, ernæringsudvalget, det ernæringsmæssige støttehold eller en person med passende uddannelse bør gives ansvaret for at sikre, at menuen er i overensstemmelse med ernæringsmæssige standarder.
- ix. Der bør oprettes en database med måltiders/menuers ernæringsindhold og portionsstørrelser i hver madserviceafdeling, der skal gøres tilgængelig for at kunne vurdere menuernes ernæringsmæssige tilstrækkelighed og overvåge patienternes madindtag.
- x. Der bør foretages undersøgelser for at skabe mere pålidelige oplysninger om tab af næringsstoffer i forbindelse med forskellige madservicesystemer.

4.2 Måltidsmønstre

- i. Serveringstidspunkterne bør gennemgås for at sikre, at der er nok tid mellem hvert måltid til at gøre mellemmåltider om formiddagen, eftermiddagen og sent om aftenen mulige.
- ii. Måltiderne bør fordeles så de dækker de fleste af de vågne timer.
- iii. Forstyrrelse af patienternes måltider på grund af stuegang, undervisning og diagnostiske procedurer bør minimeres.
- iv. Mellemmåltider og nærende drikke mellem måltiderne bør tilbydes, når det er passende, og bør være tilgængelige på alle afdelinger.
- v. Pårørendes involvering i serveringen af patienternes måltider bør fremmes, når det er muligt.

vi. Brugen af flydende kost bør være målrettet og der bør udvikles og indføres en protokol for tildeling og overvågning af flydende kost.

4.3 *Overvågning af madindtag*

i. Personalet på afdelingerne bør være uddannet i, hvordan man overvåger madindtag.

ii. Patienternes madindtag bør overvåges ved hjælp af et delvist kvantitativt system.

iii. Indsamling af bakker bør overvåges omhyggeligt for at kunne kontrollere patienternes madindtag.

iv. Niveauet af madindtag bør bruges til at vurdere patientens behov for ernæringsmæssig støtte.

v. Madindtaget hos patienter med ernæringsmæssig risiko, der modtager ernæringsmæssig støtte, bør registreres ved hjælp af kostjournaler.

vi. Oplysninger fra køkkenet og fra databasen med oplysninger om hospitalsmadens portionsstørrelse og energiindhold bør være tilgængelige for at hjælpe afdelingspersonalet med at overvåge patienternes madindtag.

vii. Oplysningerne om patienternes madindtag bør bruges til at udvikle passende menuer, der er tilpasset til målgrupperne.

viii. Der bør foretages undersøgelser for at udvikle og efterprøve enkle kostregistreringsmetoder.

4.4 *Informering og involvering af patienten*

i. Offentligheden bør oplyses om ernæringens positive rolle som behandling for at skabe offentlig opmærksomhed og støtte.

ii. Ved indlæggelsen eller før indlæggelsen bør patienterne informeres om vigtigheden af god ernæring for behandlingens resultat.

iii. Patienterne bør gives tilstrækkelig skriftlig og mundtlig information om tilgængelige retter og fødevarer.

iv. Retterne bør altid beskrives nøjagtigt så patienterne har en rimelig idé om, hvad de kan forvente.

v. Patienterne bør modtage oplysninger om madvarers og drikkevarers indhold af næringsstoffer.

vi. Patienterne bør få hjælp til og vejledning i at bestille mad af afdelingspersonalet.

vii. Patienterne bør involveres i planlægningen af deres måltider og have nogen indflydelse på valget af fødevarer.

viii. Patienterne bør kunne modtage en menu, der er passende til deres alder, religion og etniske eller kulturelle baggrund.

ix. Der bør udvikles og indføres metoder til at vurdere patienternes tilfredshed.

5. **Sundhedsøkonomi**

5.1 *Omkostningseffektivitet og rentabilitetshensyn*

i. Beregninger af rentabilitet og omkostningseffektivitet i forbindelse med ernæringsmæssig støtte bør også udføres på hospitalsniveau.

- ii. Beregninger af rentabilitet og omkostningseffektivitet bør inddrage eksperter inden for sundhedsøkonomi.
- iii. Ved beregning af rentabiliteten og omkostningseffektiviteten bør valget af ernæringsmæssig støtte tages i betragtning.
- iv. Ved beregning af rentabiliteten og omkostningseffektiviteten bør resultaterne omfatte patienternes funktionelle evner og livstilfredshed.

