

Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie

Zusammenfassung

Hintergrund: Für etwa 13% der Familien mit Säuglingen in Deutschland besteht Unterstützungsbedarf im Rahmen Früher Hilfen. Um die Entwicklungsbedingungen für Kinder zu fördern, gewinnt die Kooperation zwischen den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens an Relevanz. Freiberufliche Hebammen werden als Partnerinnen in den Netzwerken Früher Hilfen angesehen, ihre Perspektive zur Kooperation ist kaum erforscht.

Ziel: Die Studie analysiert zentrale Konzepte des Hebammenhandelns im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen.

Methodik: 27 problemzentrierte Interviews mit freiberuflichen Hebammen in Deutschland bilden die Basis der qualitativen Untersuchung. Der Feldzugang erfolgte über lokale Mailverteiler, Anzeigen in Hebammenzeitschriften, Besuche von Kongressen und durch Unterstützung von Gatekeepern. Die Interviews wurden mittels Leitfaden geführt, digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse: Als zentrales Konzept der Kooperation von Hebammen in den Frühen Hilfen wurde die Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Klientinnen identifiziert. Diese prägt die Arbeitsbeziehung der beiden, sowie die Zusammenarbeit der Hebammen mit den Akteurinnen und Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe. Einige Hebammen bauen auf dem Vertrauen der Klientinnen auf, um sie an Angebote des Jugendamtes zu vermitteln, andere nutzen es zur Abgrenzung vom Jugendamt.

Schlussfolgerung: Die Herausforderung für die freiberuflichen Hebammen besteht darin, ihre Rolle als Kooperationspartnerin in den Netzwerke Früher Hilfen zu finden, ohne dabei das Vertrauen der Frauen zu verlieren. Dies erfordert klare und verständliche Rahmenbedingungen für alle in die Netzwerke eingebundenen Akteurinnen und Akteure.

Schlüsselwörter: Frühe Hilfen, freiberufliche Hebamme, interprofessionelle Kooperation, Vertrauen

Martina
Schlüter-Cruse^{1,2}
Friederike zu
Sayn-Wittgenstein^{1,2}

1 Hochschule Osnabrück,
Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften,
Osnabrück, Deutschland

2 Private Universität
Witten/Herdecke gGmbH,
Fakultät für Gesundheit,
Witten, Deutschland

Hintergrund

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern ist mitunter von familiären psychosozialen Belastungen geprägt [13][48]. Die Folgen dieser Belastung werden u.a. mit einem höheren Ausmaß an Verhaltensproblemen [13][48], Einschränkungen der kognitiven Entwicklung und einer Verminderung der Affektregulation bei den Kindern beschrieben [48]. Einige Autor/innen erklären die erhöhte Vulnerabilität für psychische und körperliche Erkrankungen im Erwachsenenalter im Zusammenhang mit einer psychisch belasteten Kindheit [6].

Eine repräsentative Studie zu psychosozialen Belastungen bei Eltern belegt, dass ca. 13% der Familien mit Säuglingen in Deutschland als hoch belastet gelten und unter-

streicht damit die Notwendigkeit von Prävention im Sinne Früher Hilfen. Als hochbelastet wird das Vorliegen von mindestens vier der folgenden Merkmale definiert: alleinerziehend, ungeplante Schwangerschaft, kindliche Dysregulation, hoher elterlicher Stress, elterliche Impulsivität, elterliche Gewalterfahrung in Partnerschaften, häufige Partnerschaftskonflikte, hohes Angststörungs-/Depressionsrisiko, negative elterliche Kindheitserfahrungen, SGBII Bezug und ein mütterliches Alter von unter 21 Jahren bei der Geburt des Kindes [7].

Seit 2012 wird im Rahmen der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ ([17] §3 Abs.4) [45] der Auf- und Ausbau spezifischer Angebote unterstützt, um förderliche Entwicklungsbedingungen für Kinder in ihren Familien zu stärken [27]. Als zentral für die

Umsetzung dieser Aufgabe wird die Kooperation der Akteur/innen des Gesundheitssystems mit jenen aus der Kinder- und Jugendhilfe betont [25].

Familienhebammen sind als Kooperationspartner/innen Früher Hilfen im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz ausdrücklich verankert ([17] §3 Abs.4). Familienhebammen sind staatlich geprüfte Hebammen und verfügen über eine Zusatzqualifikation. Sie leisten physische und psychosoziale Betreuung und Beratung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft und in den ersten zwölf Lebensmonaten des Säuglings [14]. Sie werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst, der Kinder- und Jugendhilfe, freien Trägern der Wohlfahrtspflege oder von Stiftungen und Vereinen beauftragt und honoriert [14][23]. Zahlreiche Autoren untermauern die interprofessionelle Kooperation als zentrales Merkmal der Familienhebammenarbeit [2][14][16][22][33] S.11). Diskussionen um eine bedarfsgerechte Versorgung belasteter Familien in Deutschland werden teilweise vor dem Hintergrund eines Mangels an Familienhebammen geführt [25][26].

Neben Familienhebammen sind auch freiberufliche Hebammen als „relevante Akteure aus dem Gesundheitswesen“ ([45] Art.2 Abs.3) aufgefordert in den Netzwerken Früher Hilfen zu kooperieren. Die Versorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit durch eine Hebamme steht als Regelleistung des Gesundheitswesens allen Frauen zur Verfügung ([39] §134a) und richtet sich auch an sozial und medizinisch belastete Schwangere und Mütter [14][23]. Freiberufliche Hebammen sind seltener als Familienhebammen in den Netzwerken Früher Hilfen aktiv [19]. Die mit dem Auf- und Ausbau der Netzwerke Früher Hilfen in Deutschland einhergehende Forderung nach Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteur/innen in diesem Feld wirft grundlegende Fragen zur interprofessionellen Kooperation von Hebammen auf.

In einem integrativen Review wird als Ergebnis beschrieben, dass wenige Studien ausschließlich auf die Hebammenperspektive der interprofessionellen Kooperation fokussieren. In der Mehrheit der Studien wird die Hebammenperspektive unter einer disziplinenübergreifenden Perspektive subsummiert [35].

Hebammen in Schweden, Australien und Deutschland erleben die Kooperation mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens bei der Betreuung von Frauen und Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf als gewinnbringend [3][4][29][30]. Die Zusammenarbeit eröffnet ihnen Kontakte zu Frauen und Familien, zu denen der Zugang erschwert ist. Dies wiederum ermöglicht einen Beziehungsaufbau zu den Familien [29]. Sie geben an, von berufsgruppenübergreifenden Arbeitstreffen zu profitieren, in denen fallspezifische Probleme diskutiert [30] und psychosoziale Bedürfnisse von Familien erörtert werden [36]. In interdisziplinären Fallkonferenzen erlangen sie Kompetenzen zur Einschätzung von Familien in Problemlagen [3]. Von einer effektiven Vernetzung an der Schnittstelle zwischen vor- und nachgeburtlicher Versorgung sowie Kindergesundheitsversorgung profitie-

ren aus Sicht von Hebammen und Kinder- und Familiengesundheitspflegenden in Schweden und Australien¹ auch die Eltern. In beiden Ländern erhalten Frauen und ihre Neugeborenen während der Schwangerschaft, der Geburt und postnatal Betreuung durch eine Hebamme [4][15]. Darüber hinaus ist von Geburt an bis ins Kleinkindalter eine gesundheitliche Versorgung durch Kinder- und Familiengesundheitspflegende in Australien sowie durch Kindergesundheitspflegende in Schweden etabliert [4][15]. Durch die gelingende Zusammenarbeit beider Berufsgruppen können Verwirrungen und ein Gefühl des Verlorenseins im Versorgungssystem der Eltern verhindert werden [4]. Effektive Arbeitsbeziehungen zwischen den Akteur/innen unterstützen den Aufbau positiver Beziehungen zu den Familien und bewirken eine längerfristige Aufrechterhaltung des Kontakts zu diesen [31]. Einer deutschen Untersuchung folgend wird beim Aufbau von Klienten-Beziehungen auch der Vertrauensbildung eine konstitutive Bedeutung zugeschrieben [8]. Betont wird die Autonomie der Adressat/innen, die aktiv den Professionellen Vertrauen schenken müssen, was nicht als unhinterfragte personale Ressource aufzufassen sei [8].

Interprofessionelle Arbeitsbeziehungen sind der Schlüssel zum Erfolg von Innovationen an der Schnittstelle zwischen geburtshilflichen Dienstleistungen und Kinder- und Familiengesundheitsdienstleistungen [29]. Um ein tieferes Verständnis der Arbeitsbeziehungen von australischen Hebammen zu gewinnen, wurden diese gebeten auf einer Liste auszuwählen, mit welchen Berufsgruppen sie am häufigsten zusammenarbeiten. Hebammen pflegen eine Zusammenarbeit insbesondere mit benachbarten Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Der Aufbau von Arbeitsbeziehungen zu den anderen Akteur/innen benötigt oftmals viel Zeit und ihre Aufrechterhaltung gestaltet sich schwierig [31]. Die australische Untersuchung zeigt auch, dass Hebammen und andere Berufsgruppen der Beziehungsdimension im Hinblick auf die Intensität von Zusammenarbeit eine höhere Bedeutung als organisatorischen Faktoren beimessen [31]. Dieses Ergebnis bestätigen 1.418 Mitarbeitende aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in einer norwegischen Querschnittsstudie, die Führungsstrukturen und formalen Faktoren eine geringere Bedeutung zuweisen als interprofessionellen Beziehungen [5].

Ein respekt- und vertrauensvoller Umgang gilt als bedeutsam im Hinblick auf eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit [5][37]. Auf die Frage, was zur Erreichung guter Zusammenarbeit am wichtigsten sei, werden Vertrauen und Respekt von Hebammen, Ärzt/innen, *child protection workers* und *public health nurses* in Norwegen am höchsten bewertet, gefolgt von professioneller Kompetenz, Verbindlichkeit und der Fähigkeit zusammenarbeiten zu können [5].

Durch die in Deutschland vorgesehene Einbindung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen sind diese aufgefordert, mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens zu kooperieren. Vor diesem Hintergrund ist es von Interesse zu erfahren, welche

Sichtweise freiberufliche Hebammen auf die Zusammenarbeit mit den Akteur/innen in diesem Feld zeigen.

Ziel

In diesem Artikel werden Teilergebnisse einer Studie dargestellt, deren Ziel es ist, empirisch fundierte Einblicke in die interprofessionelle Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Akteur/innen der Frühen Hilfen zu gewinnen. Im Mittelpunkt steht die Hebammenperspektive.

Die forschungsleitende Untersuchungsfrage des in diesem Artikel gewählten Ausschnitts der Studie lautet:

Welche zentralen Konzepte prägen aus Sicht freiberuflicher Hebammen ihr Handeln im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen?

