

Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen

Zusammenfassung

Hintergrund: Bereits bei der Festlegung von Forschungsprioritäten sollte die Sichtweise der Nutzerinnen berücksichtigt werden. In Deutschland fehlt bisher eine nationale Agenda für Hebammenforschung.

Ziel: Identifizierung potenzieller Themenbereiche für die Hebammenforschung in Deutschland, die sich auf die Erfahrung von Frauen und die Einschätzung von Hebammen stützen.

Methodik: Dieser Teil einer größeren hermeneutisch-interpretativen Studie stützt sich auf 14 Fokusgruppen, die in 5 Bundesländern stattfanden. Die 50 teilnehmenden Frauen und 20 Hebammen unterschieden sich in ihren Merkmalen, wie u.a. Alter, Bildung und Art der Hebammen-/fachärztlichen Versorgung. Potenzielle Forschungsthemen wurden in einer schrittweisen, progressiven Analyse aus den Daten abgeleitet.

Ergebnisse: Es ließen sich acht detailreiche Forschungsthemen identifizieren, die jeweils unterschiedliche Aspekte der Hebammenbetreuung beinhalten. Sechs der Themenbereiche (Beruf der Hebamme, Kompetenz der Hebamme, Hilfebedarf der Frauen, Entscheidungen evidenzbasiert treffen, Beratung/Anleitung durch die Hebamme, Betreuung durch die Hebamme) stellen inhaltliche Aspekte der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen dar. Dagegen benennen zwei Themenbereiche (Versorgungsdefizite und Versorgungsmodelle) eher strukturelle Defizite oder Potenziale.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse bilden eine empirische Grundlage für die Erarbeitung einer nationalen Forschungsagenda in Deutschland dar, die sich an den Bedürfnissen der Frauen orientiert.

Schlüsselwörter: Forschungsagenda, Forschungsthemen, Frauen, Präferenzen, Hebammenbetreuung

Gertrud M. Ayerle¹
Elke Mattern¹

1 Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften, Halle
(Saale), Deutschland

Hintergrund

Im Jahr 2011 empfahl der Gesundheitsforschungsrat, die Forschungstätigkeit zur Versorgung von schwangeren Frauen, Gebärenden, Wöchnerinnen und Müttern mit Säuglingen durch Hebammen weiter auszubauen [9], um die Handlungspraxis von Hebammen wissenschaftlich zu fundieren. Dafür ist – neben anderen Ausrichtungen – die Versorgungsforschung geeignet, die vier Bereiche umfasst: den Input (Bedarf, Inanspruchnahme), Throughput (Versorgungsstrukturen/-prozesse), Output (erbrachte Versorgungsleistungen) und das Outcome (Gesundheit/Lebensqualität) ([15] S. 4).

Um die Entwicklung, Überprüfung und Implementation evidenzbasierter Versorgungsleistungen durch Methodenkenntnisse zu unterstützen, entwickelte Cochrane Deutschland in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. und anderen Akteuren einen forschungsmethodischen Leitfaden, welcher als ersten Schritt die Ermittlung von versorgungsre-

levanten Gesundheitsproblemen vorsieht [23]. Damit soll gewährleistet werden, dass keine unnütze Forschung (research waste) produziert [11], sondern Versorgungsprobleme, Interventionen und Outcomes untersucht werden, die für die Zielgruppen von vorrangigem Interesse sind. Auch Chalmers und Glasziou [4] und Chalmers et al. [3] fordern, dass bereits bei der Festlegung von Forschungsprioritäten – neben den Dienstleister/innen, die im unmittelbaren Versorgungsprozess Entscheidungen vorschlagen oder treffen – die Nutzer/innen der Versorgungsleistungen (users) selbst einbezogen werden [21]. Einen zielgerichteten Einsatz von Forschungsmitteln gebieten im weitesten Sinne das Recht der Klient/innen auf Selbstbestimmung (Autonomie) im Versorgungs geschehen ([25] S. 15-8) und die ethische Abwägung von Kosten und Nutzen.

Zur Bündelung und inhaltlichen Ausrichtung der (Versorgungs-)Forschung durch Hebammen in Deutschland wäre es für Forschende hilfreich, sich an einer nationalen Agenda orientieren zu können. Auf der Basis einer syste-

matischen Recherche¹ (siehe Abbildung 1) konnte festgestellt werden, dass bereits in Irland [2], Großbritannien [5][19], Australien [7][17], Afrika (Kenia, Malawi, Tansania, Uganda, Sambia und Zimbabwe) [12] und auf internationaler Ebene [20] Agenden für die Hebammenforschung erstellt wurden. Die meisten Studien zum „Agenda Setting“ [1] setzten Delphi-Verfahren ein [2][7][12][19], jedoch kamen auch ein einmaliger Survey [17][20] oder Diskussionsgruppen zur Anwendung [5]. Vier Studien befragten Hebammen [7][12][17][20], eine Studie schloss Hebammen und Auszubildende ein [19], während nur zwei Studien ausschließlich [5] oder zusätzlich Mütter [2] befragten.

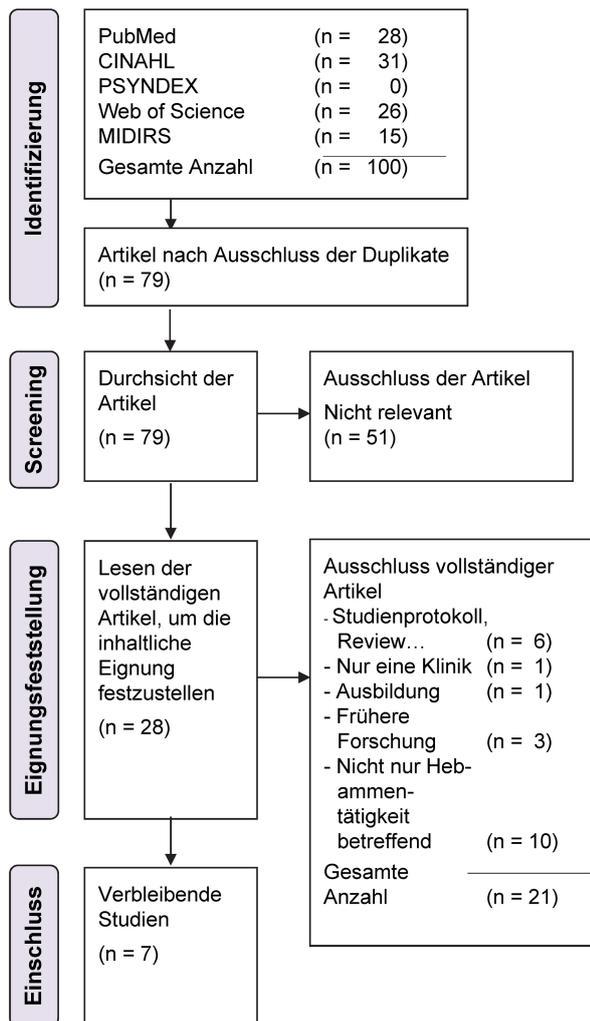


Abbildung 1: Literaturrecherche zur Identifizierung von europäischen Forschungsarbeiten, die das Ziel verfolgten, eine Agenda für Hebammenforschung zu entwickeln [14]

Ein Blick in die Primärliteratur gibt Aufschluss über die Vielfältigkeit der konkreten Forschungsfragen und -aspekte; nachfolgend werden die teils ähnlichen und teils unterschiedlichen Ergebnisse der Studien in vier Forschungsthemen zusammengefasst und kurz skizziert: Aus Sicht der Hebammen waren die im Forschungsbereich Hebammenbetreuung Schwangerenvorsorge [7][12][19] Geburtsvorbereitung [19][20], Betreuung während der Geburt [2][7][17][19], Qualitätssicherung einschließlich

Notfall- und Transfermanagement [12][19], postpartale Betreuung [7][17][19] sowie Evidenzbasierung und Bedeutung von Forschung für die Praxis [2][12][20] relevant. Ein besonderer Fokus wurde dabei auf die Betreuung physiologischer Prozesse [20], eine Frau-zentrierte Betreuung und Kommunikation [2][17], die Dokumentation [12], die psychosozialen Faktoren [17] sowie besondere Zielgruppen [12][17][20] gelegt. Im Forschungsbereich Versorgungsmodelle thematisierten die Hebammen Systeme der Versorgung [2][19] und den Hebammenmangel [12] sowie im Forschungsbereich Hebammenberuf die Rolle der Hebamme [19], berufliche Aspekte [2][7][17] und das Management der Hebammentätigkeit [19]. Im Forschungsbereich Aus- und Fortbildung wurde die lebenslange Fortbildung [2][12] hervorgehoben.

Die befragten Mütter (users/user representatives) betrachteten im Forschungsbereich Hebammenbetreuung die Themen Schwangerenvorsorge [5], Betreuung während der Geburt (Latenzphase, Geburtseinleitung und Kaiserschnitt) [2][5] und postpartale Betreuung (insbesondere die Ernährung des Kindes) [2][5] als bedeutsam. Als forschungsrelevant wurden auch die Aspekte Frau-Zentrierung [2] und kontinuierliche Betreuung [5], partizipative Kommunikation [5] und evidenzbasiertes Assessment von Risiken [5] eingeschätzt. Die Forschungsbereiche Versorgungsmodelle [5], Beruf der Hebamme [2][5] und Aus- und Fortbildung [2] wurden nur wenig detailliert thematisiert.

Anders als die vier oben benannten Forschungsbereiche, beschreibt das „Framework for quality maternal and newborn care“ von Renfrew et al. [18], das auf der Grundlage von Reviews entwickelt wurde und internationale Gültigkeit beanspruchen will, die gesundheitliche Versorgung durch Hebammen auf fünf Ebenen: Praxis/Tätigkeiten (wie Information, Beratung, Gesundheitsförderung), die Organisation der Versorgung, die Werte der Hebamme, ihre philosophische Ausrichtung und die Leistungserbringer/innen (z.B. ihre Kompetenzen und interprofessionelle Kooperation).

