

Covid-19 har stor innvirkning på hverdagen til sykepleiere i geriatrien

Mange sykepleiere opplever at smittevernloven trumfer faglig forsvarlighet og menneskelige hensyn. De forteller om en ledelse som har vært fraværende under pandemien.

Gro Næss

Høgskolelektor
Universitet i Sørøst-Norge

Siri Tønnessen

Professor
Universitet i Sørøst-Norge

Covid-19

Eldre

Sykehjem

Sykepleien 2020 108 (82770) (e-82770)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.82770

Hovedbudskap

Sykepleiere i frontlinjen i geriatrisk helsearbeid forteller om store utfordringer under covid-19-pandemien. Med hjemmel i smittevernloven ble det innført en rekke mer eller mindre kunnskapsbaserte strakstiltak. Da ledelse og leger forsvant ut til hjemmekontor og pårørende ikke slapp inn, ble hverdagen krevende for pasienter og sykepleiere. Redusert tilbud om helsehjelp for pasientene og trippel oppgaveforskyvning for sykepleierne ser ut til å være noe av konsekvensene av vårt ønske om et godt smittevern.

Siden midten av mars har pasienter og ansatte i geriatrisk helsearbeid hatt en spesielt krevende hverdag. Pandemien covid-19 (SARS-CoV-2) førte til store endringer i helsetjenesten. De skrøpeligste eldre med multisykdom har høyest risiko for alvorlig sykdom og død ved smitte.

Tall fra Norge frem til 24. juni 2020 viser at om lag 87 prosent av meldte covid-19-assosierte dødsfall har vært i gruppen over 70 år (1). Det er også grunn til å tro at sykdomsforløpet hos eldre over 70 år utvikler seg raskere enn hos andre aldersgrupper (2).

Vi stiller derfor følgende spørsmål: Hvordan har det vært å jobbe med den mest sårbare og utsatte pasientgruppen med høyest forventet dødelighet i denne tiden? Hva erfarte sykepleierne som hadde ansvar for våre sykeste gamle?

Studenter svarte på spørreskjema

Studenter ved en utdanning i geriatrisk vurderingskompetanse fortalte om erfaringer og bekymringer vedrørende covid-19. Vi spurte om de var villige til å dele sine erfaringer med oss via et spørreskjema der resultatene ville bli presentert i en fagartikkel. Spørreskjemaet ble lagt ut i læringsplattformen, og studenter som ønsket å delta, leverte sine svar anonymt i en egen mappe.

Det var 36 studenter i klassen, men frafallet de siste samlingene var betydelig fordi sykepleierne ikke fikk fri fra egen praksis for delta i undervisningen under pandemien. Tjuen sykepleiere som jobber i geriatrisk helsearbeid, og som samtidig fullfører en geriatrisk videreutdanning, svarte på et spørreskjema med åpne spørsmål.

I denne artikkelen formidler vi sykepleiernes erfaringer og refleksjoner om hvordan den første tiden etter pandemiutbruddet i Norge har preget deres arbeidshverdag og pasientenes tilbud om helsehjelp.

I diskusjonen fokuserer vi på hvordan vi kan forstå sykepleiernes svar, og hva vi trenger mer kunnskap om for å være bedre forberedt på en ny bølge av covid-19, eventuelt en ny epidemi eller pandemi med særlige konsekvenser for den syke gamle.

Sykepleierne er redde for å smitte andre

Alle sykepleierne beskriver at de har tatt imot og ivaretatt pasienter med mistanke om covid-19-virus, men få har hatt pasienter med positiv test. Pasienter med symptomer behandles som smittebærere inntil negativt prøveresultat foreligger.



«Alle er svært bekymret for å være smittebærere.»

Det er slående at ingen sier at de er redde for å bli smittet selv, men alle er svært bekymret for å være smittebærere. De er redde for å være den som bringer smitte videre til pasienter, venner og familie som er i risikogruppen. Derfor har mange lite kontakt med venner og familie samt har pålagt egne barn restriksjoner for å begrense smittefaren.