Methodik

Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird ein qualitatives Design gewählt. Dieser Zugang eignet sich, um Erkenntnisse über bislang wenig erforschte Facetten des alltäglichen Handelns von Hebammen zu gewinnen. Die Methoden qualitativer Forschung zielen darauf ab, das „Handeln und Interagieren der Subjekte“ ([9] S.27) in ihren Alltagswelten zu beschreiben. Qualitative Forschung gestattet einen erklärenden und verstehenden Zugang zu den Daten ([44] S.5). Ihr Ziel ist es, soziale Wirklichkeiten besser verstehbar und Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale sichtbar zu machen ([10] S.14). Die Zielgruppe waren freiberufliche Hebammen, die mindestens eine der Leistungen auf der Basis des Vertrags zur Versorgung mit Hebammenhilfe ([39] §134a) ausüben: Leistungen in der Schwangerschaft, während der Geburt und/oder in Wochenbett bzw. Stillzeit. Der Umfang der Freiberuflichkeit sollte im Sinne einer Minimalforderung mindestens zehn Stunden pro Woche umfassen, um ein angemessenes Minimum an Erfahrung sicher zu stellen.

Zugang und Datenerhebung

Um Kontraste auf regionaler Ebene zu erfassen wurde bundesweit rekrutiert. Ein guter Zugang zur Berufsgruppe der Hebammen ergab sich über die Zugehörigkeit der Erstautorin zur Berufsgruppe der Hebammen und ihre Mitgliedschaft im Deutschen Hebammenverband e.V. Es wurden lokale Mailverteiler genutzt und im Rahmen von Tagungen und Kongressen des Verbands über das Forschungsprojekt informiert und zur Teilnahme aufgefordert. Der Feldzugang erfolgte darüber hinaus durch Unterstützung von Gatekeepern sowie einen Aufruf zur Studienteilnahme in den deutschen Hebammenzeitschriften.

Zur Datenerhebung wurden insgesamt 27 problemzentrierte Interviews [46] mit einem Leitfaden geführt, digital aufgezeichnet und transkribiert. Der Leitfaden umfasste

unterschiedliche Themenblöcke, beispielsweise zur interdisziplinären Zusammenarbeit freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens oder zum Verständnis Früher Hilfen. Um ein offenes Vorgehen zu unterstützen, wurden die Fragestellungen im Leitfaden dem Gesprächsverlauf angepasst und Relevanzsetzungen seitens der Interviewpartnerinnen ermöglicht ([46] S.57).

Kennzeichnend für das problemzentrierte Interview ist, dass es am theoretisch-wissenschaftlichen Vorverständnis der Forscherin anknüpft ([20] S.333). Dies macht es möglich, Interviewaussagen verstehend nachvollziehen und am Problem orientierte Nachfragen zu stellen [47]. Die Dynamik von Offenheit und Theoriegeleitetheit im Erhebungsprozess ermöglicht eine adäquate Auswertung der Daten im weiteren Verlauf ([46] S.53). Vor diesem Hintergrund wurde das problemzentrierte Interview in Abgrenzung zu anderen Interviewformen als geeignete Methode angesehen.

Mittels Kurzfragebogen erfolgte die Erfassung der soziodemographischen Daten der Teilnehmerinnen. In einem Postskriptum wurden erste Interpretationsideen notiert.

Auswahl der Stichprobe

Die Auswahl der Hebammen folgte dem Prinzip des Theoretischen Samplings ([11] S.61–91) ([43] S.148–52) mit dem Ziel, unterschiedliche Facetten des untersuchten Phänomens herauszuarbeiten ([44] S.22). Theoretisches Sampling meint, die Daten während des gesamten Untersuchungszeitraums parallel zu erheben, zu analysieren und währenddessen darüber zu entscheiden, welche Personen als nächstes in die Forschung einbezogen werden sollen ([12] S.151). So wurde gezielt nach freiberuflichen Hebammen gesucht, die in landesspezifische Projekte Früher Hilfen eingebunden waren oder über erweiterte Kompetenzen im Bereich der Frühen Hilfen verfügten, nachdem sich im Anschluss an die erste Analysephase zeigte, dass nur wenige Hebammen aktiv in die lokalen Netzwerke eingebunden waren. Im Sinne einer Kontrastierung wurden Interviews mit langjährig erfahrenen Hebammen und Berufsanfängerinnen geführt, da die Analyse auf einen Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der Ausgestaltung von Kooperation hinwies. Nachdem eine „theoretische Sättigung“ ([11] S.76–7) erreicht war, d.h. keine Daten zur Entwicklung weiterer Eigenschaften der Kategorien mehr gefunden wurden, endete der Sampling-Prozess.

Analyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ([18] S.100), für den die Hermeneutik einen wichtigen Orientierungspunkt bildet ([18] S.17–8). Damit wird die interpretative Form der Inhaltsanalyse hervorgehoben, die Textauswertung als eine „menschliche Verstehens- und Interpretationsleistung“ ([18] S.27) begreift. Die gewählte Auswertungsmethode erscheint für die vorliegende Arbeit besonders geeignet,

da Vorwissen integriert und gleichzeitig analytische Perspektiven einbezogen werden können.

Für alle Interviews wurden Fallzusammenfassungen und Memos erstellt ([18] S.57–62). Auf diese Weise konnte ein Gesamtverständnis für den jeweiligen Interviewtext auf der Basis der Forschungsfragen entwickelt werden ([18] S.58). Die Fallzusammenfassungen bildeten die Grundlage für die Formulierung zentraler Themen, aus denen vorläufige Hauptkategorien entstanden. Weitere Hauptkategorien wurden aus dem Leitfaden entwickelt. Die Kategorienbildung erfolgte sowohl induktiv als auch deduktiv ([18] S.62). In der Anfangsphase entstanden umfangreiche Interpretationen in Form von Memos, die im weiteren Verlauf der Analyse detailliertere Formen annahmen. Dies erwies sich als wichtiger Schritt bei der Kategorienentwicklung. In einem ersten Kodierprozess wurde sämtliches vorliegendes Material mit den Hauptkategorien kodiert. Im nächsten Schritt folgte die Ausdifferenzierung und Bildung von Subkategorien anhand des Materials, das der jeweiligen Hauptkategorie zugeordnet wurde.

Die Arbeit orientierte sich an den Gütekriterien nach Steinke ([41] S.323–31). Interpretationen in Forschungsgruppen mit Pflege- und Hebammenwissenschaftlerinnen der Hochschule Osnabrück sowie die Reflektion der Kategorienbildung mit der Co-Autorin waren fester Bestandteil des Forschungsprozesses und gewährleisteten intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Die empirische Verankerung ist über Zitate gesichert, welche eine Rückbindung der Kategorien mit den Aussagen der Befragten gestatten. Das ethische Clearing erfolgte im März 2014 an der Universität Witten/Herdecke. Die Teilnehmerinnen unterzeichneten einen Informed Consent.

Ergebnisse

Die befragten Hebammen (n=27) wiesen ein Durchschnittsalter von 41,4 Jahren und eine Berufserfahrung von 16,6 Jahren auf. Die Interviews wurden in städtischen und ländlichen Regionen in 13 Bundesländern geführt. Die Datenerhebungsphase dauerte von Juni 2014 bis Februar 2016. Die Datenanalyse erfolgte parallel und wurde nach Abschluss der Datenerhebung weiter fortgesetzt. Die Mehrheit der Hebammen waren ausschließlich freiberuflich tätig (70%, n=19), während 30% (n=8) ihre Freiberuflichkeit mit einer Klinikanstellung kombinierten. Die Wochenbettbetreuung war die am häufigsten angebotene Leistung und wurde von allen Befragten verrichtet, gefolgt von Leistungen der Schwangerenvorsorge und -betreuung. Insgesamt 45% (n=12) Hebammen waren geburtshilflich aktiv, wovon die Mehrheit (26%, n=7) die Geburtshilfe als angestellte Leistung in der Klinik erbrachte.

Die Studie geht der Frage nach der Perspektive freiberuflicher Hebammen zu ihrer Kooperation mit den Akteur/innen der Frühen Hilfen nach. Als zentrales Konzept der Kooperation von freiberuflichen Hebammen in den Frühen Hilfen wurde die Vertrauensbildung zwischen Hebammen

und ihren Klientinnen identifiziert. Diese spiegelt sich auf zwei Ebenen: in der Arbeitsbeziehung zu den Klientinnen sowie in der Kooperation mit den Akteur/innen der Kinder- und Jugendhilfe.

Vertrauen im Kontext der Arbeitsbeziehung zu den Klientinnen

Das Vertrauen der Frauen gewinnen und aufrechterhalten

In Bezug auf die Vertrauensbildung zwischen den freiberuflichen Hebammen und den von ihnen betreuten Klientinnen betonen die Interviewten die Bedeutung des ihnen entgegengebrachten Vertrauens. Manche Hebammen erfahren, dass ihnen aufgrund ihres professionellen Status Vertrauen zugesprochen wird. Häufig genießen sie einen „Vertrauensvorschuss“:

„Und (...) ich denke, das war schon immer so, dass auch eine Hebamme eine wichtige Vertrauensperson war.“

Die hier zitierte Hebamme braucht aus ihrer Sicht nicht viel tun, um Vertrauen zu den Frauen herzustellen. Sie profitiert von einem grundlegenden, scheinbar traditionell verankerten Vertrauen, das mit dem Hebammenberuf in Verbindung gebracht wird. Ähnlich beschreibt eine andere Hebamme, dass ihr per se Vertrauen zugeschrieben wird, was sie mit Blick auf andere Professionen „*eigentlich ein bisschen unverdient*“ findet. Aber nicht alle Interviewten teilen diese Erfahrungen. Manchmal muss das Vertrauen zwischen Frau und Hebamme im Verlauf der Betreuungssituation erst wachsen. Eine freiberufliche Hebamme betont die zeitliche Dimension, die der Vertrauensaufbau mitunter kosten kann:

„Weil die Frau, also am Anfang hatten wir halt Schwierigkeiten, so dieses Vertrauen aufzubauen [...], auch weil sie halt einfach in der Kindheit einiges erlebt hatte, ja, hat sie halt nicht so vielen Menschen vertraut. Und bis wir überhaupt auf dieser Stufe waren, wo sie mir vertraut hat, hat's lange gedauert.“

Sie zeigt, dass es zuweilen harte Arbeit ist, das Vertrauen der Frauen zu gewinnen. Obschon es zeitintensiv ist, so versteht sie es doch als Teil ihres professionellen Auftrags. Vertrauensbildung wird damit zur Basis der Arbeitsbeziehung zwischen ihr und der betreuten Frau.

Bewerten Hebammen die familiäre Situation als subjektiv kritisch, nehmen sie mitunter Abstand von ihren üblichen Betreuungsprinzipien und beschränken sich auf die Aufrechterhaltung des Vertrauens zu den Frauen. In solchen Situationen wird Vertrauen zum zentralen Element der professionellen Beziehungsgestaltung mit dem Ziel, den Zugang zu den Frauen nicht zu verlieren.

„Also, ich habe meine Ziele nicht so hochgesteckt, sondern habe einfach nur versucht, ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben, um mitzukriegen, wenn es ganz dramatisch wird. Und habe eben versucht, eher die Frau in dem zu bestärken, was sie richtigmacht [...] anstatt aufzuzeigen, was nicht gut läuft so.“

Die Hebamme knüpft an die Ressourcen der Frau an und stellt den Zugang zur Frau über ihre professionellen Erwartungen einer guten Mutter-Kind-Beziehung. „Ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben“ wird bei dieser Hebamme zu einer gezielten Vorgehensweise, um zu „quasi das Schlimmste zu verhindern“. Damit bewegt sie sich möglicherweise an der Grenze ihrer Kompetenzen.