Ziel und Forschungsfrage

In Deutschland hatte eine Erhebung der Versorgungs- und Forschungsprioritäten der Frauen und Hebammen zur Identifizierung ihrer vorrangigen Themen in der gesamten Breite der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen bisher nicht stattgefunden. Diese Lücke wurde durch die Studie mit dem Titel „Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen: Eine qualitative explorative Untersuchung“ geschlossen. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) förderte sie in den Jahren 2015-2016. Die Umsetzung der gesamten Studie basierte auf 4 Teilzielen: 1. die Wünsche und Bedürfnisse von Frauen kennen zu lernen, 2. die Sichtweise der Hebammen hinsichtlich der Wünsche von Frauen im Versorgungsgeschehen zu ermitteln, 3. die Perspektiven beider Zielgruppen zusammen zu führen sowie 4. aus den zusam-

mengeführten Daten prioritäre Themen für die Forschung zur gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen herauszuarbeiten. Die Forschungsfrage zum Teilziel 4, die in diesem Beitrag beantwortet wird, lautete: Welche vorrangigen Forschungsthemen lassen sich aus den subjektiven Sichtweisen der Frauen und Hebammen zu ihrer gesundheitlichen Versorgung ableiten?

Methodik

Design

In ihrer Gesamtheit untersuchte die Studie in Anlehnung an die Hermeneutik von Gadamer [8] explorativ und in zyklischem interpretativem Vorgehen die Versorgungspräferenzen und -defizite aus Sicht der Frauen und Hebammen. Die zentralen Prinzipien – Offenheit; Forschung als Kommunikation (Dialog mit dem Subjekt/Text); Prozesscharakter und Reflexivität (iterativer analytischer Prozess von den Einzelaussagen zu übergreifenden Sinnzusammenhängen und zurück); Explikation (Darlegung des Vorgehens) und Flexibilität [8][10] – ermöglichten es, die subjektiven Perspektiven sowie Einstellungen und Erfahrungen der Teilnehmerinnen in einem größeren Zusammenhang bzgl. ihres Inhalts, ihres Kontexts und ihrer Bedeutung auszuloten [16].

Zugang und Datenerhebung

Dazu wurden in mehreren Bundesländern 10 Fokusgruppengespräche (FG) mit insgesamt 50 Frauen und 4 mit 20 Hebammen geführt, digital aufgenommen und transkribiert. Das Forscherinnenteam informierte potenzielle Teilnehmerinnen durch Hebammen, Kliniken, soziale Netzwerke und relevante Verbände/Vereine. Die interessierten Frauen und Hebammen füllten vor der Einladung zum FG ein Formular aus, in dem neben wenigen soziodemografischen Angaben auch nach der Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung (Frauen) sowie nach der Berufserfahrung und den von ihnen angebotenen Leistungen (Hebammen) gefragt wurde. Diese Auskünfte dienten dem Zweck, die FG möglichst heterogen zusammen zu stellen. Um den Gesprächsfluss in den FG bestmöglich zu unterstützen, wurden sie klein (4-6 Personen) und hinsichtlich des Bildungsgrads homogen gehalten.

FG eignen sich für die Beantwortung der Fragestellung, da die Teilnehmerinnen im Gespräch ihre eigenen Sichtweisen vorbringen, die Gedanken und Erinnerungen der Gesprächsteilnehmerinnen anregen, reflektieren und dazu Stellung nehmen sowie ihre eigenen Auffassungen im Gesprächsverlauf schärfen können. Die Forscherinnen, die die jeweils ca. 2-stündigen FG moderierten, eröffneten das Gespräch mit offenen Fragen zu Erfahrungen der Frauen in ihrer gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen. Auch in den FG mit Hebammen wurde erfragt, welche Bedürfnisse und Wünsche die Frauen in ihrer Versorgung haben und wo sich Defizite auftun. Im Gesprächsverlauf wurde der Fokus, wenn nötig, durch im-

manente Nachfragen (W-Fragen) immer wieder auf die Forschungsfrage gerichtet [16]. Weitere Informationen zur Auswahl der Teilnehmerinnen sowie Durchführung der FG können der Publikation in BMC Pregnancy & Childbirth entnommen werden [13].

Stichprobe

Die beiden Stichproben schlossen 50 Frauen und 20 Hebammen aus fünf bzw. vier Bundesländern in Deutschland ein, darunter 15 schwangere Frauen (6 Erstgebärende, 8 Mehrgebärende, 1 unklar) und 35 Mütter mit Säuglingen (22 Erstgebärende, 13 Mehrgebärende), von welchen 9 einen Hauptschulabschluss oder geringeren Bildungsgrad hatten (siehe Tabelle 1). Von 15 Frauen, die eine Fehlgeburt oder ihr Kind zu einem späteren Zeitpunkt verloren hatten, besuchten 6 Frauen zum Zeitpunkt der Befragung eine Selbsthilfegruppe der „Leeren Wiege“. Sie und fünf Frauen, die in einem Mutter-Kind-Heim wohnten, bildeten jeweils eine eigene FG. Im Durchschnitt bewerteten die Teilnehmerinnen ihre Hebammenbetreuung mit der Note „gut“, allerdings waren auch Frauen darunter, die die Note 4 oder 5 vergaben (siehe Tabelle 2).

Tabelle 1: Merkmale der befragten schwangeren Frauen und Mütter (n=50)

Alter	N
<20 Jahre	2
20 – 24 Jahre	4
25 – 29 Jahre	9
30 – 34 Jahre	20
35 – 39 Jahre	9
≥ 40 Jahre	6
Höchster Schulabschluss	N
Ohne Abschluss	4
Haupt-/Volksschule	5
Realschule	8
Fachhochschulreife/ Abitur	9
Fachhochschule/ Universität	21
Anderer	3
Weitere Merkmale	N
Befragte derzeit schwanger (davon 6 Frauen zum ersten Mal)	15
Vergangene Schwangerschaft mit erhöhtem Versorgungsbedarf	16
Verlust des Kindes (inkl. Fehlgeburt) (15 Frauen)	23
Alleinerziehend	13

Tabelle 2: Angaben der befragten schwangeren Frauen und Mütter zu der von ihnen erhaltenen Schwangerenvorsorge/Hebammenbetreuung

Schwangerenvorsorge (n=50)	N
Durch Hebamme	2
Durch Gynäkolog/in	10
Durch Hebamme und Gynäkolog/in	38
Wochenbettbetreuung (n=44 Mütter)	N
Durch Hebamme	42
Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme (Noten 1-6)	MW
In der Schwangerschaft (n=40)	1,91
Bei der Geburt (n=38)	1,63
Im Wochenbett (n=42)	1,81

Die Hebammen wiesen ein breites Spektrum an Qualifikationen, Berufsjahren und Tätigkeitserfahrung auf. Sie boten überwiegend Leistungen entsprechend des "Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe" nach §134a SGB V [6] an (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Merkmale und Leistungsangebote der befragten Hebammen (n=20)

Höchste Qualifikation	N
Hebammenexamen	9
Bachelor (versch. Fachrichtungen)	6
Master (versch. Fachrichtungen)	7
Tätigkeitserfahrung (Mehrfachnennungen)	MW (Jahre)
Klinikangestellte:	
Vollzeit (n=10)	3,0
Teilzeit (n=11)	13,9
Freiberuflich	
Vollzeit (n=8)	10,8
Teilzeit (n=16)	14,3
Bildungseinrichtung	
Vollzeit (n=1)	4,0
Teilzeit (n=2)	5,8
Leistungsangebote	N (Hebammen)
Entsprechend der Vergütungsvereinbarung:	
– Hilfe bei Beschwerden in Schwangerschaft	15
– Vorsorgeuntersuchungen	12
– Geburtsvorbereitung	11
– Betreuung bei der Geburt	6
– Wochenbettbesuche	13
– Rückbildung	8
– Stillberatung/Beikosteneinführung	14/13
Außerhalb der Vergütungsvereinbarung:	
– Spezielle Einzelberatung	2
– Gruppenangebote	6

Datenanalyse

In der Analyse zu den Teilzielen 1 und 2 der gesamten DFG-Studie wurden die FG der Frauen und der Hebammen getrennt analysiert. Im Arbeitsschritt 3 (Teilziel 3) führten die Forscherinnen die Sinneinheiten aus den vorigen Schritten zusammen, indem sie sie im größeren Kontext

interpretierten und verdichteten (Ergebnisse siehe <http://www.medizin.uni-halle.de/Hebammenversorgung>). Dabei strebten sie ein mäßiges Abstraktionsniveau an, um den Facettenreichtum der Aussagen der Teilnehmerinnen und der extrapolierten Themen weitestgehend zu erhalten. Nachfolgend wird die Analyse zur Erreichung des Teilziels 4 dargestellt.

Wie in den vorangehenden Schritten nutzten die Forscherinnen die Software MAXQDA [22]. Sie stellten an die Ergebnistexte des Teilziels 3, die im Wesentlichen die Bedürfnisse, Wünsche und Erfahrungen der Frauen hinsichtlich ihrer Betreuung durch Hebammen repräsentierten, die Frage, welche für die Frauen vorrangigen Forschungsthemen sich darin verbergen. In einem offenen und axialen Vorgehen [16] wurden die Texte von einer Forscherin (GA) codiert und progressiv ein Codebaum mit Forschungsthemen und dazu gehörigen Aspekten entwickelt. Die inhaltliche Stimmigkeit der 369 Codierungen und deren Zuordnung überprüfte die andere Forscherin (EM). In mehreren Synthese- und Differenzierungszyklen ließen sich inhaltlich verwandte Aspekte zusammenführen und große Themenbereiche in verschiedene Aspekte ausdifferenzieren. Die Autorinnen verständigten sich letztendlich gemeinsam auf inhaltlich zutreffende Bezeichnungen und Zuordnungen. In der Endfassung entstand ein Codebaum mit 8 potenziellen Forschungsbereichen mit jeweils 4-12 dazugehörigen Aspekten (siehe Abbildung 2).

Ethische Aspekte und Qualitätssicherung

Das gesamte Forschungsvorhaben erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Halle/Saale. Die erhobenen Daten und personenidentifizierenden Merkmale wurden pseudonymisiert und passwortgeschützt gespeichert.

Die methodische Qualität der gesamten Studie wurde mit dem Ziel einer möglichst hohen Treue zu den Sichtweisen der Teilnehmerinnen (im Sinne der Validität² [8]), der Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit der Interpretationsschritte sowie einer genauen Dokumentation des Vorgehens und der getroffenen Entscheidungen (im Sinne der Reliabilität² [8]) folgendermaßen gestützt [24]: heterogene Qualifikationen und Vorerfahrungen im Forschungsteam sowie die Formulierung und Reflexion der eigenen Vorannahmen zum Thema [8]; eine offene Herangehensweise im parallelen Datenerhebungs- und Analyseprozess; Interpretationen des Datenmaterials, die reflektiv, iterativ, unabhängig voneinander vorgenommen und im Team konsentiert wurden; Überprüfung der Arbeitsschritte durch ein jeweils nicht direkt involviertes Teammitglied; sowie eine sorgfältige Dokumentation.