På grunn av pålagte smittevernregler og karanteneregler er et altoverveiende søkelys på smittevern, riktig bruk av smittevernutstyr, renhold og beredskap.

Hverdagen er endret etter covid-19

Sykepleierne beskriver en hverdag der både rollen som arbeidstaker og profesjonsutøver utfordres og forandres. Ikke minst får endringene konsekvenser for pasientene og deres pårørende. Den endrede hverdagen etter introduksjonen av covid-19-viruset ser ut til å ha gjennomgått ulike faser:

Fase 1 handler om de første ukene og beskrives som en urolig tid der det meste er usikkert og kaotisk. Dagene er uforutsigbare og preges av raske endringer og uklare ansvars- og arbeidsforhold. Sykepleierne «bombarderes» med ny informasjon hver dag og ulike beskjeder fra dag til dag.

Informasjonen kommer ikke nødvendigvis fra egen institusjonsledelse. Sykepleierne skaffer seg gjerne denne informasjonen på egen hånd. For å holde seg oppdatert følger de særlig NRK og nettsidene til Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet.

En sier følgende: «Det nye nå er at jeg starter dagen med frokost og siste nytt fra FHI og Helsedirektoratet.» De beskriver en prosess der rammer og forutsetninger for daglig drift raskt endrer seg, samtidig som de opplever pålegg om å følge direktiver uten mulighet til å påvirke. Hverdagen er preget av kontinuerlig omstilling, der en «veien blir til mens man går»-innstilling er helt nødvendig.

Når situasjonen roer seg, er de over i fase 2. Da er rutiner utarbeidet og arbeids- og ansvarsforhold mer avklart, oppgaver fordelt, tiltak iverksatt og turnus på plass. De beskriver seg selv som forberedt når endringer kommer. Fordi de har lært seg å leve med stadige endringer, er hverdagen mer forutsigbar.

Forventningen om og aksepten av stadig nye beskjeder er den nye hverdagen. Tidspunktet for overgangen til fase 2 varierer på de ulike arbeidsplassene, avhengig av når de har fått struktur og «orden» i organisasjonen.

I det følgende presenterer vi de endringene som sykepleierne beskriver har vært mest sentrale i prosessen. Vi viser dessuten hvilke konsekvenser endringene har medført for sykepleiere og pasienter.

Oppgaver og ansvar er forskjøvet

De fleste sykepleierne beskriver at ansatte i administrative og ledende stillinger er pålagt hjemmekontor. Den digitale ledelsen er kun tilgjengelig på e-post og telefon, noe som medfører at «flere lederoppgaver delegeres til oss som er sykepleiere på arbeidsplassen». En sykepleier sier det slik:

«Ledere og andre som ikke jobber pasientrettet, fikk hjemmekontor. Det medførte en del merarbeid på oss i avdelingen for å koordinere, planlegge, informere, lære opp og organisere hverdagen på en mer og mer isolert sykehjemsavdeling og redusere oppgaver i hjemmetjeneste og praktisk bistand.



«Sykepleierne på avdelingen får nå ansvaret for å koordinere, planlegge, informere, lære opp og organisere hverdagen.»

Flere av oss sykepleiere ble ansvarlig for disse oppgavene. Samtidig skulle vi forberede oss på eventuell smitte med flytting og frigjøring av rom, planlegging av smittebil, kartlegging av smittevernutstyr, bestillinger, rutiner for smittevern ble gjort kjent, etablere lokalt testet team med opplæring av personell sammen med smittevernlegen.»

Sykepleierne på avdelingen får nå ansvaret for å koordinere, planlegge, informere, lære opp og organisere hverdagen. Dermed beskriver de en forskyvning av både ledelsesoppgaver og ansvar.

Lokaler og arbeidsorganisering er endret

Flere sykepleiere beskriver at bygninger må endres fysisk for å tilfredsstillende de nye smittevernreglene. På kort tid blir avdelinger og andre lokaler omgjort til «koronamottak». Det bygges separate innganger, lages sluser og gjennomføres andre tiltak for å skille pasienter med mistanke om smitte fra pasienter uten mistanke om smitte.