Das Vertrauen der Frauen verlieren

Auf der anderen Seite thematisieren die Hebammen die Sorge, das Vertrauen der von ihnen betreuten Frauen zu verlieren. Dieser Aspekt tritt an der Schnittstelle zu den Frühen Hilfen in den Vordergrund, wie beispielsweise bei der Vermittlung einer Familienhebamme oder in der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe.

a. Vertrauensverlust an der Schnittstelle zur Familienhebamme

Freiberufliche Hebammen halten das Fortbestehen einer gewachsenen Vertrauensbeziehung zur Frau bei der Weiterleitung an eine Familienhebamme für bedeutsam.

„Und bis wir überhaupt auf dieser Stufe waren, wo sie mir vertraut hat, hat's lange gedauert. Und ich glaube, wenn man da so abrupt gesagt hätte: ‚Okay, ich komme heute nicht mehr und ab nächster Woche kommt eine andere Kollegin, eine Familienhebamme.‘ Ich glaube, das wäre für sie nicht so günstig gewesen. Und deshalb haben wir es so gemacht, dass wir drei Hausbesuche zusammen hatten.“

Die Hebamme hat die Erfahrung gemacht, dass gemeinsame Hausbesuche von freiberuflicher Hebamme und Familienhebamme verhindern können, dass die Frau das Vertrauen an die Hebamme verliert. Eine andere Hebamme beschreibt ihre Bedenken bei der Weiterleitung an eine Familienhebamme mit der Metapher vom „kippenden Vertrauensverhältnis“. Ihre Lösungsstrategie zielt in eine ähnliche Richtung: sie wünscht sich, dass freiberufliche Hebamme und Familienhebamme „als Team zusammen arbeiten“. Darunter versteht sie, dass sie als freiberufliche Hebamme ihre Arbeit mit der Frau fortsetzt, während die Familienhebamme „nochmal zusätzlich“ kommt. Für eine Beleghebamme, die ihre Frauen während der Schwangerschaft, zur Geburt und in Wochenbett und Stillzeit begleitet, ist die Vermittlung an eine Familienhebamme nur schwer vorstellbar. Ihre Strategie, das Vertrauen der Frauen nicht zu verlieren, lautet:

„Und wenn man schon einen Kontakt aufgebaut hat, dann würde ich sie nicht einfach wieder abgeben.“

Durch den Kontakt hat sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt. Vor diesem Hintergrund stellt die Weiterleitung der Klientin an eine Familienhebamme einen Verlust für die Hebamme dar. Obschon die Hebamme um das Angebot von Familienhebammen weiß, würde sie nicht in jedem Fall an diese verweisen. Die Vertrauensbeziehung ist für die Hebamme scheinbar funktional, die Bedürfnisse der Frau werden möglicherweise untergeordnet. Die gleiche Hebamme konstatiert, dass sie bislang kaum Erfahrungen mit Situationen wie dieser hat. Das führt sie darauf zurück, dass ihre Frauen meistens „gebildet oder reflektiert“ sind und sie in der Regel nicht die Familien betreut, „die die größte Unterstützung brauchen“.

b. Vertrauensverlust durch die Nähe zum Jugendamt

Thematisiert wird in den Interviews die Sorge, durch eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt das Vertrauen der Frauen zu verlieren. So schildert eine Hebamme, wie eine Mutter den Kontakt zu ihr abbricht, weil sie annimmt, dass die Hebamme mit dem Jugendamt kooperiert.

„[...] und da hat sie mir dann auch klar und deutlich gesagt, dass sie alleine zurechtkommen möchte und sie meine Hilfe nicht in Anspruch nehmen möchte mehr, weil sie denkt, sie schafft das alleine und sie hat öfters mal das Gefühl, dass ihre Arbeit kontrolliert wird, dass ich praktisch an das Jugendamt gehe und denen das mitteile, dass ich so eher die Beobachterfunktion habe, obwohl ich das nicht gemacht habe. Also sie hat sich da sehr kontrolliert gefühlt und wollte das einfach nicht mehr.“

Die Hebamme erfährt, wie ihr die Frau das Vertrauen entzieht, da sie eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt unterstellt. Obschon es nach Aussage der Hebamme den Kontakt zum Jugendamt nicht gab, überrascht an dieser Stelle die hohe Sensibilität der Klientin, deren Verhältnis zum Jugendamt von Ängsten geprägt ist. Es kommt zu einem abrupten Ende des Kontakts, der sich aus Hebammensicht darin äußert, dass die Frau nach anfänglich vertrauensvoller Zusammenarbeit plötzlich den „Schalter umgelegt“ hat.

Die Sorge, bei einer Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe das Vertrauen der Eltern zu verlieren, äußert eine junge Hebamme, die parallel zu einer Familienhilfe des Jugendamtes eine Frau im Wochenbett begleitet. Aus ihrer Perspektive kann ein Gespräch zwischen beiden Berufsgruppen vor der Haustür folgenreiche Konsequenzen haben.

„Und die Familien haben uns halt gesehen, wie wir noch draußen kurz gesprochen haben. Und da ist halt irgendwann die Frage gewesen, wie viel vertrauen die

mir noch? Weil die mich auch explizit darauf angesprochen haben: ‚Ach hast Du Dich noch gut unterhalten mit denen, ja.‘

Die Hebamme gibt Einblicke in die Befürchtung der Familie, sie könne über eine zu starke Nähe zum Jugendamt verfügen. Sie erlebt, wie exakt die Familie ihr Handeln beobachtet. Dies zeigt sich daran, dass die Eltern sie explizit auf das Gespräch vor der Tür ansprechen und sie mit der Unterstellung konfrontieren, hier einen Austausch zu pflegen, den sie nicht wünschen. Deutlich wird aber auch der Konflikt der Hebamme, die ein Ende der Vertrauensbeziehung zu den Eltern befürchtet.

Vertrauen im Kontext der Kooperation mit den Akteur/innen der Kinder- und Jugendhilfe

Die Vertrauensbildung zwischen Klientinnen und Hebammen stellt auch auf Akteursebene - hier zwischen freiberuflichen Hebammen und der Kinder- und Jugendhilfe - ein wichtiges Element dar. Manche Hebammen nutzen das Vertrauen der Frauen zur Abgrenzung vom Jugendamt, andere bauen im Sinne einer Vermittlung darauf auf.

Vertrauen als Strategie der Abgrenzung

In der Kooperation mit dem Jugendamt wird das Vertrauen der Frauen für manche Hebammen zur Strategie: sie nutzen es, um sich gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe abzugrenzen.

„Weil wir Hebammen – ich kann jetzt glaube ich für ‚wir‘ sprechen – so schnell diesen Draht haben zum Vertrauen, dass die Frauen sich öffnen. So. Ich glaub das ist nochmal anders, als wenn da jemand vom Jugendamt kommt, vom Amt kommt.“

In dem Zitat wird deutlich, wie die Hebamme Stereotype über die eigene Berufsgruppe sowie über das Jugendamt nutzt, um die Disziplinen voneinander abzugrenzen. Eine Generalisierung ihrer Position unterstreicht die Aussagekraft. Mit ihrer Argumentation spricht sie dem Jugendamt jegliches Vertrauen zu den Frauen ab. An dieser Stelle offenbaren sich möglicherweise ihre fehlenden Kenntnisse über die unterstützenden Angebote des Jugendamtes. Ähnlich resümiert eine andere Hebamme:

„Also ich glaube, wir haben einen ganz anderen Status in den Familien so als Vertrauensperson. Wahrscheinlich auch einfach, weil klar ist, wir sind nicht Staat, Jugendamt, was auch immer.“

Diese Interviewte argumentiert mit Stereotypen, die sich mit folgenden Worten zusammenfassen lassen: Hebammen genießen einen Vertrauensstatus, das Jugendamt

dagegen nicht. Sie offenbart eine Perspektive, die durch eine Distanz gegenüber dem Jugendamt geprägt ist.

Auf dem Vertrauen der Frauen aufbauen

Auf der anderen Seite bauen freiberufliche Hebammen auf dem Vertrauen der Frauen auf, um sie bei Bedarf an Angebote des Jugendamtes zu vermitteln. Einige Hebammen haben die Erfahrung gemacht, dass das Jugendamt für manche Frauen „mit ganz viel Angst behaftet“ ist und dessen Angebote auf Ablehnung stoßen. Dies nehmen die Interviewten zum Anlass, die Frauen über die Unterstützungsmöglichkeiten aufzuklären und bei Bedarf an weitere Hilfen zu vermitteln.

„Und es ist ja auch so, wenn da draufsteht, Jugendhilfe oder Jugendamt, denn kriegen die Leute ja schon das P und sagen: ‚Oh, was wollen die hier?‘ Ne, das ist ja auch schlecht! Und da ist es eigentlich ganz gut, wenn wir aus der Position die wir haben, die ich als Vertrauensperson habe, sage, ne die wollen euch überhaupt nichts. Sondern die bringen dann auch so einen dicken Ordner mit, Erstes Lebensjahr des Kindes [...]. Und erzählen dann, was alles geht.“

Die zitierte Hebamme knüpft an das bestehende Vertrauensverhältnis zur Frau an, um Vorurteile zu relativieren und über Angebote der Frühen Hilfen zu informieren.

Ähnlich agiert eine weitere Hebamme. Sie weiß um die Sorge der Frau, das Jugendamt könnte ihr die Kinder wegnehmen. Sie beruhigt, klärt auf und stellt schließlich mit dem Einverständnis der Frau einen Kontakt zum Jugendamt her. Im Weiteren erfährt die Frau durch das Jugendamt Unterstützung und Entlastung.

„Dann habe ich ihr nochmal versucht zu erklären: ‚Moment. Bis die Kinder weggenommen werden ist es ein langer Weg und du versorgst die gut, also würde da gar kein Problem bestehen.‘ Und dann habe ich da wieder angerufen, denen Namen und alles gegeben und die haben sich dann gekümmert.“

Zusammenfassend stellt sich die Vertrauensbeziehung zu den Frauen als zentrales Konzept dar, welches das Hebammenhandeln in den Frühen Hilfen prägt. Vertrauen erhält damit einen besonderen Stellenwert, auch in der Kooperation mit den Berufsgruppen des Sozialwesens.

Diskussion

Ausgangspunkt der Studie war die Frage nach der interprofessionellen Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Akteur/innen der Frühen Hilfen. Schwerpunkt der Analyse bildete die Vertrauensbeziehung zwischen Hebamme und Klientin in diesem Feld. Auffallend in den Interviews ist die starke Betonung der Vertrauensbildung zu den Klientinnen, die im Kontext der Zusammenarbeit mit den Akteur/innen Früher Hilfen als zentrales Konzept

erscheint. Gleichzeitig prägt sie die Beziehungsgestaltung der Hebammen mit den Akteur/innen der Kinder- und Jugendhilfe.