Ergebnisse

Durch eine fokusgruppenübergreifende Zusammenführung und Verdichtung der Sinninhalte (siehe Methodik) gelangten die Autorinnen zu den nachfolgenden Ergebnis-

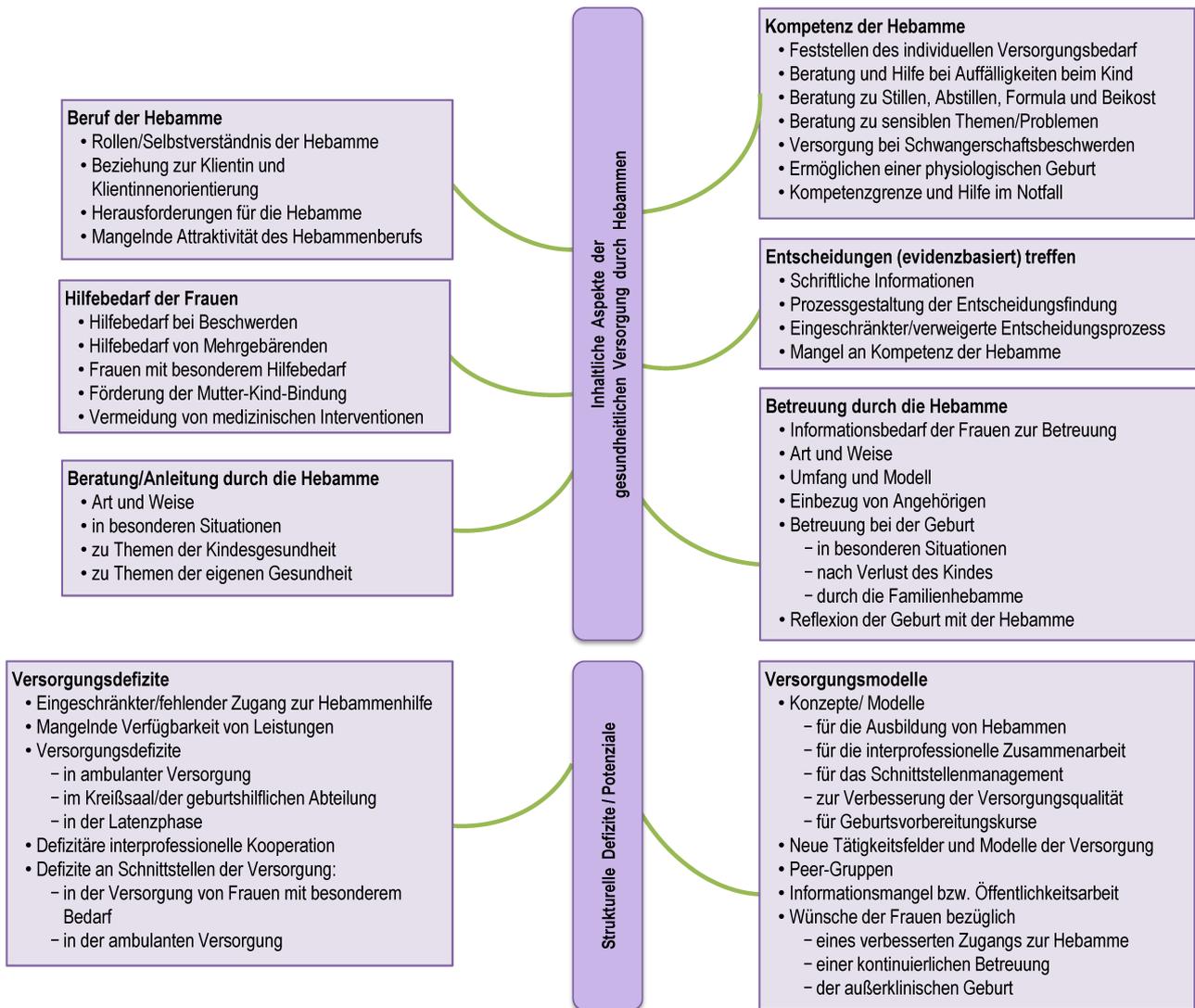


Abbildung 2: Codebaum mit Forschungsthemen und dazugehörigen Aspekten

sen. Dabei werden keine O-Ton-Zitate als Beleg für eine valide Interpretation angeführt, da Inhalte in FG typischerweise über längere Passagen ausgeführt werden und Inhaltsfragmente an verschiedenen Stellen der Gesprächsverläufe auftauchen.

Die acht gewonnenen potenziellen Forschungsbereiche werden nachfolgend in vier Abschnitten erläutert. Die ersten sechs Themenbereiche (a, b, c) stellen inhaltliche Aspekte der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen dar. Dagegen benennen die weiteren Themenbereiche (d) eher strukturelle bzw. systemische Defizite oder Potenziale. Auch wenn teilweise methodische Aspekte angesprochen werden, verkörpern sie an sich noch keine konkreten Forschungsfragen oder geben Hinweise auf spezielle Studiendesigns. Viele der benannten Forschungsthemen sind so komplex, dass zu einem Thema mehrere methodische Ansätze, ggf. aufeinander aufbauend [23], denkbar sind.

a. Beruf der Hebamme – Kompetenz der Hebamme

Zukünftige Forschung zum Thema **Beruf der Hebamme** kann aus Sicht der Frauen und Hebammen sowohl das Selbstverständnis der Hebamme und ihre beruflichen Rollen als auch die personale bzw. professionelle Beziehung zwischen Hebamme und Frau beleuchten. Dabei stehen für die Frauen die individuelle, auf die Bedürfnisse der jeweiligen Frau abgestimmte Beratung, Anleitung und Betreuung im Vordergrund. Genau in dieser Klientinnen-Orientierung bestehen auf Seiten der Hebammen Herausforderungen, die sich auf den erforderlichen hohen Zeitaufwand und – angesichts des bestehenden Hebammenmangels – die zu gewährleistende Vertretung durch eine Kollegin beziehen. Weitere Herausforderungen sind die vorherrschende Routine, technisierte Geburtshilfe, parallele Betreuung von mehreren Frauen und Hierarchie in der Klinik. Angesichts der abnehmenden Tendenz, selbstständig und eigenverantwortlich arbeiten zu können, könnten die mangelnde Attraktivität des Hebammenberufs und das Selbstverständnis der Hebamme von In-

teresse sein hinsichtlich der Rolle als Expertin, Mentorin, Fürsprecherin und primärer Ansprechpartnerin. Forschung, die die **Kompetenz der Hebamme** thematisiert, sollte sich aus der Sicht der Frauen sowohl auf die Feststellung des individuellen Versorgungsbedarfs richten als auch auf die Beratung, wenn Mütter die Hebamme wegen Auffälligkeiten des Säuglings oder sensibler Themen ansprechen (z.B. unerwünschte Schwangerschaft, Bindungsschwierigkeiten, depressive Verstimmung). Schwangere Frauen wünschen sich die Evaluation von Maßnahmen für eine effektive Linderung ihrer schmerzhaften und (un-)typischen Schwangerschaftsbeschwerden. Sie fragen sich auch, welche Faktoren darüber entscheiden, eine physiologische Geburt zu erleben, und wie eine effektive Begleitung durch die Klinikhebamme aussehen könnte, um einer Frau eine selbstbestimmte Geburt zu ermöglichen. Ausgehend von den Erwartungen der Frauen, dass Hebammen ihre Grenzen kennen und eine angemessene Hilfe im Notfall ermöglichen, wäre zu untersuchen, welche Anzeichen und Strategien dafür zielführend sind. Für die postpartale Versorgung ist die Frage zu stellen, wie fundierte und detaillierte Kenntnisse der Hebamme zu alltagsbezogenen Fragen und Problemen rund um die Ernährung des Kindes (Stillen, Abstillen, Formula und Beikost) effektiv vermittelt und auf aktuellem Stand gehalten werden können.

b. Hilfebedarf der Frauen – Entscheidungen (evidenzbasiert) treffen

Das Forschungsthema **Hilfebedarf** sollte sich aus Sicht der Frauen auf praktische Hilfen und naturheilkundliche Mittel beziehen, die in der Schwangerschaft und im Wochenbett Beschwerden lindern. Weitere Aufmerksamkeit der Forschung verdient die Frage, wie von Hebammen der besondere Hilfebedarf von Frauen erkannt und adressiert werden könnte: z. B. von Mehrgebärenden, alleinerziehenden Frauen, Frauen mit gesundheitlichen Problemen, Frauen mit kognitiver Einschränkung oder Lernbehinderung, schwangeren Frauen mit Angst vor der Geburt, Müttern mit Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten, Frauen mit einer Fehlgeburt, aber auch Müttern nach dem Tod ihres Kindes. Zur (pränatalen) Förderung der Mutter-Kind-Bindung stellen sich die Fragen: Wie gelingt es, die Eltern in ihrer Beziehungsaufnahme zu ihrem ungeborenen Kind zu unterstützen und Feingefühligkeit zu entwickeln? Wie kann das Bonding nach einem Kaiserschnitt gefördert werden? – Darüber hinaus interessiert sowohl Frauen als auch Hebammen, wie unnötige (medizinische) Interventionen vermieden werden könnten. Im Rahmen des Forschungsthemas **Entscheidungen (evidenzbasiert) treffen** sind Faktoren und Kontexte von Bedeutung, die zu einer eingeschränkten oder durch Dritte verweigerter Entscheidungsmöglichkeit der Frau führen, wie u.a. eine Risiko-Diagnose, mangelnde Evidenz oder Information über Entscheidungsoptionen, Erzeugung von Angst durch Hinweise auf mögliche Komplikationen, Loyalität der Frau mit ängstlichem Personal oder Fremdbestimmung. Es stellt sich die Frage, welche Interventio-

nen zur Gestaltung des Entscheidungsprozesses sowie zur Verbesserung der Beratungskompetenz der Hebamme beitragen könnten. Schriftliche Informationen, die zu verschiedenen Themen (z.B. Mutterpass, Beckenboden, kindliche Regulationsstörungen, Prävention des plötzlichen Kindstods) evidenzbasiert erstellt werden, könnten hinsichtlich ihrer didaktischen Anwendung evaluiert werden.