De ansattes arbeidsorganisering endres for å redusere smitteoverføring. De beskriver endret turnus, innføring av 12,5 timers vakter samt begrensning av antall ansatte i samme rom til fem personer og med en til to meters avstand.

Flere beskriver at gruppeorganisering innføres, og noen steder blir de ansatte inndelt i separate team rundt pasienter som er smittet eller mistenkt smittet. Det innebærer også egen turnus, egen garderobe med mer for de ansatte i teamet. Den nye arbeidsorganiseringen utfordrer arbeidslivets normale normer, da regler knyttet til blant annet oppsigelse av turnus ikke blir overholdt.

Behovet for arbeidskraft har økt

En konsekvens av smittevern, karantenereregler og flere arbeidsoppgaver er et større behov for arbeidskraft. Ansatte i deltidstillinger får økt stillingsprosent, andre blir pålagt merarbeid samt mer bruk av ekstravakter og assistenter.

En av sykepleierne fortalte dette: «Det har blitt overtid daglig for å sørge for bestilling av utstyr, klargjøring av rom og opplæring.» Behovet for å bruke assistenter skaper tidvis bekymring siden disse mangler helsefaglig kompetanse, særlig knyttet til smittevern.

Nye rutiner og planer er innført

Alle beskriver at det innføres nye rutiner for å forhindre smittespredning. Det lages smittevernplan, beredskapsplan og ny organisasjonsplan. Det opprettes koronatelefon og vakt ved inngangen som hindrer uvedkommende tilgang til bygninger.

Det kan se ut til at sykepleierne på flere avdelinger er overlatt til seg selv for å finne kunnskapsgrunnlaget for nye rutiner, og at kunnskapsoppdateringen gjøres på fritiden.

Det ser ikke ut til at det er lederne som søker opp kunnskapsgrunnlaget og trekker konklusjoner om hva det konkret innebærer av endringer og tilpasninger. Derimot er det flere steder sykepleierne på avdelingene som må utvikle nye rutiner som er relevante for arbeidsplassen.

En sykepleier forklarer det slik: «Det er store ulikheter i rutiner for smittevern i hver enkelt avdeling i virksomheten, da det legges opp til at hver enkelt avdeling skal utarbeide sine egne rutiner.

Og med da et samtidig fravær av avdelingsledere [da disse har hjemmekontor], er det store forskjeller og avvik. Dette oppleves ikke greit.» Det er derfor ikke rart at flere beskriver at forskjellige avdelinger i kommunen innfører ulike rutiner og regler i starten, noe som skaper mye forvirring og usikkerhet.

Behovet for utstyr må dokumenteres

Sykepleierne beskriver en varierende tilgang på nødvendig smittevernutstyr. Noen har mye, andre har lite, og noen har mangler. Enkelte beskriver at engangsutstyr brukes flere ganger, noe som vekker bekymring. Felles er imidlertid innføringen av ulike kontrollrutiner knyttet til bruk av utstyr.

En arbeidstaker pålegges dette ansvaret, oftest en sykepleier. Ansvaret innebærer å kartlegge behovet for utstyr samt kontrollere bruken av utstyr og bestille utstyr.

Samtidig skal det dokumenteres hvem som har behov for utstyr samt begrunnes hvilket utstyr de trenger og i hvilken mengde. Mange steder har de også en «krisesekk» med utstyr tilgjengelig.

Tjenestetilbud er redusert og endret

Sykepleierne beskriver at tjenestetilbudet til pasientene er kraftig redusert. I hjemmesykepleien er antallet besøk redusert og tiden hos hver enkelt nedkortet. I tillegg forteller de om pasienter som ikke ønsker å opprettholde tilbudet de har vedtak om, grunnet smittefrykt.

Tilbudet om praktisk bistand er for mange falt bort eller har tatt «pause». Videre er tilbud om avlastning, rulleringsopphold, dagsenter og aktivitetssentre lukket. På sykehjem beskriver de at legetjenester er redusert, der konsultasjoner og legevisitt gjøres over telefon eller digitalt.

Sykepleierne beskriver at legene i større grad lytter til deres vurderinger og legger sykepleiernes observasjoner og vurderinger til grunn for sine beslutninger om å endre den medisinske behandlingen.