Die befragten Hebammen konstruieren Vertrauen als zentrales Element der Arbeitsbeziehung zu ihren Klientinnen. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ausführungen in der Fachliteratur für Hebammen: Vertrauensbildung wird als „Basis der Beziehung zwischen Frau und Hebamme“ ([1] S.33), als „wesentlicher Aspekt der Beziehungsarbeit“ ([38] S.21) sowie als „Herzstück der Hebammenarbeit“ ([38] S.21) bezeichnet. Ein allgemeiner Vertrauensvorschuss, den der Hebammenberuf in der Gesellschaft genießt, wurde bereits bei Lange und Liebald [22] aufgezeigt. Rettig, Schröder und Zeller [33] thematisieren den Vertrauensaspekt auch in der Beziehung zwischen Familienhebammen und ihren Klientinnen und identifizierten in diesem Zusammenhang Vertrauen als eine „ständig erbrachte Leistung von Familienhebamme und Adressat/in“ ([33] S.129). Die zentrale Bedeutung der Vertrauensbeziehung zwischen Familienhebammen und Frauen belegt auch Ayerle [2].

Die Einbindung von Hebammen in die Netzwerke Frühe Hilfen wird vor dem Hintergrund des ihnen entgegengebrachten Vertrauens betont, das sich dadurch ergibt, dass ihre Leistungen regelhaft in Anspruch genommen werden und deshalb als nicht stigmatisierend erlebt werden [32]. Darüber hinaus wird die Vertrauensbeziehung durch die Bindung der Hebamme an die Schweigepflicht geschützt ([24] S.78)([42] §203).

Die Vertrauensbildung zwischen Hebamme und Klientin zeigt unterschiedliche Facetten. Einige der befragten Hebammen nutzen die Vertrauensbeziehung bei der Betreuung von Frauen in belasteten Lebenslagen als gezielte Vorgehensweise, um einen Zugang zu den Frauen aufrecht zu erhalten. Auffällig ist, dass Hebammen dabei vor allem an vorhandene Ressourcen der Frau anknüpfen. Eine Untersuchung zum Handeln von Familienhebammen ([33] S.122) zeigt, dass die Herstellung einer Arbeitsbeziehung von Familienhebammen zu den Frauen darauf abzielen kann, über Loben und Stärken die Adressatinnen handlungsfähig zu erhalten. Die Autorinnen deuten diese Art der Beziehungsgestaltung zwischen Familienhebamme und Frau als „kleinsten gemeinsamen Nenner“ ([33] S.124). Da sowohl Hebammen wie auch Familienhebammen die Vertrauensbeziehung strategisch nutzen, kann dies möglicherweise als Teil des professionellen Selbstverständnisses von Hebammen gedeutet werden.

Andere Hebammen bauen auf dem Vertrauen der Frauen auf, um diese an Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zu vermitteln. Da entsprechende Kooperationsverpflichtungen für freiberufliche Hebammen nicht vorliegen [26], zeigt sich an dieser Stelle die hohe Kooperationsbereitschaft der Hebammen, die auch Ayerle, Mattern & Fleischer [3] beschreiben. Eine weitere Studie weist freiberuflichen Hebammen neben Jugendamt und Beratungsstellen eine vermittelnde Rolle von Kontakten zu Familienhebammen zu [2]. Auch der Gesetzgeber sieht offenbar die besondere Eignung von Hebammen in diesem Feld und erweiterte 2015 mit Inkrafttreten des Präventionsge-

setzes [28] die Hebammenhilfe im Wochenbett von zuvor acht auf zwölf Wochen ([39] §24d).

Einigen Befragten fällt es schwer, Frauen an Angebote der Frühen Hilfen zu vermitteln, da sie einen Verlust der vertrauensvollen Beziehung befürchten. Dass Hebammen bei erweitertem Unterstützungsbedarf die Frauen nur in Ausnahmefällen an andere Berufsgruppen weiterleiten, wurde auch von Sayn-Wittgenstein, Lange und Knorz [34] festgestellt. Als Gründe identifizierten sie eine Überschätzung der eigenen Kompetenzen und Konkurrenzmechanismen. In der vorliegenden Arbeit bestätigt sich die Annahme der Autorinnen, dass vor dem Hintergrund der Wahrung eigener Interessen die Bedürfnisse der Nutzerinnen nicht immer in den Mittelpunkt gestellt werden [34]. Es zeigte sich, dass manche Hebammen in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe stärker auf Abgrenzung als auf Vermittlung setzen. Sie offenbarten eine Perspektive, welche die Bereitschaft zu kooperieren einschränken kann. Das zögerliche Eingehen von Kooperation von Seiten der Akteur/innen des Gesundheitswesens mit denen der Kinder- und Jugendhilfe wird auch im Zwischenbericht des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen [26] beschrieben. Begründet wird dies damit, dass Unkenntnis des jeweiligen anderen Systems und seiner Handlungslogiken die Zusammenarbeit und das Verständnis füreinander erschweren. Es wird konstatiert, dass nicht allen Akteur/innen des Gesundheitswesens die unterstützenden Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe bekannt sind [26]. Möglicherweise lassen sich die Abgrenzungstendenzen einiger Hebammen dieser Studie auf mangelnde Kenntnisse der Angebote der Frühen Hilfen sowie der Arbeitsweisen anderer Berufsgruppen zurückführen.

Einige Hebammen schildern, dass Frauen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf seltener zu ihrer Klientel gehören. In weiteren Untersuchungen wurde belegt, dass schwangere Frauen mit besonderer sozialer oder psychischer Belastung, alleinstehende Schwangere und Schwangere mit Migrationshintergrund die Angebote der Schwangerenvorsorge seltener in Anspruch nehmen [34][40]. Der Versorgungsauftrag freiberuflicher Hebammen schließt jedoch vulnerable Frauen nicht aus [14][23]. In der Studie konnte die Bedeutung der Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Frauen im Hinblick auf die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Netzwerken Frühe Hilfen aufgezeigt werden. Weitere Forschung zu diesem Thema ist notwendig. Von zukünftigem Interesse wäre die Nutzerinnensicht auf die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob eine Zusammenarbeit der Berufsgruppen mögliche Vorteile im Hinblick auf die geburtshilfliche Versorgung aus der Perspektive der Frauen mit sich bringt.

Limitationen

Der vorliegende Artikel erlaubt Einblicke zum Stellenwert der Vertrauensbeziehung zwischen Hebammen und Kli-

entinnen im Kontext der Kooperation von Hebammen in den Frühen Hilfen.

In Bezug auf die Datenerhebung ergeben sich Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Ergebnisse, da eine gezielt ausgewählte Gruppe von freiberuflichen Hebammen befragt wurde. Die Rekonstruktion der Perspektive dieser freiberuflichen Hebammen entspricht dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit. Durch die Vorgehensweise in der Datenanalyse wurde ein begrenztes Abstraktionsniveau erreicht, wodurch die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind.

Schlussfolgerung

Die hohe Aufmerksamkeit gegenüber der Vertrauensbildung zu den Frauen unterstreicht ihre zentrale Bedeutung für die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen. Die Herausforderung für die freiberuflichen Hebammen besteht darin, ihre Rolle als Kooperationspartnerin in den Netzwerken Früher Hilfen zu finden, ohne dabei das Vertrauen der Frauen zu verlieren. Damit die über den gesetzlichen Rahmen ([17] § 3 Abs. 2) verankerte Forderung nach Kooperation freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen gelingt, soll anknüpfend an die Ergebnisse folgendes Fazit gezogen werden: Die Strukturen der Netzwerke Früher Hilfen sollten so gestaltet sein, dass die Sorge vor einem Vertrauensverlust der Frauen nicht zu einem Kooperationshindernis für die Hebammen wird. Dies erfordert klare und verständliche Rahmenbedingungen für alle in die Netzwerke eingebundenen Akteur/innen. Darüber hinaus kann die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen nur auf der Basis einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zu den Frauen gelingen. Dies erfordert einen sensiblen Umgang mit dem Vertrauen der Frauen, beispielsweise durch eine strikte Einhaltung der Schweigepflicht. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Mitwirkung freiberuflicher Hebammen in den Netzwerken Früher Hilfen zu Lasten des Vertrauensverhältnisses von Hebammen und Frauen geht. Damit Hebammen ihr Potential in den Netzwerken Früher Hilfen entfalten können, ohne die Vertrauensbeziehung zu den Frauen zu gefährden, ist ein Verständnis über die Strukturen Früher Hilfen notwendig, sowie Kenntnisse aller beteiligten Akteur/innen.

Anmerkungen

¹ In der internationalen Forschungsliteratur wurden Berufsbilder identifiziert, die in Deutschland nicht existieren. In diesen Fällen wurde der englische Sprachgebrauch übernommen. Berufsbezeichnungen, die auch in Deutschland etabliert sind, wurden übersetzt, wohl wissend, dass die jeweiligen Zuständigkeits- und Aufgabengebiete in den Ländern variieren.

Förderung

Die Daten der vorliegenden Studie wurden im Rahmen der Forschungsprofessur „Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (FageV)“ unter finanzieller Förderung durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur ("Nds. Vorab"; FKZ: 11-76251-33-2/12) erhoben. Das Forschungskolleg „Familiengesundheit im Lebensverlauf (FamiLe)“, in dessen Rahmen diese Veröffentlichung entstand, wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (FKZ: 01KX1113B).

Danksagung

Die Autorinnen danken den Hebammen für die Mitwirkung an der Studie.

Interessenskonflikt

Es besteht kein Interessenskonflikt.

Literatur

- Ahrendt C. Hebammenrolle, Kommunikation und pädagogische Hebammenaufgaben. In: Stiefel A, Geist C, Harder U, Ahrendt C, editors. Hebammenkunde: Lehrbuch fuer Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5th ed. Stuttgart: Hippokrates; 2013. p. 33-57.
- Ayerle GM. Fruehstart: Familienhebammen im Netzwerk Fruehe Hilfen. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen; 2012.
- Ayerle GM, Mattern E, Fleischer S. Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich taetige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk "Fruehe Hilfen"? GMS Z Hebammenwiss. 2014;1:Doc03. DOI: 10.3205/zhwi000003
- Barimani M, Hylander I. Linkage in the chain of care: a grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care. Int J Integr Care. 2008;8(4):1-13. DOI: 10.5334/ijic.254
- Clancy A, Gressnes T, Svensson T. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. Scand J Caring Sci. 2013;27(3):659-68. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x
- Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M. Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(10):1247-54. DOI: 10.1007/s00103-016-2421-9
- Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, et al. Inanspruchnahme von Angeboten der Fruehen Hilfen und darueber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(10):1271-80. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8
- Fabel-Lamla M, Tiefel S, Zeller M. Vertrauen und Profession: Eine erziehungswissenschaftliche Perspektive auf theoretische Ansätze und empirische Analysen. Zeitschrift fuer Paedagogik. 2012;58(6):799-811.
- Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einfuehrung. 7th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2016.