Es wäre auch zu untersuchen, ob die Kompetenz akademisch qualifizierter Hebammen zur Einschätzung von Studien dazu führt, evidenzbasierte Maßnahmen anzuwenden und sich diesbezüglich auf Augenhöhe mit ärztlichen Teamkolleg/innen zu verständigen.

c. Beratung/Anleitung durch die Hebamme – Betreuung durch die Hebamme

Zukünftige Forschung könnte sich auf die Art und Weise der **Beratung und Anleitung durch die Hebamme** richten, wie Hebammen unterstützt werden könnten, proaktiv und situationsgerecht den individuellen Beratungsbedürfnissen von schwangeren Frauen und Müttern (z.B. zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, Abpumpen von Brustmilch) nachzukommen und ihre Motivation zu stärken. Die Verbesserung der Beratungskompetenz in besonderen Situationen und damit verbundene Maßnahmen sind wichtige Forschungsthemen, die sich aus Sicht von Frauen mit einem geringen Bildungsgrad oder Frauen mit Lernbehinderung ergeben. Es sollten diejenigen Beratungsthemen vorrangig in den Blick genommen werden, die die Frauen irritieren oder verwirren, wie beispielsweise „Känguruhen“ versus SIDS-Prophylaxe oder das Thema Terminüberschreitung. Weiterhin könnten qualitätsorientierte Kriterien erarbeitet werden, die die Frauen bei der Einschätzung von Informationen aus Büchern, dem Internet oder Apps heranziehen könnten.

Unter den zahlreichen Forschungsthemen zur Kindesgesundheit sind beispielhaft zu nennen: die Grundbedürfnisse eines Neugeborenen bzw. Säuglings, die Versorgung des Kindes in den ersten Tagen postpartum und im Verlauf seiner Entwicklung, die Bindungsförderung, Erkrankungen und Besonderheiten des Kindes sowie die unterschiedlichen Kursangebote für Babys. Weitere Beratungsthemen zur Gesundheit der Frauen, die inhaltlich und didaktisch in den „Forschungsblick“ genommen werden sollten, sind körperbezogene Veränderungen und Ausscheidungen während der Schwangerschaft und Geburt, Empfehlungen für die Ernährung und Supplementierung, Anzeichen für eine Wochenbettdepression, Fragen zur Sexualität und zum Beckenboden sowie die Unterscheidung von Prävention, Screening und Pränataldiagnostik. Der Informationsbedarf der Frauen über die **Betreuung durch die Hebamme** stellt eine eigene Forschungsthematik dar. Der erforderliche Umfang der Hebammenbetreuung und unterschiedliche Modelle der Umsetzung könnten in Forschungsarbeiten exploriert werden. Die Betreuungsmodelle könnten hinsichtlich ihrer Klientinnen-Orientie-

nung, Nähe-Distanz-Dynamik in der Betreuung und Aktivierung des sozialen Netzes beleuchtet werden.

Die Art und Weise der persönlichen Anwesenheit der Hebamme, der Informationsvermittlung, der praktischen Anleitung und der emotionalen Unterstützung spielen für die Frauen eine wichtige Rolle. Diesbezüglich sind verschiedene Endpunkte (wie Gefühl der Überforderung, Entlastung von Ängsten und Sorgen, Körperwahrnehmung, Erreichen der gesteckten Ziele) sowie beeinflussende/vermittelnde Aspekte, wie Bemutterung, ausreichende Zeit und Mitbestimmung, für die Forschung relevant. Um im Alltag die Mobilisierung von familiären Ressourcen und Reduzierung von mütterlichem Stress zu erreichen, könnten Strategien zum Einbezug von Angehörigen in die Beratung und Betreuung evaluiert werden. Ein wichtiges Thema ist für Frauen die Betreuung während der Geburt. Daher sollte untersucht werden, wie und mit welchen Mitteln Hebammen Frauen auch in der Klinik aktiv und vorausschauend begleiten können, um den Wehenschmerz zu bewältigen, unnötige Interventionen zu vermeiden und eine vaginale Geburt zu realisieren. Es müssen effektive Interventionen entwickelt und evaluiert werden, um bei der Geburt ihr Wohlbefinden und ihre Intimsphäre zu wahren. Empirische Studien sollten das Erleben bzw. Fehlen einer individuellen Hebammenversorgung bei besonderen Situationen in den Blick nehmen: einem Kaiserschnitt, vaginal operativen Interventionen, nach Verlust des Kindes sowie bei Bedarf einer Vermittlung an weitere fachliche Hilfe (z.B. Schreieambulanz, Ernährungsberatung, Seelsorge, Familienhebamme). Ob eine postpartale Reflexion der Geburt mit der Hebamme eine wirksame Maßnahme darstellt, um die Zufriedenheit mit der Geburt zu steigern und Erlebtes besser zu bewältigen, ist eine weitere Frage.

d. Versorgungsdefizite – Versorgungsmodelle

Das Forschungsthema **Versorgungsdefizite** erstreckt sich auf den eingeschränkten bzw. fehlenden Zugang zur Hebammenhilfe, die mangelnde Verfügbarkeit von Hebammenleistungen aufgrund des Hebammenmangels und der unterschiedlichen Leistungsangebote sowie auf Defizite in der ambulanten Versorgung und in der geburtshilflichen Abteilung. Aufgrund des bestehenden Versorgungsdefizits in der Latenzphase sollte empirisch untersucht werden, welche Implikationen und Folgen dieses Dilemma für die Frauen hat und welche Maßnahmen zu einer effektiven Hebammenversorgung in dieser Phase des Übergangs führen könnten.

Weitere Defizite treten in der interprofessionellen Kooperation sowie an den Schnittstellen des Versorgungssystems, intra- sowie transsektoral (z.B. zu Akteuren der Frühen Hilfen) auf. Daher könnten diesbezüglich Kommunikationsmuster, Handlungsorientierungen (z.B. Werte, Ziele) der beteiligten Professionen, die unklare Abgrenzung ihrer Kompetenzbereiche und mögliche Loyalitätskonflikte der Klientinnen erforscht werden. In Implemen-

tationsstudien könnten Interventionen für ein effektives interprofessionelles Schnittstellenmanagement vorrangig für Frauen mit besonderem Versorgungsbedarf überprüft werden, wie beispielsweise Frauen mit komplexen Problemen in der Schwangerschaft, Frauen mit geringer Lesekompetenz oder Lernbehinderung, psychisch erkrankte Frauen und Frauen in schwierigen sozialen und finanziellen Lebenssituationen.

Um eine flächendeckende Versorgung der schwangeren Frauen und Mütter durch Hebammen zu sichern, sollten – basierend auf bundesweit repräsentativ erhobenen Daten – **neue Versorgungsmodelle** entwickelt und evaluiert werden. Neue Konzepte für die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit von Hebammen und Ärzt/innen könnten darauf hin untersucht werden, ob dadurch eine evidenzbasierte Versorgung in der Klinik realisierbar wird. Neue Tätigkeitsfelder und Modelle der Versorgung, wie die ambulante Betreuung von Frauen in der Latenzphase, Hebammensprechstunden in Familien- oder interdisziplinären Versorgungszentren (auch durch Familienhebammen), Wochenbett- und Geschwisterkurse, die Betreuung im Spätwochenbett, der Einbezug der Partner/innen der Frauen in die Betreuung sowie die Versorgung von Müttern mit besonderen Bedürfnissen (z.B. psychisch kranken Müttern) sollten (u.a. in strukturschwachen Gebieten) evaluativ begleitet werden.

Für neu zu entwickelnde Konzepte für Geburtsvorbereitungskurse ist inhaltlich-didaktisch ein Mindeststandard an kognitiven Informationen, praktischen Übungen und Reflexionen zur Selbstbestimmung der Frau zu definieren und zu evaluieren. Dabei sind strukturell auch eine flexible Organisation und die Aspekte wie Praktikabilität oder Einbindung der Partner zu berücksichtigen. Darüber hinaus könnte die Erfahrung in Peer-Gruppen (z.B. Hebammen-moderierte Peer-Gruppen) und deren Wirkung auf die Selbstbestimmung der Frauen empirisch untersucht werden.

Grundsätzlich müssten breit angelegte Konzepte und Strategien entwickelt und evaluiert werden, die die Informationsdefizite der Frauen – die unterschiedlichen Hebammenleistungen und Versorgungsmodelle betreffend – beheben und ihrem Recht auf Entscheidungsfreiheit Rechnung tragen. Diesbezüglich würde interessieren, wie digitale Medien in der Versorgung wirksam genutzt und wie durch Öffentlichkeitsarbeit zur gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen die Frauen spätestens in der Frühschwangerschaft erreicht werden könnten.

Weiteres Forschungspotenzial liegt in der Überprüfung unterschiedlicher (Hebammen-)Interventionen und der Erfassung von intendierten und nicht intendierten Auswirkungen. Diese Überprüfung könnte letztlich der Verbesserung der Versorgungsqualität der Frauen dienen, wie auch die Konsentierung von Qualitätsindikatoren und Standards sowie die Bildung von Hebammenteams oder überregionalen Hebammen-Netzwerken.

Für das Schnittstellenmanagement innerhalb des Gesundheitssystems und transsektoral (u.a. mit Akteuren der Frühen Hilfen) sind bedarfsgerechte Konzepte zu entwi-

ckeln und auszuwerten, die einerseits eine gute Informationsvermittlung (z.B. Checklisten, weitere Einträge im Mutterpass, Übergabeprotokolle), aber auch Maßnahmen vorsehen, um eine klare Abgrenzung von Hebammen- und ärztlichen Tätigkeiten zu erzielen.

In zukünftiger Forschung, die neue Versorgungsmodelle evaluiert, sollten explizit die Wünsche der Frauen berücksichtigt werden, die sich auf einen verbesserten Zugang zur Hebamme, der Ermöglichung einer kontinuierlichen Betreuung und der Option einer außerklinischen Geburt beziehen.