Sykepleierne får dermed et større ansvar for systematisk observasjon, vurdering og dokumentasjon i komplekse pasientsituasjoner der pasienten er sårbar, og der små endringer i funksjon kan være første varsel om akutt sykdom eller akutt funksjonssvikt.

Slike observasjoner og vurderinger krever høy sykepleiefaglig kompetanse – en kompetanse som er mangelvare flere steder. De beskriver også at tiden til rapport i vaktskiftene er redusert til 15 minutter.

Pasientene er fortvilet og ensomme

Flere sykepleiere beskriver at pasientene føler seg dobbelt utsatt; de er både gamle og syke. Noen pasienter i hjemmesykepleien er engstelige for smitte, de våger ikke å ta imot besøk og isolerer seg.

På sykehjem innebærer den endrede hverdagen at noen pasienter spiser alene, de sitter to meter fra hverandre, og ingen kommer på besøk. Pasientene opplever ensomhet og «å være på utsiden av sin egen familie». På sykehjem spør pasienter etter sine og forstår ikke hvorfor de ikke får besøk.

Pasienter er fortvilet og urolige, noen hallusinerer, og noen blir deliriske. På den ene siden beskriver sykepleierne at pasientene er redde, samtidig som de vil følge med og ser på nyheter – og da blir de enda mer urolige.



«Sykepleierne etterlyser et mer nyansert nyhetsbilde.»

Sykepleierne opplever generelt at informasjonen til befolkningen gjennom TV og andre medier har vært overveldende og har inneholdt til dels mye negativ informasjon om eldre. Nærmest daglig har det vært informasjon om dødsfall blant eldre knyttet til covid-19.

Eldre er i risikogruppen, men lite av det som sendes, handler spesifikt om utfordringene med andre særegne symptomer og spesielle hensyn som må tas hos eldre med covid-19. Hva eldre selv ønsker, omtales i liten grad. Dette er en utfordring. Sykepleierne etterlyser et mer nyansert nyhetsbilde.

Isolerte pasienter krever mer av sykepleierne

Sykepleierne beskriver at når pasientene er ensomme og isolert fra sin egen familie, får sykepleierne som profesjonelle omsorgsutøvere et utvidet ansvar i rollen sin. De gamle har behov for pårørende, men de pårørende er ikke der.

En sykepleier sier følgende: «Det var noe vi snakket en del om, og at vi ble deres sosiale kontakt, og vi fokuserer på at alle skal få tid til å bli sett, hørt og lyttet til mer nå enn vanlig.» Også pårørende har hatt større behov for kontakt med sykepleierne når de ikke har kunnet ha fysisk kontakt med de syke gamle.

Sykepleierne forteller imidlertid også rørende historier der pårørende har kjøpt Ipad, slik at de kan ha kontakt og snakke med den gamle digitalt, eller der pårørende dukker opp og «møter» den gamle gjennom vinduet. Det er emosjonelt, og det krever tilrettelegging fra sykepleierne.

Sykepleierne beskriver tiden med covid-19 som en spennende og utfordrende tid som har gjort noe med arbeidsfellesskapet. Alle vil bidra. Flere sier at de nå er en sammensveiset gjeng, og at de har mindre sykefravær. Samtidig ser de utfordringer og tenker at det ikke kan fortsette slik.

«Det er som vi har glemt den vanlige hverdagen», sier en av sykepleierne. Flere understreker at vi må snakke om de utfordringene som følger med konsekvensene av direktivene og påleggene som er iscenesatt i den hensikt å begrense smitteoverføring av covid-19.

Diskusjon – hva kan gjøres?

Slik vi ser det, er det særlig nødvendig å løfte frem og diskutere konsekvensene som tiltakene har hatt for pasientene, og forskyvningen av oppgaver og ansvar til sykepleiere i frontlinjen under pandemien.

Når det gjelder konsekvensene tiltakene har hatt for pasientene, kan man lure på hva som har vært vanskeligst å leve med: smittetrusselen eller isoleringen? Hva har vi påført de mest sårbare pasientene med vårt ønske om å skåne dem fra smitteoverføring, og hva ville de skrøpeligste eldre selv valgt om de ble spurt?