10. Flick U, von Kardorff E, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Ueberblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. 10th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013. p. 13-29.
11. Glaser BG, Strauss AL. *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. 3rd ed. Bern: Huber; 2010.
12. Glaser, BG. Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey G, Mruck K, editors. *Grounded Theory Reader*. 2nd ed. Wiesbaden: VS Verlag fuer Sozialwissenschaften; 2011. p. 137-61.
13. Haffner J, Esther C, Muench H, Parzer P, Raue B, Stehen R, et al. Verhaltensauffaelligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive - Ergebnisse zu Praevalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2002;51(9):676-96.
14. Hahn M, Sandner E. *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2013.
15. Homer CS, Henry K, Schmied V, Kemp L, Leap N, Briggs C. 'It looks good on paper': Transitions of care between midwives and child and family health nurses in New South Wales. *Women Birth*. 2009;22(2):64-72. DOI: 10.1016/j.wombi.2009.01.004
16. Horschitz H, Meysen T, Schaumberg T, Schoenecker L, Seltmann D. *Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern: Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Fruehe Hilfen*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2015.
17. KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz), Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetzes. BGBl. 2011 Dec;Teil I(Nr. 70):2975-82.
18. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstuetzung*. 3rd ed. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2016.
19. Kuester E, Mengel M, Pabst C, Sann A. Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Fruehe Hilfen: Strukturen und Personen, Aufgaben und Herausforderungen. In: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH), editor. *Datenreport Fruehe Hilfen: Ausgabe 2015*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2015. p. 22-39.
20. Lamnek S. *Qualitatives Interview*. In: Lamnek S, editor. *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. 5th ed. Weinheim, Basel: Beltz; 2010. p. 301-71.
21. Lang K, Brand C, Renner I, Neumann A, Schreier A, Eickhorst A, et al. Wie werden Angebote der Fruehen Hilfen genutzt? Erste Daten aus den Pilotstudien der Praevalenz- und Versorgungsstudie. In: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH), editor. *Datenreport Fruehe Hilfen: Ausgabe 2015*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen; 2015. p. 6-21.
22. Lange U, Liebald C. *Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Frueher Hilfen: Leitfaden fuer Kommunen*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2013.
23. Mattern E, Lange U. Die Rolle der Familienhebammen im System der Fruehen Hilfen: Fruehe Kindheit. *Zeitschrift der Deutschen Liga fuer das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Sonderausgabe: Fruehe Hilfen; Gesundes Aufwachsen ermöglichen*. 2012;14:66-75.
24. Meysen T, Schoenecker L. Vertrauensschutz als Grundlage des Datenschutzes im System Fruehe Hilfen. In: Freese J, editor. *Fruehe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen: Praxisgrundlagen*. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag; 2011. p. 77-91.
25. NZFH (Nationales Zentrum Fruehe Hilfen). *Bundesinitiative Fruehe Hilfen. Bericht 2016: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Fruehe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2016.
26. NZFH (Nationales Zentrum Fruehe Hilfen). *Bundesinitiative Fruehe Hilfen. Zwischenbericht 2014: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Fruehe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2014.
27. NZFH (Nationales Zentrum Fruehe Hilfen). *Leitbild Fruehe Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2014.
28. PraevG (Gesetz zur Staerkung der Gesundheitsfoerderung und der Praevention). BGBl. 2015 Jul;Teil I(Nr. 31):1368-79.
29. Psaila K, Fowler C, Kruske S, Schmied V. A qualitative study of innovations implemented to improve transition of care from maternity to child and family health (CFH) services in Australia. *Women Birth*. 2014;27(4):e51-60. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.08.004
30. Psaila K, Kruske S, Fowler C, Homer C, Schmied V. Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(151):1-13. DOI: 10.1186/1471-2393-14-151
31. Psaila K, Schmied V, Fowler C, Kruske S. Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. *J Clin Nurs*. 2015;24(1-2):160-72. DOI: 10.1111/jocn.12635
32. Renner I. *Zugangswege zu hoch belasteten Familien ueber ausgewaehlte Akteure des Gesundheitssystems: Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Frueher Hilfen*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2010;53(10):1048-55.
33. Rettig H, Schroeder J, Zeller M. *Das Handeln von Familienhebammen: Entgrenzen, abgrenzen, begrenzen*. 1st ed. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2017.
34. Sayn-Wittgenstein F, Lange U, Knorz B. *Erfassung des Bedarfs von sozial benachteiligten schwangeren Maedchen und Frauen mit dem Ziel der Entwicklung eines Gesundheitsfoerderungskonzepts: Unveroeffentlichter Abschlussbericht*. Osnabrueck: Hochschule Osnabrueck; 2011.
35. Schlueter-Cruse M, Schnepf W, Sayn-Wittgenstein F. Interprofessional cooperation by midwives in the field of out-of-hospital obstetrical care: an integrative review. *Int J Health Prof*. 2016;3(2):136-52. DOI: 10.1515/ijhp-2016-0025
36. Schmied V, Homer C, Fowler C, Psaila K, Barclay L, Wilson I, et al. Implementing a national approach to universal child and family health services in Australia: professionals' views of the challenges and opportunities. *Health Soc Care*. 2015;23(2):159-70. DOI: 10.1111/hsc.12129
37. Schoelmerich VL, Posthumus AG, Ghorashi H, Waelput AJ, Groenewegen P, Denktas S. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(145):1-8. DOI: 10.1186/1471-2393-14-145
38. Schoenberger P, Schaefer R, Kehrbach A. *Die Bedeutung der Beziehungsarbeit im Geburtsprozess*. In: Deutscher Hebammenverband e.V., editor. *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstuetzung der physiologischen Geburt*. Stuttgart: Hippokrates-Verl.; 2010. p. 20-35.
39. SGB (Sozialgesetzbuch). *Fuenftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung*. BGBl. 1988 Dec;Teil I(Nr. 62).
40. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkgenks M, Schwoerer P, Schmah F. *Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz: Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Wuerttemberg 1998-2001*. *Geburtshilfe Frauenheilk*. 2003;(63):538-45. DOI: 10.1055/s-2003-40474

41. Steinke I. Guetekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 10th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013. p. 319-31.
42. StGB (Strafgesetzbuch) i. d. Fassung vom 31.03.2017. BGBl. 1998 Nov;Teil I(Nr. 75).
43. Strauss AL, Corbin JM. Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union; 1996.
44. Struebing J. Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einfuehrung fuer Studierende. 1st ed. Muenchen: Oldenburg; 2013.
45. VV BIFH. Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Fruehe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015 (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz). 2012 [Zugriff/cited Jun 2017]. Verfuegbar unter/ available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_zur_Bundesinitiative.pdf
46. Witzel A. Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen. In: Strobl R, Boettger A, editors. Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 1996. p. 49-76.
47. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. Forum Qual Soc Res. 2000;1(1):1-9. DOI: 10.1007/978-3-8349-9441-7_29
48. Zimmermann P, Vierhaus M, Eickhorst A, Sann A, Egger C, Foerthner J, et al. Aufwachsen unter familiaerer Belastung in Deutschland: Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(10):1262-70. DOI: 10.1007/s00103-016-2423-7

Korrespondenzadresse:

Martina Schlüter-Cruse, Dipl. Berufspäd. (FH)
 1) Barbarastr. 24, 49076 Osnabrück, Deutschland; 2)
 Stockumer Str. 12, 58453 Witten, Deutschland (Die
 Autorin ist Doktorandin der Universität Witten-Herdecke)
 m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de

Bitte zitieren als

Schlüter-Cruse M, zu Sayn-Wittgenstein F. Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie. *GMS Z Hebammenwiss.* 2017;4:Doc03.
 DOI: 10.3205/zhwi000009, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000098

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zhwi/2017-4/zhwi000009.shtml>

Eingereicht: 29.04.2017

Angenommen: 18.09.2017

Veröffentlicht: 15.12.2017

Copyright

©2017 Schlüter-Cruse et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Mutual trust between freelance midwives and their clients in the context of interprofessional cooperation and early prevention: a qualitative study

Abstract

Background: Around 13 percent of families with newborns in Germany are in need of support from the early prevention networks. Cooperation between the professionals working in healthcare and social welfare is essential for improving children's development opportunities. Freelance midwives are respected partners in the early prevention networks but there has been very little research on their view of this cooperation.

Aim: The study analyses key behavioral concepts of midwives in the context of interprofessional cooperation and early prevention.

Method: The qualitative study is based on 27 problem-centered interviews with freelance midwives in Germany. Access to the field was gained through posts on local mailing lists, adverts in professional midwifery journals, participation in conventions and by involving professionals acting as gatekeepers. The interviews were conducted based on a script, were digitally voice recorded and lastly transcribed. Data evaluation was carried out using a qualitative text analysis.

Results: Establishing a relationship of trust between midwives and their clients was identified as the focal point for midwives' cooperation in early prevention networks. This relationship shapes the working relations between midwives and clients as well as between midwives and child and youth welfare professionals. Some midwives build on the women's trust in order to refer them to services provided by the Youth Welfare Office, others use it to set themselves apart from the latter.

Conclusion: The key challenge of freelance midwives is to carve out their role as a cooperation partner within the networks of early prevention without undermining the trust of their clients. This requires a clear and comprehensible framework for all actors involved in these networks.

Keywords: Early prevention, freelance midwife, interprofessional cooperation, trust

Martina
Schlüter-Cruse^{1,2}
Friederike zu
Sayn-Wittgenstein^{1,2}

1 Osnabrueck University of Applied Sciences, Faculty of Business Management and Social Sciences, Osnabrueck, Germany

2 Witten/Herdecke University, Faculty of Health, Witten, Germany

Background

One of the factors that can impact the health development of children is family psychosocial stress [13][48]. Some of the documented consequences of this stress include significant behavioural problems [13][48], delayed cognitive development and reduced affect regulation among children [48]. Some authors claim there is a correlation between increased vulnerability to physical and mental illness in adulthood and psychological stress in childhood [6].

According to a representative study of psychosocial stress among parents, around 13 percent of families with newborns are highly stressed thus emphasising the need for early prevention. A family is defined as highly stressed if at least four of the following characteristics apply: single parent, unplanned pregnancy, childhood dysregulation,

high parental stress levels, parental impulsiveness, parental exposure to relationship violence, frequent conflict between spouses or partners, high risk of anxiety disorder or depression, negative childhood experiences of parents, welfare benefit recipients and maternal age under 21 years at the birth of the child [7].

Since 2012, as part of the German Federal Initiative for Early Prevention (Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen ([17] Section 3 Para. 4) [45], support has been provided for the development and expansion of specific services with the aim of improving children's development opportunities within the family environment [25]. Cooperation between health care and child and youth welfare professionals is emphasised as key to the fulfilment of this objective [27].

The notion of family midwives as partners in early prevention is explicitly enshrined in the German child abuse prevention law (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz ([17] Section 3 Para. 4). Family midwives

are certified midwives with an additional qualification. They provide physical and psychosocial support and advice to families in greater need of support during pregnancy and the first 12 months of the baby's life [14]. Family midwives are appointed and remunerated by the public health service, child and youth welfare services, independent welfare organisations or foundations and associations [14][23]. There are several studies substantiating the finding that interprofessional cooperation is a key feature of the work of family midwives [2][14][16][22] ([33] p.11). To some extent, debates about needs-oriented care for highly stressed families are conducted in the context of a shortage of family midwives in Germany [26][27].