Diskussion

Methodische Aspekte

Die interpretativ-hermeneutische Vorgehensweise erwies sich als konstruktiv. Sowohl die heterogene Zusammensetzung der FG in mehreren Bundesländern als auch der Einschluss von Frauen mit geringem Bildungsgrad und besonderen Lebenssituationen stärken die Validität der Ergebnisse. Durch das mäßige Abstraktionsniveau blieben insgesamt relevante Details der Sichtweisen der Teilnehmerinnen erhalten. Die Tatsache, dass das Teilziel 4 der letzte Schritt einer Sequenz von vorherigen Analyseschritten war, ist einerseits methodisch schlüssig, andererseits aber – da hier nur die Methodik und Ergebnisse des Teilziels 4 vorgestellt wurden – müssen die Leser/innen auf eine andere Publikation zu den Ergebnissen der Teilziele 1 bis 3 verwiesen werden [13]. Der „lange Weg“ von den Rohdaten zu den Ergebnissen kann zwar dahingehend kritisch betrachtet werden, dass in mehreren Analyseschritten möglicherweise Verzerrungen in der Interpretation stattfinden. Jedoch waren die vorherigen Analyseschritte unverzichtbar, um zunächst aus den FG die Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmerinnen im jeweiligen Kontext herauszuarbeiten und anschließend daraus vorrangige Themen für die Forschung zur gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen abzuleiten.

Die zeitliche Beschränkung der Studie stellt eine Limitierung dahingehend dar, dass mit deutlich mehr Zeit für die Datenanalyse der Reflexionsgrad möglicherweise hätte vertieft werden können. Weiterhin ist denkbar, dass andere Forscherinnen in der Ableitung von Forschungsthemen vielleicht andere Formulierungen hätten finden oder zu einer anderen Zusammenfassung der Ergebnisse hätten gelangen können.

Inhaltliche Aspekte

Die Ergebnisse, d.h. die acht gewonnenen Forschungsthemen, stellen eine vorläufige Systematik dar, die sich vom theoretischen Rahmen „Framework for quality maternal and newborn care“, der von Renfrew et al. [18] beschrieben wurde, grundsätzlich unterscheidet. Zwar können die Themenbereiche unter a) inhaltlich der Framework-Ebene „Praxis/Tätigkeiten“ und die Themenbereiche unter d) der Framework-Ebene „Organisation der Versorgung“

zugeordnet werden. Aber die Themenbereiche Hilfebedarf der Frauen und Kompetenz der Hebamme repräsentieren Querschnittsaspekte, die in mehreren Framework-Ebenen impliziert sind. In einem zukünftigen Prozess zur Erarbeitung einer nationalen Forschungsagenda in Deutschland könnte allerdings dieser internationale theoretische Rahmen als Matrix herangezogen werden.

Die Ergebnisse repräsentieren Themen, die aus Sicht der befragten Frauen und Hebammen in Deutschland vorrangig sind [3][4][11]. Sie decken sich teilweise mit Themen, die in Agenda-Setting-Verfahren benannt wurden [2][7][12][17][19][20], wie die beruflichen Aspekte (inkl. der Aus- und Fortbildung), Versorgungsaspekte (Kompetenz der Hebammen, Betreuung), Hilfebedarfe (besondere Bedürfnisse, Entscheidungsprozesse) und systemischen Herausforderungen (Versorgungsdefizite, -modelle). Weitere Forschungsthemen, die für Frauen in Deutschland und im Ausland große Bedeutung haben, sind die Öffentlichkeitsarbeit, damit Frauen das Spektrum von Hebammenleistungen kennen, die Beratung und Anleitung durch die Hebamme, Interventionen zur Ermöglichung von evidenzbasierten Entscheidungen sowie der Einbezug von Angehörigen in die Betreuung [18]. Hebammen wissen zwar aus Erfahrung, dass Frauen die Betreuung durch eine Hebamme häufiger ab der zweiten Schwangerschaft wahrnehmen; neu ist allerdings, dass dieses Phänomen damit in Zusammenhang stehen könnte, dass Frauen nicht ausreichend informiert sind. Insbesondere der Fokus auf evidenzbasierte Entscheidungen und familienorientiertes Arbeiten ist in der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen in Deutschland noch nicht weit verbreitet. Durch die Ergebnisse dieser Arbeit wird ihre Bedeutung für die Frauen als „Nutzerinnen der Versorgung“ hervorgehoben.

In ausländischen Studien [2][5] wird das Versorgungsdefizit von Frauen in der Latenzphase beschrieben, die in Deutschland sowohl in der Praxis als auch in der Forschung noch zu wenig Aufmerksamkeit erhalten hat. Die Forschung muss zeigen, welche zukünftigen Versorgungsmodelle das Dilemma für Frauen in der Übergangszeit von der Betreuung durch freiberuflich tätige Hebammen ohne geburtshilfliche Versicherung zur Betreuung in der Klinik auflösen können.

Des Weiteren deckte die Analyse den speziellen Hilfebedarf von vulnerablen Frauen auf, zu welchen insbesondere alleinerziehende Frauen, Frauen mit geringem Bildungsgrad oder in besonders belastenden Lebenssituationen sowie Mütter, die den Verlust ihres Kindes betrauern, zählen. Ihre Bedürfnisse müssen in zukünftiger Forschung dringend Beachtung finden. Es wäre beispielsweise zu untersuchen, inwieweit Angehörige oder das soziale Umfeld wirksam in die Versorgung einbezogen werden könnten. Problematisch in der Umsetzung könnten sich allerdings der derzeitige Hebammenmangel und die pauschalierte, d.h. wenig differenzierte Bezahlung von Hausbesuchen erweisen.

Hinsichtlich der intra- und transsektoralen Zusammenarbeit liegt der Fokus der Forschungsthemen insbesondere auf der interprofessionellen Ausbildung, dem Schnittstel-

lenmanagement und der Verbesserung der Versorgungsqualität durch Hebammennetzwerke. Diese Aspekte könnten in neuen Modellen der Versorgung, wie Familien- oder interdisziplinären Versorgungszentren, evaluiert werden.

Andere Forschungsthemen, die für Frauen in Deutschland relevant sind, beziehen sich auf die Beratungskompetenz der Hebammen bei sensiblen Themen sowie auf die Versorgung von Frauen mit schmerzhaften Beschwerden und von Säuglingen mit Auffälligkeiten. Neben Forschung zur Wirksamkeit von Betreuungsmaßnahmen und der Implementierung von evidenz-basierten Interventionen könnte die Nützlichkeit von Fortbildungsinhalten und didaktischen Konzepten für die Praxis geprüft werden.

Schlussfolgerung

Diese Forschungsarbeit leitete Forschungsthemen aus den subjektiven Sichtweisen der Frauen und Hebammen zur gesundheitlichen Versorgung ab. Die Ergebnisse stellen eine empirische Grundlage für die Entwicklung einer nationalen Forschungsagenda dar, die sich an den Bedürfnissen der Frauen orientiert. Zukünftig ist dafür ein Konsentierungsprozess erforderlich, der neben Forscherinnen wiederum Nutzerinnen einschließt. Ein solches Fortsetzungsprojekt ist derzeit in Planung.

Anmerkungen

¹ Um einen systematischen Überblick zu gewinnen, wurde eine Recherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PSYINDEX, Web of Science Core Collection und MIDIRS am 10.03.2017 durchgeführt mit der Syntax "research OR Delphi study OR R&D" AND "agenda OR priority setting OR prioriti* OR schema OR program* OR criteria OR initiative OR national OR consensus" AND "midwi* OR maternity care" in Titel und Abstract. Von den erzielten Treffern, wurden diejenigen Veröffentlichungen eingeschlossen, die einen Prozess der Agenda-Erstellung für die Hebammenforschung auf überregionaler, nationaler oder internationaler Ebene beschrieben. Ausgeschlossen wurden Briefe, Kommentare, Reviews oder Studienprotokolle sowie Studien, die sich nur auf eine einzelne Einrichtung beschränkten oder Studien, die sich nicht (nur) auf die Hebammenforschung oder -tätigkeit bezogen (siehe Abbildung 1).

² Die Gütekriterien Validität und Reliabilität werden hier nicht als klassische Gütekriterien der quantitativen Forschung, sondern als globale Konstrukte verstanden, die sich in der qualitativen Forschung anders konstituieren als in der quantitativen Forschung.

Förderung

Die Studie wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) finanziell gefördert.

Interessenskonflikt

Die Autorinnen erklären, dass die DFG keinen Einfluss hatte auf das Studiendesign, die Datenerhebung und -analyse, die Abfassung des Manuskripts und die Entscheidung, das Manuskript zur Publikation einzureichen. Sie erklären außerdem, dass Gertrud M. Ayerle und Elke Mattern Vorstandsmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. und Mitglieder des Deutschen Hebammenverbands e.V. (bzw. der entsprechenden Landeshebammenverbände) sind.

Literatur

1. Bibliographisches Institut GmbH. Agenda auf Duden Online. 2017. [Zugriff/access Oct 2017] Verfüegbar unter/available from: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline>
2. Butler MM, Meehan TC, Kemple M, Drennan J, Treacy M, Johnson M. Identifying research priorities for midwifery in Ireland. *Midwifery*. 2009;25(5):576-87. DOI: 10.1016/j.midw.2007.08.004
3. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gulmezoglu AM, et al.. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet*. 2014;383(9912):156-65. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62229-1
4. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374(9683):86-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60329-9
5. Cheyne H, McCourt C, Semple K. Mother knows best: developing a consumer led, evidence informed, research agenda for maternity care. *Midwifery*. 2013;29(6):705-12. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.015
6. Deutscher Hebammenverband e.V., Spitzenverbaende der Krankenkassen. Vertrag ueber die Versorgung mit Hebammenhilfe nach 134a SGB V. 2015. [Zugriff/access Oct 2017]. Verfüegbar unter/available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Vertrag_nach_134a_SGB_V_in_der_Fassung_des_Schiedsspruchs_2015.pdf
7. Fenwick J, Butt J, Downie J, Monterosso L, Wood J. Priorities for midwifery research in Perth, Western Australia: a Delphi study. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(2):78-93. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2006.00554.x
8. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nurs Inq*. 2003;10(2):113-20. DOI: 10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x
9. Gesundheitsforschungsrat. Empfehlung. Forschung in den Gesundheitsfachberufen Potentiale fuer eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. 2011. [Zugriff/access Oct 2017]. Verfüegbar unter/available from: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf
10. Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung. (6. Auflage). Weinheim: Beltz; 2016.
11. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JP, et al.. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014;383(9912):101-4. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60561-4
12. Maimbolwa M, Omoni G, Mwebaza E, Chimwaza A. A Delphi survey to determine midwifery research priorities among midwives in sub-Saharan Africa. *Afr J Midwifery Womens Health*. 2015;9(1):6-11. DOI: 10.12968/ajmw.2015.9.1.6

13. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097
15. Pfaff H, Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik Methodik Anwendung*. Stuttgart: Schattauer; 2010.
16. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4. ed. Muenchen: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2014.
17. Reid J, O'Reilly R, Beale B, Gillies D, Connell T. Research priorities of NSW midwives. *Women Birth*. 2007;20(2):57-63. DOI: 10.1016/j.wombi.2007.03.001
18. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
19. Sleep J, Clark E. Major new survey to identify and prioritise research issues for midwifery practice. *Midwives Chron*. 1993;106(1265):217-8.
20. Soltani H, Low LK, Duxbury A, Schuiling KD. Global midwifery research priorities: an international survey. *Int J Childbirth*. 2003;320(7231):380-1. DOI: 10.1891/2156-5287.6.1.5
21. Tallon D, Chard J, Dieppe P. Consumer involvement in research is essential. *BMJ*. 2000;320(7231):380-1. DOI: 10.1136/bmj.320.7231.380
22. VERBI Software, Consult, MAX Qualitative Daten Analyse 10. *Sozialforschung*. Marburg/Berlin. 2011.
23. Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle G, Schaefer R, et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopaedie. 2016. [Zugriff/access Oct 2017] Verfügbar unter/available from: <https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:10702/datastreams/FILE1/content>
24. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Pearls, Pith, and Provocation: Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 2001;11(4):522-37.
25. Wiesemann D, Simon A, Hrsg. *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen - Praktische Anwendungen*. Muenster: Mentis; 2013.

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische
 Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
 Halle (Saale), Deutschland
gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Bitte zitieren als

Ayerle GM, Mattern E. Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen. GMS Z Hebammenwiss. 2017;4:Doc04. DOI: 10.3205/zhwi000010, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000100

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zhwi/2017-4/zhwi000010.shtml>

Eingereicht: 05.06.2017

Angenommen: 25.09.2017

Veröffentlicht: 15.12.2017

Copyright

©2017 Ayerle 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/>.

Priority topics for research by midwives: an analysis of focus groups with pregnant women, mothers and midwives

Abstract

Background: Users' perspectives should be considered when deciding on research questions. In Germany a national agenda for midwifery research is lacking.

Objective: To explore potential research themes based on women's experiences of midwifery care in Germany and midwives' observations and perceptions.

Methods: This part of a larger hermeneutic-interpretive study analysed 14 focus group interviews conducted in five different federal states of Germany. The samples of 50 women and 20 qualified midwives were heterogeneous with regards to age, educational level, type of midwifery care received or provided, and other personal or professional characteristics, respectively. Research themes were derived from the participants' perspectives by analysing data in a step-by-step progressive procedure.

Results: Eight potential research themes were identified, each of which are rich in detail encompassing various aspect of midwifery care. Six themes focus on content of midwifery care (the midwifery profession; midwives' scope of practice; women's care needs; making - evidence-based - decisions regarding maternity care; counselling/guidance by the midwife), while the remaining two themes represent structural features of care provision (deficits in and models of maternity/midwifery care).

Conclusions: The results lay an empirical foundation for the development of a national research agenda in Germany which takes into consideration women's subjective needs.

Keywords: Research agenda, research themes, women, needs, midwifery care

Gertrud M. Ayerle¹

Elke Mattern¹

1 Martin Luther University
Halle-Wittenberg, Medical
Faculty, Institute of Health
and Nursing Sciences, Halle
(Saale), Germany

Background

In 2011, in order to scientifically underpin midwifery practice, the [German] Health Research Council recommended that the research focus be further extended to explore midwifery care of women and babies during pregnancy, labour, and the postnatal period [9]. Though not the only option, healthcare research is suitable for this purpose. It covers four areas: Input (requirements, uptake), Throughput (models and processes), Output (services provided), and Outcome (health, quality of life) ([15] p. 4).

To support development, evaluation, and implementation of evidence-based care provision and in cooperation with the German Society of Midwifery Science (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.; DGHWi) and other players, Cochrane Germany developed a research methodology guideline in order to first establish the healthcare problems which are relevant to care [23]. It is hoped that 'research waste' (i.e. useless research) can thus be avoided [11], and instead healthcare prob-

lems, interventions, and outcomes of primary interest to the target groups examined.

Chalmers and Glasziou [4] and Chalmers et al. [3] stipulate that – in addition to healthcare providers, who suggest or make decisions in the line of care – service 'users' be involved in determining research priorities [21]. The targeted application of research resources supports the client's right to self-determination (autonomy) regarding their care ([25] p. 15-8) and the ethical consideration of cost-benefit.

For the purposes of focus and content-driven healthcare research it would be helpful if midwifery researchers were able to follow a national research agenda. A systematic review¹ (see Figure 1) found that midwifery research agendas have already been created in Ireland [2], the United Kingdom [5][19], Australia [7][17], Africa (Kenya, Malawi, Tanzania, Uganda, Zambia, and Zimbabwe) [12] and on an international level [20]. Most studies on agenda setting [1] used the Delphi Method [2][7][12][19], but also a single survey [17][20] and a discussion group [5] were applied. Four studies interviewed midwives [7][12][17][20], one included midwives and trainee/

student midwives [19], and only two studies interviewed mothers, either additionally [2] or exclusively [5].

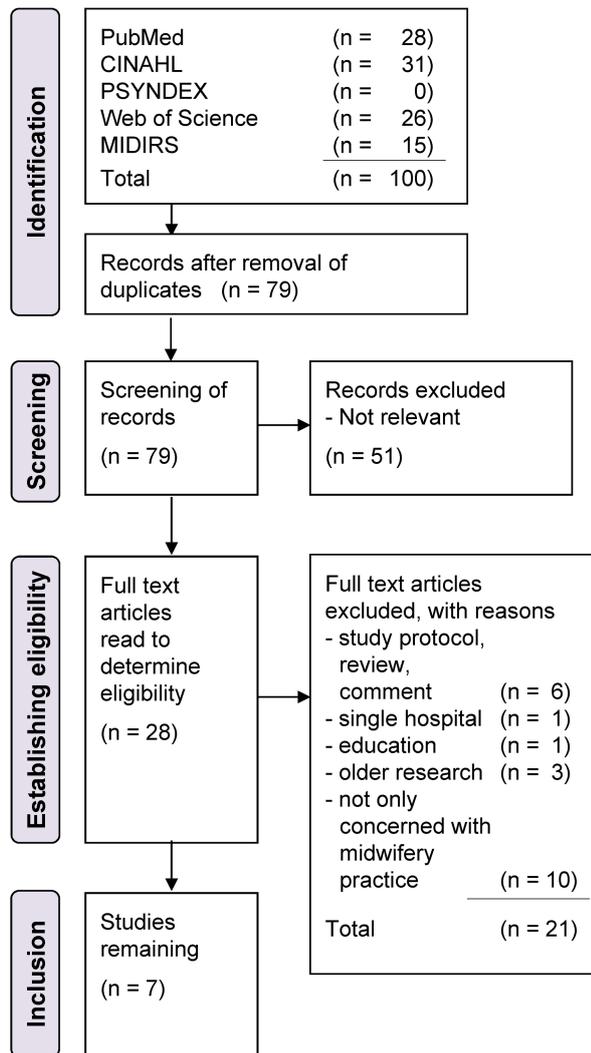


Figure 1: Literature search to identify studies in Europe aiming at the development of a midwifery research agenda [14]

A glance at the primary literature provides an impression of the diversity of concrete research questions and aspects. The wide-ranging results of the studies are briefly outlined below and divided into four research topics. Midwives suggested the following relevant research topics for Midwifery care: antenatal care [7][12][19], birth preparation [19][20], care in labour [2][7][17][19], quality assurance (including emergency and transfer management) [12][19], postpartum care [7][17][19], the evidence base and relevance of research for practice [2][12][20]. Of particular interest hereby were the support of physiological processes [20], woman-centred care and communication [2][17], documentation [12], psychosocial factors [17] and specific target groups [12][17][20]. For the research topic Models of care, midwives were interested in systems of care [2][19] and the shortage of midwives [12]; and on the subject of The midwifery profession, the role of the midwife [19], professional aspects [2][7][17] and practice management [19] were of interest.

Life-long learning was highlighted as a research topic in Education [2][12].

Regarding Midwifery care, the mothers (users/user representatives) interviewed considered antenatal care [5], care during labour (latency, induction, and caesarean section) [2][5], and postpartum care (in particular child nutrition) [2][5] important future research topics. Further, woman-centredness [2], continuous care [5], participatory decision-making [5] and evidence-based risk assessment [5] were regarded as relevant aspects for research. The research areas Models of care [5], The midwifery profession [2][5] and (Ongoing) Education [2] were not addressed in detail.

In contrast to the four research topics outlined above, Renfrew et al.'s Framework for quality maternal and newborn care [18], which was developed on the basis of reviews and claims international validity, describes 5 components of healthcare provision by midwives: practice categories (such as information, advice, health promotion), organisation of care, values, philosophy, and care providers (e.g. skills and interprofessional cooperation).

Aim and research question

An assessment of the topics across the spectrum of midwifery care which women and midwives consider of priority for healthcare research has not yet been undertaken in Germany. This gap has been filled by the study presented here and entitled Preferences and deficits in midwifery care in Germany from the perspective of users and midwives: a qualitative exploratory study, financed in 2015-16 by the German Research Foundation (Deutsche Forschungsgemeinschaft; DFG). The study was broken down into four goals: 1. To identify women's wishes and needs, 2. To identify the midwives' perspective regarding determining women's wishes during care, 3. To combine the perspectives of both groups, and 4. To develop "hot topics" for research into healthcare provision by midwives from the data collected. The research question for the fourth goal, presented in this article, was: what priority topics of research into their healthcare can be identified from the subjective perspectives of women and midwives?

Methods

Design

The complete study examined preferences and deficits in health care from the perspective of women and midwives. Gadamer's [8] hermeneutic method was applied in an exploratory and cyclically interpretative approach. The central principles – openness, research as communication (dialogue with the subject/text), process character and reflection (iterative analytical process from the individual statements to overarching contexts and back), clarification (presentation of the method) and flexibility

[8][10] – permitted exploration of the subjective perspectives, attitudes and experiences of the participants with regard to their content, context and meaning [16].