Kan isolering, redusert tjenestetilbud, nye rutiner og uro ha bidratt til å utvikle ytterligere funksjonssvikt som eksempelvis ernæringssvikt og endret mental tilstand hos multisyke gamle, slik sykepleierne erfarer?

De sykeste eldre pasientene kan ha vage, diffuse og atypiske symptomer ved smitte av covid-19. De kan ha diaré, kvalme, hodepine eller utmattelse. I tillegg kan symptomer som akutt funksjonssvikt, akutt forvirring, forverring av kronisk sykdom og fall være de eneste symptomene på en infeksjonssykdom (3).

Det gjør det spesielt viktig å observere systematisk og kartlegge ved symptomfremvisning og funksjonsendring hos de skrøpeligste eldre.

Blir dokumentasjonen ivaretatt?

Skrøpelige eldre i terminalfasen grunnet covid-19 kan oppleve dyspné, angst, høy feber og generell sykdomsfølelse (4). De er i tillegg ytterligere utsatt for delirium (5). Sykepleiernes erfaringer tilsier at det kan ha vært krevende og noen steder umulig å ivareta spesielle hensyn hos denne pasientgruppen på grunn av smittevernhensyn og økt belastning på personalet.

Det kan også raskt oppstå et dilemma knyttet til å vurdere når og om den skrøpelige gamle som blir akutt syk under en pandemi, skal legges inn på sykehus fra sykehjem eller hjemmesykepleien. Kliniske retningslinjer er i utgangspunktet vanskelige å følge når den gamle pasienten er multisyk (6).

Det kan se ut til å ha vært en (mis)oppfatning at eldre med akutt sykdom under covid-19 pandemien ikke skulle legges inn på sykehus, men få sin helsehjelp i kommunen (7).

Når sykepleiere forteller om økt arbeidspress, større ansvar og kortere rapporter, er det også grunn til å spørre om det har vært mulig å prioritere dokumentasjon av gjennomførte vurderinger, tiltak og evalueringer i den nye situasjonen? Slik dokumentasjon vil være spesielt viktig med tanke på covid-19 og varierende symptombilder, særlig hos eldre.

Sykepleierne forteller lite om utfordringer knyttet til dokumentasjon under pandemien, men vi vet at pasientdokumentasjonen i utgangspunktet kan være mangelfull hos denne pasientgruppen (8). Det er dermed liten grunn til å tro at økt ansvar og flere oppgaver har bidratt til å styrke dokumentasjonen under pandemien.

Oppgaveforskyvningen tredobles

Sykepleierne forteller om oppgaveforskyvning fra både pårørende, ledere og leger. Under pandemien har de fått en utvidet «pårørendefunksjon», der de i større grad må ivareta psykososiale behov som pårørende ellers bidrar til å dekke.

Som profesjonell omsorgsarbeider er det en kunst å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp uten å være for privat eller personlig. Det har blitt mer utfordrende å finne en god balanse mellom nærhet og avstand i relasjonen.

Det er betenkelig når erfaringene tilsier at sykepleiernes egne oppgaver også har økt i omfang grunnet smittevern og nye tidkrevende rutiner. Erfaringene fra sykepleierne i vårt materiale tilsier tydelig at ansvaret for å vurdere pasienters helsetilstand har vært uavklart og ulikt i praksis.



«Sykepleierne forteller om oppgaveforskyvning fra både pårørende, ledere og leger.»

Sykdomsbildet hos en eldre covid-19-pasient kan endre seg raskt og kompliseres av akutt lungesvikt, hjertesvikt, sepsis og eventuelt nyresvikt. Sykepleierne forteller ikke noe om hvorfor legene mange steder så til de eldre pasientene sjeldnere enn tidligere.

Pågangen hos fastlege og på poliklinikker har samtidig vært redusert under pandemien. Kunne eksempelvis noe av denne legeressursen vært benyttet på en annen måte for å ivareta de mest sårbare eldre? Kunne kommunen brukt sin styringsrett for å bidra til bedre helsehjelp?