In addition to family midwives, freelance midwives are also urged to cooperate with the early prevention networks as "relevant actors from the health care system" ([45] Art. 2 Para. 3). All women are entitled to midwife care as a standard health care benefit ([39] Section 134a) during pregnancy, birth, and in the postpartum and breastfeeding period. Midwife care also targets pregnant women and mothers with particularly high levels of social or medical stress [14][23]. Freelance midwives are not as involved in the early prevention networks as family midwives [19]. The development and expansion of early prevention networks in Germany has been accompanied by calls for cooperation between freelance midwives and the actors in this field. This has raised fundamental questions about the interprofessional cooperation of midwives.

An integrative review revealed very few studies focusing exclusively on interprofessional cooperation from the perspective of the midwife. In the majority of studies on this subject, the midwife's perspective is subsumed under a cross-disciplinary view [35].

Midwives in Sweden, Australia and Germany see cooperation with the health and social care professions as advantageous in the context of caring for women and families in greater need of support [3][4][29][30]. This cooperation helps midwives make contact with women and families that are usually difficult to access, which, in turn, facilitates the development of a relationship with these families [29]. Midwives also state that they benefit from attending interprofessional meetings where the problems arising from specific cases [30] and the psychosocial needs of families are discussed [36]. By attending interdisciplinary case conferences, midwives acquire competences that enable them to better assess families facing problems [3]. Midwives and child and family health professionals in Sweden and Australia are of the opinion that effective networking at the transition between antenatal care, postpartum care and child health care also benefits the parents. In both countries, care for women and their babies during pregnancy, birth and the postpartum period is provided by midwives [4][15]. Moreover, there is established health care covering the period from birth to early childhood provided by child and family health nurses in Australia and child health care nurses in Sweden [4][15]. The successful cooperation

between the two groups of professions means parents feelings of confusion and being "lost in the chain of care" [4] can be avoided. Effective professional relations between the various relevant actors help develop positive relationships with the families and ensure that contact is maintained with them in the longer term [31]. According to a German study, developing patient relations also results in confidence building being ascribed constitutive significance [8]. The study emphasises the autonomy of the patients who have to actively place their trust in the professional caring for them. This trust should not be considered an unquestioned personal resource [8].

Interprofessional working relationships are the key to the success of innovations at the transition of care from maternity to child and family health services [29]. With a view to acquiring a more in-depth understanding of Australian midwives' working relationships, respondents were presented with a list of professions and asked to select those with whom they cooperate most frequently. This revealed that midwives tend to foster cooperation particularly with related health care professions. The establishment of working relations with the other actors is often very time consuming and maintaining those relationships frequently proves to be rather difficult [31]. The Australian study also shows that midwives and other professions attach more importance to the relationship dimension in terms of intensity of cooperation than to organisational factors [31]. This finding was corroborated by a Norwegian cross-sectional study of 1,418 employees from the health and social care system who attached less importance to management structures and formal factors than to interprofessional relationships [5].

A relationship based on respect and trust was seen as crucial for successful interprofessional cooperation [5][37]. In answer to the question as to the most important factors for the achievement of effective cooperation, midwives, doctors, child protection workers and public health nurses in Norway rated trust and respect highest followed by collaborative competences [5].

As part of the planned integration of midwives in early prevention networks in Germany, they are urged to cooperate with the various health and social care professions. In this context, it would be of particular interest to gain an insight into the perspective of freelance midwives on cooperation with the actors in this field.

Aim

This article presents the partial results of a study which aims to acquire empirically based insights into interprofessional cooperation between freelance midwives and actors in early prevention networks. The study focuses on the midwife's perspective.

The key research question that the excerpt of the study presented in this article seeks to address is:

What, in their own opinion, are the key concepts that shape the behaviour of freelance midwives in the context of interprofessional cooperation and early prevention?

Method

Design

To address the research question, a qualitative design was selected. This was a well-suited approach to enable us to gain an insight into facets of midwives' daily work on which there has been very little research to date. Qualitative research methods aim to describe the "actions and interactions of the subjects" ([9] p.27) in their day-to-day lives. Qualitative research helps us to understand and explain the data ([44] p.5). The objective of this approach is to give us a more detailed insight into social realities and reveal processes, interpretive frames and structural features ([10] p.14). The target group for the study comprised freelance midwives providing at least one of the following services on the basis of the agreement on the provision of midwifery care (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe ([39] Section 134a): midwifery services during pregnancy, childbirth and/or the postnatal or breastfeeding period. The amount of freelance work carried out by the midwife should fulfil a minimum requirement of at least ten hours per week to ensure a reasonable minimum level of experience.

Access and data collection

In order to capture contrasts at the regional level, study participants were recruited from across Germany. The fact that the primary author herself is a practicing midwife and a member of the German Association of Midwives (Deutscher Hebammenverband e.V.) provided excellent access to the midwifery profession. Local mailing lists were used and the project was publicised at the Association's meetings and conferences where attendees were urged to participate. Access to the field was also gained through the support of gatekeepers as well as a call for participation in the study which appeared in German midwifery journals.

Data collection was based on 27 script-based problem-centred interviews [46] which were digitally voice recorded and then transcribed. The script comprised several different thematic blocks covering interdisciplinary cooperation between freelance midwives and the health and social care professionals or respondents' understanding of early prevention, for instance. In order to ensure openness in the interview, the script questions were adjusted according to the course of the conversation and interviewees were allowed to decide which specific themes were most relevant ([46] p.57).

A typical characteristic of the problem-centred interview is that it ties in with the inherent theoretical and scientific knowledge of the researcher ([20] p.333). This means the interviewer has a better understanding of the statements made during the interview and can pose problem-centred follow-up questions [47]. The openness and theory-oriented data collection process subsequently enables a suitably thorough evaluation of the data ([46] p.53). Against this backdrop, the problem-centred inter-

view is considered to be more suited to our purpose than other interview forms.

Socio-demographic data about the participants is collected using a short questionnaire. Initial ideas regarding the interpretation of this data are noted in a postscript.

Participant selection

Midwives were selected based on the principle of theoretical sampling ([11] p.61-91)([43] p.148-52) with the objective of determining different facets of the issue being analysed ([44] p.22). Theoretical sampling means that, throughout the entire period covered by the study, a parallel process of data collection and analysis is conducted and, at the same time, decisions are made as to who should be included in the research next ([12] p.151). Consequently, when it became apparent at the end of the first phase of the analysis that only a small number of midwives were active in local networks, researchers then specifically looked for freelance midwives who were involved in early prevention projects in their federal states or who had additional competences in the field of early prevention. To provide a contrast, interviews were conducted with midwives with many years of experience as well as with those just starting out in the profession. The rationale for this was that the analysis suggested a correlation between professional experience and the form of cooperation. Once "theoretical saturation" ([11] p.76-7) had been reached, i.e. no new information was obtained that contributed to the development of additional characteristics of the categories, the sampling process was concluded.

Analysis

Data evaluation was conducted using qualitative text analysis in line with Kuckartz' ([18] p.100) approach which is heavily based on hermeneutics ([18] p.17-8). This emphasises the interpretative form of contents analysis according to which text analysis is a "process of human understanding and interpretation" ([18] p.27). The method of analysis selected appears especially suited to this study because it enables us to integrate pre-existing knowledge and, at the same time, incorporate analytical perspectives into the process.

Case summaries and memos were created for all interviews ([18] p.57-62). This enabled us to develop an overall understanding of each interview text based on the research questions ([18] p.58). The case summaries constituted the basis for formulating the key themes which, in turn generated the provisional primary categories. Additional primary categories were developed based on the script. The process of creating the categories was both inductive and deductive ([18] p.62). During the initial phase, a wide range of interpretations emerged in the form of memos, which during the later stages of the analysis became more detailed. This proved to be an important step in the process of category development. In an initial coding process, all existing material was

coded based on the primary categories. In a second step, subcategories were created based on the material assigned to the relevant primary category.

The research followed Steinke's quality criteria ([41] p.323-31). Interpretations of the data produced by research groups comprising experts from the fields of nursing and midwifery sciences at Osnabrueck University of Applied Sciences and deliberations on the creation of the categories with the co-author were a key component of the research process and ensured intersubjective transparency. Empirical anchoring is secured through quotes which relate the categories back to the statements made by respondents.

Ethical clearance for the research was received in March 2014 at Witten/Herdecke University. Participants signed a statement of informed consent.

Results

The midwives questioned (n=27) had an average age of 41.4 years and average professional experience of 16.6 years. The interviews were conducted in urban and rural regions in 13 federal states across Germany. The duration of the data collection phase was June 2014 to February 2016. Data analysis was conducted in parallel and was continued after data collection had been completed. The majority of midwives interviewed were exclusively freelance (70 percent, n=19), whereas 30 percent (n=8) combined their freelance work with a hospital position. Postnatal care was the most frequently provided service and, in fact, was carried out by all respondents. This was followed by antenatal care. A total of 45 percent (n=12) of the midwives questioned performed obstetric duties though the majority of these (26 percent, n=7) assisted with births in the context of a salaried hospital position. The study explores the freelance midwife's view of their cooperation with actors from the field of early prevention. The establishment of trust between midwives and their clients was identified as a key factor in freelance midwives' involvement in early prevention. This is reflected on two levels: in the working relationship between the midwives and their clients and in midwives' cooperation with child and youth welfare professionals.

Trust in the context of midwives' working relationships with their clients

Earning and maintaining women's trust

With regard to establishing a relationship of trust between freelance midwives and the clients they care for, respondents emphasised the importance of the trust women put in them. In the experience of some midwives, their professional status automatically means people have confidence in them. They often benefit from "a fundamental level of natural trust":

"And (...) I think it has always been the case that the midwife is perceived an important confidant."

In the opinion of the midwife quoted here, she does not need to do an awful lot to establish trust with the women she cares for. She benefits from a fundamental level of trust, apparently anchored in tradition, that is associated with the midwifery profession. Another midwife describes the situation in similar terms stating that women automatically trust her which, compared to other professions, she finds "actually slightly undeserved". However, not all interviewees have had the same experience. Sometimes the trust between a woman and her midwife still has to grow over the course of the care situation. One freelance midwife emphasises just how long it can sometimes take to establish trust:

"Because my client, well, because we struggled to develop this trusting relationship at the beginning [...], partly because she had really been through some unpleasant experiences as a child, she really didn't trust very many people. And for us to reach a point where she really placed her trust in me took quite some time."

This respondent demonstrates that it is sometimes hard work gaining women's trust. Although the building of the relationship is a time-consuming process, she sees this as part of her professional responsibilities. Confidence building is thus seen as the basis of the working relationship between the midwife and the woman in her care. If midwives are subjectively critical of their client's family situation, they sometimes abandon their conventional care principles and limit the focus of their work to maintaining trust with their client. In situations like this, trust becomes a key element in the formation of professional relationships with the objective of ensuring that access to these women is not lost.

"So I didn't have particularly ambitious objectives, I just tried to establish a solid relationship of trust to ensure I was aware when the situation was becoming critical. And then tried to encourage my client by pointing out what she was doing right [...] instead of focusing on her mistakes."