Access and data collection

To this end, focus group conversations (FGC) were carried out in a number of German federal states. 50 women participated in 10 FGC, and 20 midwives in four FGC, all of which were digitally recorded and transcribed. The researchers approached potential participants via midwives, hospitals, social networks and relevant associations. Before invitation to a focus group (FG), those interested in participating completed a brief questionnaire (comprising of a few sociodemographic questions, satisfaction with midwifery care [women] / professional experience and services offered [midwives]). This information was to enable the creation of FG which were as heterogeneous as possible. The groups were small (4-6 people) and homogeneous in terms of educational status to aid the flow of conversation as much as possible. The use of FGs to answer this research question is appropriate as participants express their own point of view in conversation, stimulating thoughts and memories of others, reflect, take a stand on, and sharpen their own point of view in the course of the discussion. The researchers who moderated each of the two-hour FGs opened the discussion with open questions on women's experiences of health-care provision by midwives. In the FGs with midwives, the questions were also about women's needs and wishes and about existing deficits. If necessary in the course of the discussion, the researchers asked open-ended questions and steered the conversation back to the research question [16]. Further information regarding participant selection and study conduct is available in the journal BMC Pregnancy & Childbirth [13].

Sample

The two samples comprised of 50 women and 20 midwives from 5 (resp. 4) federal states. Of these, 15 women were pregnant (6 primiparas, 8 multiparas, 1 not specified), and 35 were mothers with babies (22 primips, 13 multips), of whom 9 had had 10 or less years of schooling (see Table 1). Of the 15 women who had had a miscarriage or lost their child at a later date, 6 were members of a support group ("Empty Cradle") at the time. A separate FG was created for these women and another for the 5 participants who were living in a mother-child home. On average, participants gave the midwifery care they experienced a grade of 2 [B], although some assigned a 4 [D] or 5 [E] (note: 1 [A] being the highest grade, and 5 [E] being the lowest; see Table 2).

Table 1: Characteristics of the women and mothers interviewed (n=50)

Age	N
<20 years	2
20 – 24 years	4
25 – 29 years	9
30 – 34 years	20
35 – 39 years	9
≥ 40 years	6
Highest level of education	N
No school-leaving certificate	4
<10 years	5
10 years	8
Tertiary education entrance qualification (for university or university of applied sciences)	9
Completed tertiary education (university or university of applied sciences)	21
Other	3
Additional characteristics	N
Interviewee currently pregnant (6 of these were primiparas)	15
History of problem/high-risk pregnancy	16
Foetal/neonatal death (incl. miscarriage; n=15)	23
Single mother	13

Table 2: Details of the antenatal/midwifery care received by interviewees

Antenatal care (n=50)	N
By the midwife	2
By the obstetrician/gynaecologist	10
Shared care (O & G and midwife)	38
Postnatal care (n=44 mothers)	N
By the midwife	42
Assessment of midwifery care (grades 1 – 6, i.e. A – F*)	Mean
In pregnancy (n=40)	1.91
In labour (n=38)	1.63
In the postnatal period (n=42)	1.81

The midwives presented a broad spectrum of qualifications, years of experience and fields of practice/expertise. The majority offered services listed in the Contract of Provision of Midwifery Care according to the relevant Social Security Statute Book (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V [6] (see Table 3).

Table 3: Characteristics of and services offered by the midwives interviewed (n=20)

Highest qualification	N
State midwifery exam	9
Bachelor (various disciplines)	6
Masters (various disciplines)	7
Professional experience (multiple answers)	Mean (years)
Clinical:	
Full-time (n=10)	3.0
Part-time (n=11)	13.9
Private practice:	
Full-time (n=8)	10.8
Part-time (n=16)	14.3
Educational institution:	
Full-time (n=1)	4.0
Part-time (n=2)	5.8
Services offered	N (Mid-wives)
As per the Payment Agreement:	
- Help with complaints of pregnancy	15
- Antenatal check-up	12
- Birth preparation classes	11
- Care during labour	6
- Postnatal home visits	13
- Postnatal exercise classes	8
- Breastfeeding consults/introduction of solids	14/13
Privately paid:	
- Special individual counselling	2
- Group services	6

Data analysis

The FGs of women and midwives for the first and second goals of the study were analysed separately. In the third stage (or goal) the 'sense units' of the previous stages were collated by means of interpretation and condensing within a larger context (see <http://www.medin.uni-halle.de/Hebammenversorgung> for the results). An intermediate level of abstraction was the goal in order to retain the richness of participant's statements and extrapolated themes as far as possible. The analysis performed to achieve the fourth goal is presented here.

As in the previous stages of analysis, the researchers used the MAXQDA [22] software. Applying it to the texts resulting from stage three, which essentially presented the needs, wishes and experiences of women regarding midwifery care, they sought to discover the research topics most important to women. The texts were coded and progressively developed into a code tree with codings of research topics and relevant aspects in an open and axial process [16] by one researcher (GA). The other researcher (EM) evaluated the content validity and categorisation of the 369 codings. Content-related aspects and large topic areas were differentiated into diverse aspects over several cycles of synthesis and differentiation. Lastly, the researchers discussed content-relevant characterisation and appropriate terms until reaching consensus,

which resulted in a code tree of eight potential research areas, each with 4-12 aspects (see Figure 2).

Ethical aspects and quality assurance

The Ethics Commission of the medical faculty of the Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Halle/Saale approved the complete study. Data and personally identifiable characteristics were pseudonymised and filed in a password-protected system.

With the aims of staying as true to participants' viewpoints as possible (validity² [8]), transparency and reproducibility of the stages of interpretation, in addition to precise documentation of the process and the decisions made (reliability² [8]), the methodological quality of the complete study was supported by [24]: heterogeneity of the research team in terms of qualifications and previous experience; the articulation of and reflection on own assumptions [8]; an open approach to the parallel processes of data collection and analysis; reflective, iterative interpretation of data – initially independently and then as a team until consensus was reached; evaluation of each stage by an uninvolved team member and lastly careful documentation.

Results

The following results were arrived at by means of condensing and merging the essential contents (see Methods) of all focus groups. Quotes have not been included to validate interpretation, as FG content typically consists of long passages in a fragmentary conversational style.

The eight potential research areas identified are presented below in the following four sections: in the sections (a), (b) and (c), the first of six themes represent components of healthcare provided by midwives. In contrast, the remaining themes in section (d) identify structural, or rather systemic potential or deficits. Although methodological aspects are sometimes referred to, they do not embody concrete research questions or suggest specific study designs. Many of the research topics identified are so complex that several methodological approaches (in some cases even combined) may be appropriate for one topic [23].

a. The midwifery profession – skills/scope of practice

Both women and midwives feel that future research on **The midwifery profession** could examine both the *self-image of the midwife and her professional roles* and the *personal and professional relationship* between woman and midwife. Personalised advice, coaching and care are of primary importance for women in this regard. The *challenges* for midwives of this *client-driven approach* lie in the time-consuming nature of meeting such expectations and – in light of the shortage of midwives – the

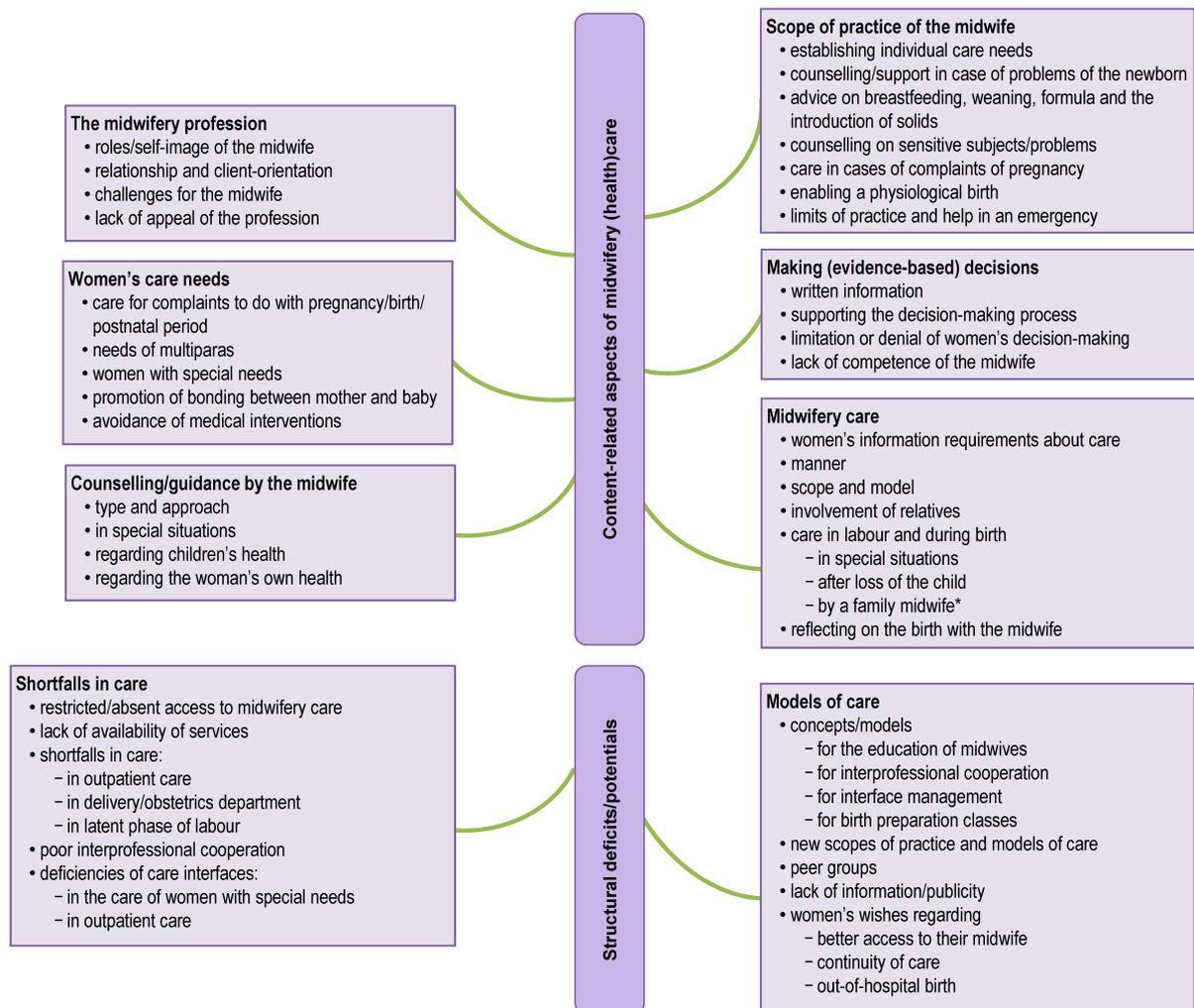


Figure 2: Codetree with research topics and their respective aspects

ability to find a colleague to substitute for them during leave periods.