5.2 Madservice og omkostninger ved madspild

- i. Madservicepraksisens indflydelse på madspild bør undersøges.
- ii. Fleksibilitet i forbindelse med patientens menuvalg og portionsstørrelse bør sikres.
- iii. Ved vurdering af omkostningerne ved forskellige madtilberedningssystemer bør patienternes tilfredshed med den serverede mad tages i betragtning.
- iv. Madbudgettet bør vurderes som en del af budgettet for klinisk støtte og behandlingsservicer.
- v. Ved vurderingen af omkostningerne ved ernæringsmæssig pleje og støtte bør hospitalslederne overveje de potentielle omkostninger ved komplikationer og forlængede hospitalsophold på grund af underernæring.
- vi. Der bør gøres skridt til at formindske dokumenteret madspild, flydende kost og kunstige ernæringsprodukter.

6. Definitioner

Kunstig ernæringsmæssig støtte

Tildeling af specielt sammensatte flydende næringsstoffer gennem en sonde, der føres direkte ned i tarmkanalen (sondeernæring) eller via et kateter direkte ind i en blodåre (parental ernæring).

Diæter, der er baseret medicinske symptomer

En ordineret ration af mad eller næringsstoffer, der indtages oralt og bruges i behandlingen af specifikke sygdomme, som for eksempel lipidreducerende kost, diabetikerkost og energireduceret kost.

Sygdomsrelateret underernæring

En tilstand med utilstrækkeligt indtag, udnyttelse eller optagelse af energi og næringsstoffer på grund af individuelle eller systemmæssige faktorer, der resulterer i nyligt eller hurtigt vægttab og ændringer i organers funktion, og som sandsynligvis vil blive forbundet med et dårligere udfald af sygdommen eller behandlingen. Underernærede patienter kan være overvægtige eller meget overvægtige i henhold til deres BMI (body mass index).

Menu, der er rig på energi og protein

En menu, der har et højt indhold af næringsstoffer på grund af brug af fødevarer med et højt indhold af fedt eller protein.

Madservice

Et system, hvor der tilberedes og serveres måltider for hospitalspatienter i professional sammenhæng. Systemet omfatter madservicelokalerne, fremstillings- og distributionsteknologien og det personale, der er involveret i ledelse, fremstilling, distribution og servering.

Hospitalsmad

De måltider, der serveres på hospitaler – heriblandt diæter, der er baseret på medicinske symptomer.

Ernæringsmæssig vurdering

En omfattende vurdering af *ernæringsmæssig status*, deriblandt et eller flere af disse områder: sygehistorie, kosthistorie, fysisk undersøgelse, antropometriske målinger og laboratoriedata.

Ernæringsmæssig pleje

Den grundlæggende opgave, der består i at give patienten tilstrækkelig og passende mad og drikke og/eller kunstig ernæring.

Ernæringsmæssig risiko

Risikoen for ernæringsrelaterede komplikationer i forbindelse med sygdommen eller behandlingen.

Vurdering af ernæringsmæssig risiko

Fremgangsmåden for at identificere kendetegn, der typisk er forbundet med ernæringsrelaterede komplikationer. Formålet er at identificere udsatte patienter, der kan opleve forbedrede kliniske resultater, hvis de får ernæringsmæssig støtte.

Ernæringsudvalg

En rådgivende komité, der består af personale fra alle områder, heriblandt den del af ledelsen, der er involveret i patientens ernæringsmæssige pleje.

Ernæringsmæssig støtte

Vurdering af nuværende ernæringsmæssig status, vurdering af ernæringsmæssige behov, ordinerings og tildeling af passende mængder energi, makro- og mikronæringsstoffer, elektrolytter og væske (i form af almindeligt hospitalmad (første valg), flydende kost og/eller kunstig ernæring), overvågning af det førstnævnte i forbindelse med klinisk status og sikring af, at den mest optimale ernæringsrutine benyttes på alle tidspunkter. Ernæringsmæssig støtte er en del af den medicinske behandling og dens formål er at forbedre eller bevare patientens ernæringsmæssige status og fremskynde og forbedre helbredelsen.

Ernæringsmæssige støttehold

Et multifagligt hold med ekspertise inden for ernæring, der er involveret i ernæringsmæssig støtte, og hvis ansvarsområder varierer i henhold til lokale forhold, interesser og ressourcetildelinger. Tager som regel aktivt del i ernæringsmæssig støtte, og udfører opgaver inden for kvalitetskontrol, standardiseringspraksis, indsamling af nye oplysninger og uddannelse af andre sundhedseksperter.