The midwife draws on her client's resources and puts access to her client above her professional expectations of a good mother-child relationship. "To have a good relationship of trust" has become a targeted approach for this midwife in order to "prevent the worst from happening". This possibly means she is pushing herself to the limits of her abilities.

Losing women's trust

However, for midwives, the loss of women's trust has also become a subject of discussion. This aspect comes to

the fore at the interface with early prevention such as when a family midwife is brought on board or in the context of cooperation with child and youth welfare services.

Loss of trust at the transition of care to a family midwife

Freelance midwives consider the continuation of an established relationship of trust with a client to be important when they hand over care to a family midwife.

"And for us to reach a point where she really trusted me took quite some time. And I think if I had, at that point then abruptly announced: 'OK, I'm now going to stop coming and from next week one of my colleagues, a family midwife, is going to replace me.' I really don't think that would have been a very positive step for her. This is why we decided to conduct three home visits together."

In the experience of this midwife, joint home visits with an freelance midwife and a family midwife can prevent the client from losing trust in the midwife. Another midwife describes her concerns regarding the transition of care to a family midwife as a *"relationship of trust reaching a tipping point"*. The strategy she uses to address the situation is similar: she would like to see freelance midwives and family midwives *"working together as a team"*. By this she means that she would continue her work as an freelance midwife while the family midwife visits the client *"in addition"* to her.

For an freelance midwife supporting her clients during the antenatal period, childbirth and during the postnatal and breastfeeding period, handing over to a family midwife is something rather inconceivable. Her strategy to ensure she does not lose the trust of her client is:

"And if effort has been made to establish a relationship with someone, I would not be keen to just give that up."

Through this midwife's contact with her client, a trusting relationship has evolved. Against this backdrop, handing a client over to a family midwife represents a loss for the midwife. Although she is aware of the services offered by family midwives, she would not necessarily always refer her client to one. The relationship of trust is apparently functional for the midwife, the woman's needs may be subordinate to this. The same midwife states that she has, so far, had barely any experience of a situation like this which she attributes to the fact that her clients are usually *"educated or contemplative"* and that she tends not to look after those families *"in greater need of support"*.

Loss of confidence due to association with the Youth Welfare Office

In the interviews, respondents raise concerns that they will lose women's trust due to their cooperation with the

Youth Welfare Office. For example, one midwife describes how a mother ceases contact with her because she assumes that the midwife is collaborating with the Youth Welfare Office.

"[...] and then she told me in no uncertain terms that she would rather cope on her own and she wasn't interested in my help, mainly because she thought she could manage on her own and often had the feeling that she was being monitored and that I would go to the Youth Welfare Office and inform them of the situation. So she felt that I was playing more of an observer role although I hadn't actually been to Youth Welfare at all. She basically felt monitored and observed and simply didn't want that anymore."

This midwife experiences a woman withdrawing trust in her as a result of her assumed cooperation with the Youth Welfare Office. Although, according to the midwife, there never was any contact with the Youth Welfare Office, we are surprised by the extreme sensitivity of the client here whose relationship with the Youth Welfare Office is clearly marked by fear. The client's relationship with the midwife comes to an abrupt end. According to the midwife, this is manifested by the client, with whom she had initially had a trusting cooperative relationship, suddenly *"flicking the switch"*.

The fear that cooperating with child and youth welfare services could result in a loss of parents' trust is expressed by a young midwife who, parallel to providing family support through the Youth Welfare Office, also provides postnatal care to a client. In her experience, a simple conversation between individuals from these two professions on the doorstep of a client's house can have major consequences.

"And the families saw us having a brief conversation outside the house and, at some point, the question arose as to how much they still trusted me because they explicitly raised the issue saying 'so, you had a nice little chat with him then?'"

This midwife provides us with an insight into the family's concern that she might be too close to the Youth Welfare Office. She witnesses just how closely the family observes her actions. This is illustrated by the parents explicitly raising the conversation she had had with the representative of the Youth Welfare Office on the doorstep of their house, insinuating that that there was some kind of dialogue that they were not happy about. What is also apparent is the midwife's quandary as she is concerned that the trust in the relationship with the parents may have been undermined.

Trust in the context of cooperation with professionals from child and youth welfare services

Confidence building between midwives and their clients is an important aspect, also with regards to relationships between professionals (in this case between freelance midwives and actors from child and youth services). Some midwives use women's trust to set themselves apart from the Youth Welfare Office, others build on this trust to make the hand over easier.

Trust as a distancing strategy

For some midwives, in the context of cooperation with the Youth Welfare Office, gaining women's trust becomes part of a strategy: they use this trust to distance themselves from child and youth welfare services.

"Because as midwives, we – and I think I can speak for all midwives here – we are able to make this rapid connection and quickly gain women's trust so that they open up. I think it's a completely different situation when someone comes from the Youth Welfare Office because they are an official from a government office."

This quote illustrates how the midwife uses stereotypes about her own profession as well as the Youth Welfare Office to draw a distinction between the two disciplines. The midwife generalises her position to emphasise her point. Her argument denies the Youth Welfare Office any type of relationship of trust with women. This might expose her lack of knowledge regarding the support services provided by the Youth Welfare Office. Another midwife sums up the situation along similar lines:

"I believe we have a completely different status among families, more as a confidant. This is probably because it's very clear that we don't represent the government, the Youth Welfare Office or whatever else."

This respondent also uses stereotypes in her argument which can be summarised as follows: midwives enjoy a trusted status, the Youth Welfare Office, in contrast, does not. The argument reveals a perspective characterised by distance from the Youth Welfare Office.

Building on women's trust

At the same time, freelance midwives build on women's trust in order to refer them to the services offered by the Youth Welfare Office, where necessary. In the experience of some midwives, the Youth Welfare Office is "associated with a great deal of fear" for some women and their services are thus rejected. The midwives interviewed saw this as an opportunity for them to inform their clients

about the support options available and, if necessary, refer them to other types of help.

"And it really is the case that once youth welfare or Youth Welfare Office is stamped on something, they immediately panic and ask: 'What business to they have here?' And this is really not positive! So here it's actually quite good that I can approach the situation from my position as a confidant and say, they don't want anything from you at all but instead will bring a really thick folder with lots of information about all the possibilities available to you during your child's first year."

The midwife quoted above draws on the existing relationship of trust with her client in order to relativise prejudices and inform her about early prevention services.

Another midwife behaves similarly. She is aware that women might be afraid that their children could be taken away. She reassures her client, clarifies the situation and lastly, with her permission, puts her in touch with the Youth Welfare Office. Subsequently, her client receives support and relief from the Youth Welfare Office.

"Then I tried to explain things to her again: 'Hold on. We are far from reaching the point at which your children are taken away from you and you are doing a good job of taking care of them so this isn't a problem that will arise.' And then I called the Youth Welfare Office again, gave them my client's name and everything and they took care of things."

In summary, the relationship of trust with the client is a key concept shaping how midwives are involved in early prevention networks. Trust therefore assumes particular significance, also in terms of cooperation with social welfare professions.

Discussion

The study's starting point was to examine the interprofessional cooperation between freelance midwives and actors in early prevention networks. The focus of the analysis is the relationship of trust between the midwife and her client in this field. What was striking in the interviews was the heavy emphasis on building trust with clients which also appears to be a key concept in the context of cooperation with actors from early prevention networks. At the same time, this trust also shapes the structure of the relationship between midwives and professionals from child and youth welfare services.

The midwives interviewed construed trust as a key element of the working relationship. These findings correspond with statements in the specialist midwifery literature: confidence building is described as "the basis of the relationship between a woman and her midwife" ([1] p.33), as "an essential aspect of relationship building" ([38] p.21) as well as the "heart of midwifery work" ([38]

p.21). The inherently high level of trust that society automatically places in the midwifery profession has already been outlined in Lange and Liebald [22]. Rettig, Schröder and Zeller [33] also address the trust aspect of the relationship between family midwives and their clients and in this context identify trust as “something that requires constant effort by both the family midwife and the client” ([33] p.129). Ayerle also documents the fundamental importance of the relationship of trust between family midwives and women [2].

In view of the trust invested in midwives, their involvement in early prevention networks is emphasised. The result of this is that midwifery services are regularly used and therefore not seen as stigmatising [32]. Moreover, the relationship of trust is protected thanks to the midwife's duty of confidentiality ([24] p.78)([42] Section 203).

Confidence building between the midwife and her client has a variety of different facets. Several of the midwives questioned use the relationship of trust as a targeted approach when caring for women in difficult life situations in order to maintain access to those clients. What is striking here is that midwives primarily draw on the existing resources of their client. A study on the work of family midwives ([33] p.122) shows that creating a professional relationship between family midwives and their clients can be aimed at maintaining their ability to act by praising and empowering those in their care. The authors of the study interpret this way of forming the relationship between the family midwife and her client as “the lowest common denominator” ([33] p.124). Since both midwives and family midwives use the relationship of trust strategically this could be interpreted as part of midwives' professional self-perception.

Other midwives build on women's trust to enable them to refer their clients to the help provided by child and youth welfare services. Given that freelance midwives are under no obligation to cooperate [26], here, the high level of willingness of midwives to cooperate is evident. This is something that Ayerle, Mattern & Fleischer [3] have also described. Another study ascribes freelance midwives as well as the Youth Welfare Office and counselling centres an intermediary role placing women in contact with family midwives [2]. The legislature evidently also sees the importance of the role played by midwives in this field and in 2015, the Preventative Health Care Act (Präventionsgesetz [28]) came into force extending midwifery support during the postnatal period from eight to twelve weeks ([39] Section 24d).

Several of the midwives questioned found it difficult to refer women to early prevention services because they were worried about destroying the relationship of trust they had with their clients. Sayn-Wittgenstein, Lange and Knorz [34] also established that, in the event of clients requiring additional support, midwives very rarely referred those women to professionals from other fields. The reasons identified for this were midwives overestimating their own abilities as well as competitiveness. This study substantiates the authors' assumption that, given the desire to protect personal interests, the needs of the user

are not always given priority [34]. It becomes evident that, in the context of cooperation with child and youth welfare services, some midwives are more focused on distancing themselves than acting as intermediaries. They reveal a perspective that could limit the willingness to cooperate. The hesitant approach to cooperation with professionals from child and youth welfare services on the part of health care professionals is also described in the Interim Report of the National Centre for Early Prevention (Nationale Zentrum Frühe Hilfen [26]). This is explained by the lack of awareness on both sides of the system and rationale for action of the other which hampers cooperation and mutual understanding. It is observed that not all health care professionals are familiar with the support provided by child and youth welfare services [26]. It is possible that the tendency of some midwives in this study to want to distance themselves could be the result of a lack of knowledge about early prevention services as well as the working practices of those in other professions.

Some midwives stated that they rarely had clients in greater need of support. Further studies also evidenced that pregnant women with particularly high levels of social or psychological stress, single pregnant women and pregnant women with a migrant background are less likely to use antenatal care [34][40]. Freelance midwives' care mandate does not exclude vulnerable women, however [14][23].