Betydningen av en klar og trygg ledelse i slike unntakssituasjoner er godt dokumentert. Sykepleierne forteller videre om kolleger som har behov for å snakke om sin frykt. En sykepleier forteller derfor om hvor viktig det er å være synlige på avdelingen, svare på telefoner og være tilgjengelige på e-post 24/7. Disse oppgavene går åpenbart utover vanlig turnusarbeid.

Kompetansebehovet har blitt større

Det kan se ut til at kompetansebehovet har blitt større under pandemien. Det gjelder både smittevern, sykdomsutvikling hos eldre og økt vurderingsansvar. Samtidig forteller sykepleierne om stor vilje til selv å fremskaffe nødvendig kunnskap.

Det er både beroligende og urovekkende. Beroligende fordi de selv ser behovet for ny kunnskap, men urovekkende fordi de forteller om en fraværende ledelse i denne sammenhengen og bruk av fritiden til å tilegne seg nødvendig kunnskap.

Sykepleierne har nå har fått flere oppgaver samtidig med større oppfølgingsansvar og redusert tilgjengelighet av medisinsk kompetanse. Da er det bekymringsfullt at de har fått mindre tid til å utveksle kunnskap til hverandre. I lys av eldre pasienter som en særlig utsatt pasientgruppe kan man spørre seg om ivaretagelsen av behovet for helsehjelp har vært forsvarlig.

Hva har vært viktige lederutfordringer, og hvordan kan disse løses for å bidra til en god klinisk ledelse i slike utfordrende perioder? Dette spørsmålet er viktig å besvare i fremtiden.

Smittevernloven trumfer faglig forsvarlighet

Det ser ut til at uttalelsen fra en sykepleier om at «min største bekymring har vært etiske problemer og faglig forsvarlighet» sammenfatter det faktumet at smittevernloven trumfer faglig forsvarlighet og menneskelige hensyn, og at sykepleiere i frontlinjen må bære dette ansvaret i møte med syke gamle.

Paradoksalt nok har sykefraværet hos sykepleiere flere steder likevel vært lavt, og mange forteller om en opplevelse av spennende og utfordrende dager med omstilling og ny informasjon, og om en sammensveiset gjeng med kolleger som gjør sitt beste.

Oppsummert tyder mye på at sykepleiere har evnen og viljen til å bidra utover det som er deres ansvar når det er behov for det. En tilstedeværende ledelse er likevel helt nødvendig i unntakstilstander slik vi har opplevd med covid-19.

Ledelsen må sikre den daglige driften og en forsvarlig ansvarsfordeling. Slik kan sykepleiere frigjøre tid til å ivareta menneskelige hensyn, nye kunnskapsbaserte rutiner og faglig forsvarlighet i samsvar med pasientenes ønsker.

Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Statistikk om koronavirus og covid-19. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus> (nedlastet 24.06.2020).
2. Eriksen S, Grov E, Lichtwarck B, Holmefoss I, Bohn K, Myrstad C, et al. Behandling, omsorg og pleie for døende sykehjemspasienter med covid-19. Tidsskr Nor Legeforen. 2020;140(8). DOI: [10.4045/tidsskr.20.0306](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0306)
3. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
4. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu s, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020;180(7):934-43. DOI: [10.1001/jamainternmed.2020.0994](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994)
5. Neerland BE, Watne LO, Krogseth M. Delirium hos pasienter med covid-19. Tidsskr Nor Legeforen. 03.04.2020. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0264](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0264)
6. Grimsmo A, Løhre A, Røssstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2018;36(2):152-60. DOI: [10.1080/02813432.2018.1459167](https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167)
7. Wyller TB. «Hvilekjær» i pandemien må brukes til bedre planlegging for de eldste. Tidsskr Nor Legeforen. 2020; (8). DOI: [10.4045/tidsskr.20.0325](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0325)
8. Næss G, Kirkevold M, Hammer W, Straand J, Wyller TB. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. BMC Health Services Research. 2017;17(1):645. DOI: [10.1186/s12913-017-2600-x](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x)