The study illustrated the significance of confidence building between midwives and their clients in the context of the cooperation of freelance midwives in early prevention networks. Further research on this topic is required. One area that would be interesting to explore is the user perspective on the cooperation of freelance midwives in the context of early prevention. The objective here would be to acquire an understanding of whether the women themselves see cooperation between different professionals as being of benefit to their obstetric care.

Limitations

This article provides us with an insight into the importance of the relationship of trust between midwives and their clients in the context of midwives' cooperation in the field of early prevention.

With respect to data collection, there are limitations in terms of the generalisability of the findings as respondents were a specifically selected group of freelance midwives. The representation of the perspective of these freelance midwives is in line with the study's main area of interest. The approach taken to data analysis enabled us to achieve a limited level of abstraction and the findings should thus be considered preliminary.

Conclusion

The significant focus on confidence building emphasises its fundamental importance for the involvement of freelance midwives in early prevention. For freelance mid-

wives, the challenge is to carve out their role as a cooperative partner in early prevention networks without undermining the trust women have in them. To ensure the successful fulfilment of the requirement, stipulated by law ([17] Section 3 Para. 2) for the involvement of freelance midwives in early prevention networks, based on the study's findings, the following conclusion should be drawn:

The early prevention networks should be structured in such a way that the concerns regarding the loss of women's trust do not present an obstacle to midwives' cooperation in early prevention networks. This requires clear and comprehensible framework conditions for all actors involved in the networks. Moreover, a prerequisite for the success of freelance midwives' involvement in early prevention is a trust-based working relationship with their clients. This requires sensitive handling of women's trust through strict adherence to confidentiality, for instance. Otherwise there is a risk that freelance midwives' involvement in early prevention networks will be at the expense of the relationship of trust between the midwife and her client. In order that midwives can develop their full potential in the early prevention networks, without jeopardising the relationship with their clients, they need to have an in-depth understanding of early prevention structures as well as an insight into the roles of all participating actors.

Notes

Funding

The data used for this study was collected as part of the research professorship entitled "maternity care" (Familiensorientierte geburtshilfliche Versorgung, FageV) funded by the Ministry for Science and Culture of the State of Lower Saxony (Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur) ("Nds. Vorab"; FKZ: 11-76251-33-2/12). The research group "family health in the life course" (Familiengesundheit im Lebensverlauf, FamiLe), under the auspices of which this study was published, is funded by the Federal Ministry for Education and Research (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF) (FKZ: 01KX1113B).

Acknowledgements

The authors would like to thank the midwives who participated in this study.

The publishers are grateful to Carla Welch, qualified translator, for assisting with the English translation of the manuscript.

Competing interests

There is no conflict of interest.

References

- Ahrendt C. Hebammenrolle, Kommunikation und pädagogische Hebammenaufgaben. In: Stiefel A, Geist C, Harder U, Ahrendt C, editors. *Hebammenkunde: Lehrbuch fuer Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. 5th ed. Stuttgart: Hippokrates; 2013. p. 33-57.
- Ayerle GM. *Fruehstart: Familienhebammen im Netzwerk Fruehe Hilfen*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen; 2012.
- Ayerle GM, Mattern E, Fleischer S. Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich taetige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk "Fruehe Hilfen"? *GMS Z Hebammenwiss*. 2014;1:Doc03. DOI: 10.3205/zhwi000003
- Barimani M, Hylander I. Linkage in the chain of care: a grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care. *Int J Integr Care*. 2008;8(4):1-13. DOI: 10.5334/ijic.254
- Clancy A, Gressnes T, Svensson T. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(3):659-68. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x
- Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M. Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016;59(10):1247-54. DOI: 10.1007/s00103-016-2421-9
- Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, et al. Inanspruchnahme von Angeboten der Fruehen Hilfen und darueber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016;59(10):1271-80. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8
- Fabel-Lamla M, Tiefel S, Zeller M. Vertrauen und Profession: Eine erziehungswissenschaftliche Perspektive auf theoretische Ansätze und empirische Analysen. *Zeitschrift fuer Paedagogik*. 2012;58(6):799-811.
- Flick U. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einfuehrung*. 7th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2016.
- Flick U, von Kardorff E, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Ueberblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. 10th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013. p. 13-29.
- Glaser BG, Strauss AL. *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. 3rd ed. Bern: Huber; 2010.
- Glaser, BG. Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey G, Mruck K, editors. *Grounded Theory Reader*. 2nd ed. Wiesbaden: VS Verlag fuer Sozialwissenschaften; 2011. p. 137-61.
- Haffner J, Esther C, Muench H, Parzer P, Raue B, Stehen R, et al. Verhaltensauffaelligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive - Ergebnisse zu Praevalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2002;51(9):676-96.
- Hahn M, Sandner E. *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Koeln: Nationales Zentrum Fruehe Hilfen (NZFH); 2013.
- Homer CS, Henry K, Schmied V, Kemp L, Leap N, Briggs C. 'It looks good on paper': Transitions of care between midwives and child and family health nurses in New South Wales. *Women Birth*. 2009;22(2):64-72. DOI: 10.1016/j.wombi.2009.01.004

16. Horschitz H, Meysen T, Schaumberg T, Schoenecker L, Seltmann D. Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern: Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Koeln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2015.
17. KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz), Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetzes. BGBl. 2011 Dec;Teil I(Nr. 70):2975-82.
18. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3rd ed. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2016.
19. Kuester E, Mengel M, Pabst C, Sann A. Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen: Strukturen und Personen, Aufgaben und Herausforderungen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Datenreport Frühe Hilfen: Ausgabe 2015. Koeln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2015. p. 22-39.
20. Lamnek S. Qualitatives Interview. In: Lamnek S, editor. Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 5th ed. Weinheim, Basel: Beltz; 2010. p. 301-71.
21. Lang K, Brand C, Renner I, Neumann A, Schreier A, Eickhorst A, et al. Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt? Erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsstudie. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Datenreport Frühe Hilfen: Ausgabe 2015. Koeln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2015. p. 6-21.
22. Lange U, Liebald C. Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen: Leitfaden fuer Kommunen. Koeln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2013.
23. Mattern E, Lange U. Die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen: Frühe Kindheit. Zeitschrift der Deutschen Liga fuer das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Sonderausgabe: Frühe Hilfen; Gesundes Aufwachsen ermöglichen. 2012;14:66-75.
24. Meysen T, Schoenecker L. Vertrauensschutz als Grundlage des Datenschutzes im System Frühe Hilfen. In: Freese J, editor. Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen: Praxisgrundlagen. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag; 2011. p. 77-91.
25. NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen). Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes. Koeln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2016.
26. NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen). Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes. Koeln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2014.
27. NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen). Leitbild Frühe Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats. Koeln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2014.
28. PraevG (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention). BGBl. 2015 Jul;Teil I(Nr. 31):1368-79.
29. Psaila K, Fowler C, Kruske S, Schmied V. A qualitative study of innovations implemented to improve transition of care from maternity to child and family health (CFH) services in Australia. Women Birth. 2014;27(4):e51-60. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.08.004
30. Psaila K, Kruske S, Fowler C, Homer C, Schmied V. Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(151):1-13. DOI: 10.1186/1471-2393-14-151
31. Psaila K, Schmied V, Fowler C, Kruske S. Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. J Clin Nurs. 2015;24(1-2):160-72. DOI: 10.1111/jocn.12635
32. Renner I. Zugangswege zu hoch belasteten Familien ueber ausgewaehlte Akteure des Gesundheitssystems: Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010;53(10):1048-55.
33. Rettig H, Schroeder J, Zeller M. Das Handeln von Familienhebammen: Entgrenzen, abgrenzen, begrenzen. 1st ed. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2017.
34. Sayn-Wittgenstein F, Lange U, Knorz B. Erfassung des Bedarfs von sozial benachteiligten schwangeren Maedchen und Frauen mit dem Ziel der Entwicklung eines Gesundheitsfoerderungskonzepts: Unveroeffentlichter Abschlussbericht. Osnabrueck: Hochschule Osnabrueck; 2011.
35. Schlueter-Cruse M, Schnepf W, Sayn-Wittgenstein F. Interprofessional cooperation by midwives in the field of out-of-hospital obstetrical care: an integrative review. Int J Health Prof. 2016;3(2):136-52. DOI: 10.1515/ijhp-2016-0025
36. Schmied V, Homer C, Fowler C, Psaila K, Barclay L, Wilson I, et al. Implementing a national approach to universal child and family health services in Australia: professionals' views of the challenges and opportunities. Health Soc Care. 2015;23(2):159-70. DOI: 10.1111/hsc.12129
37. Schoelmerich VL, Posthumus AG, Ghorashi H, Waelput AJ, Groenewegen P, Denktas S. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(145):1-8. DOI: 10.1186/1471-2393-14-145
38. Schoenberger P, Schaefers R, Kehrbach A. Die Bedeutung der Beziehungsarbeit im Geburtsprozess. In: Deutscher Hebammenverband e.V., editor. Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstuetzung der physiologischen Geburt. Stuttgart: Hippokrates-Verl.; 2010. p. 20-35.
39. SGB (Sozialgesetzbuch). Fuenftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung. BGBl. 1988 Dec;Teil I(Nr. 62).
40. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglens M, Schwoerer P, Schmahl F. Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz: Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Wuerttemberg 1998-2001. Geburtshilfe Frauenheilk. 2003;(63):538-45. DOI: 10.1055/s-2003-40474
41. Steinke I. Guetekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 10th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013. p. 319-31.
42. StGB (Strafgesetzbuch) i. d. Fassung vom 31.03.2017. BGBl. 1998 Nov;Teil I(Nr. 75).
43. Strauss AL, Corbin JM. Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union; 1996.
44. Struebing J. Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einfuehrung fuer Studierende. 1st ed. Muenchen: Oldenbourg; 2013.
45. VV BIFH. Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015 (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz). 2012 [Zugriff/cited Jun 2017]. Verfuegbar unter/ available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_zur_Bundesinitiative.pdf

46. Witzel A. Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen. In: Strobl R, Boettger A, editors. Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 1996. p. 49-76.
47. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. Forum Qual Soc Res. 2000;1(1):1-9. DOI: 10.1007/978-3-8349-9441-7_29
48. Zimmermann P, Vierhaus M, Eickhorst A, Sann A, Egger C, Foerthner J, et al. Aufwachsen unter familiaerer Belastung in Deutschland: Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(10):1262-70. DOI: 10.1007/s00103-016-2423-7

Please cite as

Schlüter-Cruse M, zu Sayn-Wittgenstein F. Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie. GMS Z Hebammenwiss. 2017;4:Doc03.
DOI: 10.3205/zhw000009, URN: urn:nbn:de:0183-zhw0000098

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zhw/2017-4/zhw000009.shtml>

Received: 2017-04-29

Accepted: 2017-09-18

Published: 2017-12-15

Copyright

©2017 Schlüter-Cruse et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Corresponding author:

Martina Schlüter-Cruse, Dipl. Berufspäd. (FH)
1) Barbarastr. 24, 49076 Osnabrück, Germany; 2)
Stockumer Str. 12, 58453 Witten, Germany (The author
is working on her doctoral thesis at the University
Witten/Herdecke)
m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de