Further challenges are dominant routine, the influence of technological advances on obstetric practice, caring for more than one woman at the same time, and hierarchy in the clinic. In view of the decreasing number of privately practising midwives, other potentially interesting topics are the *unattractiveness of the midwifery profession* and *midwives' self-image* with regard to the role of expert, mentor, advocate, and primary carer.

Women feel that research on **midwives' scope of practice** should focus on establishing *individual care needs* as well as on *counselling*, when women consult the midwife regarding *foetal anomalies* or *sensitive subjects* such as unplanned pregnancy, bonding problems, depressive tendencies. Pregnant women want evaluation of treatments for effective alleviation of their painful and (a-)typical *pregnancy complaints*. They also ask themselves what the deciding factors for experiencing a *physiological birth* are and what model of care by a hospital midwife might enable a woman to experience a self-determined birth. Further, based on women's assumption that *midwives know their own limitations and are able to enlist appropriate support in an emergency*, examination of the

signs and strategies conducive to this would be worth examining.

The research focus for postnatal care is on methods of effective transference of well-founded, detailed and up to date knowledge of everyday questions on infant nutrition (breastfeeding, weaning, formula and introduction of solids).

b. Women's care needs – making (evidence-based) decisions

Women want the research topic *Care needs* to focus on practical and natural remedies for the alleviation of complaints in pregnancy and the postnatal period. A further topic worthy of examination is how midwives can recognise and address *the individual needs of women*: e.g. those of multiparas, single women, women with health problems, intellectual or learning disabilities, pregnant women suffering from fear of childbirth, mothers with bonding or relationship problems, women who have experienced a miscarriage or stillbirth/infant death. On the subject of *promoting bonding of mother and baby*, the questions which arose were: how best to support parents in building a relationship to their unborn child

and to become more sensitive? How best to support bonding after a caesarean section? In addition, both midwives and women are interested in learning how to avoid (unnecessary) *medical interventions*.

The research topic **Making (evidence-based) decisions** encompasses factors and contexts which lead to limitation or denial of women's decision-making ability, such as a high-risk diagnosis, lack of evidence or information about choices, anxiety-causing references to possible complications, women's loyalty to anxious staff or circumstances outside their control. The question arises as to which interventions improve *development of the decision-making process* and *midwives' advisory abilities*. Evidence-based *written information* could be produced on various topics (such as the woman's handheld maternity card, the pelvic floor, neonatal regulatory disorders, prevention of Sudden Infant Death Syndrome – SIDS) could be evaluated in terms of didactic usage.

Further, whether the ability of academically qualified midwives to interpret research enables them to introduce evidence-based measures and communicate on an equal footing with members of the medical team could be examined.

c. Counselling/guidance by midwives – midwifery care

Future research could focus on the *type and scope of counselling and guidance provided by midwives*; how midwives can be supported to meet the individual counselling needs of pregnant women and mothers (e.g. health promoting behaviour, pumping of breastmilk) proactively and appropriately in a motivational fashion. Improving counselling skills in *special situations* and related measures are important research topics for women with low levels of education or learning disabilities. The focus hereby should be on subjects which women find confusing or irritating, such as kangaroo care vs. safe sleeping (SIDS prophylaxis) or treatment of women who are 'post-dates'. Further, 'quality indicators' could be developed for women to apply to information from books, the internet or apps. Some examples of the numerous research topics to do with *children's health* are: basic needs of babies and infants, care of the newborn in the first few days and as they develop, promotion of bonding and individual needs of the child, and the various courses on offer for mothers and babies. Regarding women's health, subjects worthy of exploration, both in terms of content and didactically, are physical changes in pregnancy and birth, recommendations for diet and supplements, signs of postnatal depression, questions on sexuality and the pelvic floor, and differentiation between prevention, screening and prenatal diagnostics.

Women's need for information about **midwifery care** is a research topic in its own right. The required scope of midwifery care and the various models available could be explored. Models of care could be examined with regard to client-orientation, dynamics of intimacy/distance in care, and activation of the social network.

The midwife's 'presence', how s/he disseminates knowledge, provides practical guidance and emotional support are all important to women.

In this regard, a number of endpoints (such as feeling overwhelmed, alleviation of fears and concerns, body image, achieving goals), in addition to influential factors such as mothering, sufficient time and self-determination are relevant research topics. Strategies for the *involvement of relatives in counselling and care* could be evaluated in order to mobilise family resources and reduce maternal stress in everyday routine.

An important topic for women is *intrapartum care*. For this reason, the ways in which midwives (including hospital midwives) can proactively support women to overcome the pain of labour, avoid unnecessary interventions and have a vaginal birth should be explored. Effective interventions to uphold women's wellbeing and privacy during birth must be developed and evaluated. Empirical studies should evaluate the experience of individual midwifery care (or lack thereof) in *particular situations*: caesarean section, vaginal operative interventions, after stillbirth/neonatal death, in addition to referral to more specialised support if necessary (e.g. dietitian, pastoral care, family midwives³). Whether *reflecting on the birth with the midwife* postpartum is an effective way to increase birth satisfaction and assist women to come to terms with their experience is another proposed question.

d. Care deficits and models of care

The research topic **care deficits** encompasses *restricted or limited access to midwifery care, unavailability of midwifery services* due to the shortage of midwives and divergent services offered, in addition to *deficits in outpatient care* and *in the maternity department*. Empirical exploration is needed regarding existing *care deficits in latent/early labour*, the implications and consequences for women, and the measures which could be implemented to ensure effective midwifery care in this transitional phase.

Further deficits occur in interprofessional cooperation and the interfaces of the healthcare system (such as support programmes for the early postpartum period, young mums etc.) On this topic, patterns of communication, practice 'philosophy' (values, goals) of the professions involved, indistinct boundaries between disciplines and potential loyalty conflicts of women could be examined. Implementation studies could be applied to explore interventions for effective interprofessional interface management, in particular for *women with special requirements*, such as those with complex problems in pregnancy, poor literacy, learning disabilities, mental health issues, and those in difficult social and financial situations.

In order to ensure comprehensive midwifery care availability for pregnant women and mothers, **new models of care** based on nationally representative data should be developed and evaluated.

New concepts for interprofessional education and shared care between midwives and doctors could be explored to ascertain whether they would enable evidence-based care in the hospital. *New areas of practice and models of care*, such as outpatient care of women in latency phase, midwife consults in maternal and child health/multidisciplinary centres (also by family midwives), postnatal or sibling courses, care in the late postpartum period, involvement of partners in care, and care of mothers with special requirements (e.g. mentally ill mothers) should be accompanied evaluatively, in economically underdeveloped areas among others.

For the development of new *birth preparation class concepts*, a minimum standard comprising both content and didactics should be defined and evaluated which encompasses information, practical exercises and reflection on self-determination. Structural factors such as flexible organisation and aspects such as practicability and partner involvement require consideration. The experience of, for example, midwife-facilitated *peer groups* and their effect on women's autonomy could be empirically examined.

Essentially it is necessary to develop and evaluate extensive concepts and strategies to counteract *women's information deficits* with regard to midwifery services and care models and support their right to freedom of choice. In this regard, it would be interesting to explore how digital media can be implemented effectively in care and how publicity about healthcare provision by midwives could reach women at the latest in early pregnancy.

A further potential research topic would be the assessment of various (midwifery) interventions and their intended and unintended impact. Such an evaluation could serve to improve the quality of care experienced by women, particularly combined with accepted quality indicators and standards and the creation of midwifery teams or interregional networks.

In order to manage interfaces within the healthcare system and across sectors (e.g. support programmes for the early postpartum period, and young mums among others), needs-oriented concepts need to be developed and evaluated. These should include effective dissemination of information (e.g. checklists, further entries into maternity card/booklet, handover protocols), and also measures to clarify the boundaries between the roles of midwives and doctors.

In future research assessing new models of care, women's wishes for better access to their midwife, the facilitation of continuity of care, and the option of an out-of-hospital birth should be considered.

Discussion

Methodological aspects

The interpretative-hermeneutic approach proved to be constructive. Both the heterogeneous composition of the FG in a number of federal states and the inclusion of women with lower levels of education and special social

situations strengthen the validity of the results. The minimal level of abstraction ensures retention of relevant details of participants' viewpoints. The fact that the fourth section/goal was the last step in a sequence of analytical steps makes sense methodologically, however readers must be referred to another publication for the results of sections/goals 1-3 [13], as only the methods and results of this goal are presented here. The 'long road' from raw data to results could be criticised for the reason that the number of analytical steps may have skewed the interpretation. However, the previous steps were unavoidable in order to extrapolate the needs and wishes of FG participants in their respective contexts, and from these, the priority topics for research into healthcare provision by midwives.

The study's time constraints posed a limitation in that more time for data analysis may have permitted a deeper degree of reflection. Furthermore, other researchers may have extrapolated different research topics or come to different conclusions from the results.

Content-related aspects

The results, i.e. the eight research topics extrapolated, provide a provisional framework which differs significantly from the theoretical *Framework for quality maternal and newborn care* proposed by Renfrew et al. [18]. Although the subject areas can be attributed to a) could be categorised under the framework level "Practice", and those in b) under "Organisation of care", the topics *Care needs of women* and *Midwives' scope of practice* represent cross-sectional aspects implicit in several framework levels. Nevertheless, this international theoretical framework could be applied to the process of developing a research agenda in Germany in the future.

The results represent topics which the women and midwives interviewed in Germany consider to be of priority [3][4][11]. They correspond to some extent with topics identified in agenda setting processes [2][7][12][17][19][20], such as professional aspects (including education and further education), aspects of care (midwives' scope of practice, midwifery care) and systemic challenges (deficits in care, models of care). Further research topics of great importance to both women in Germany and internationally are publicity to inform women of the spectrum of midwifery services, counselling and guidance by midwives, interventions to enable evidence-informed decisions and the involvement of relatives in care [18]. Although midwives know from experience that women are more likely to avail themselves of midwifery care from their second pregnancy onwards, until now it was not apparent that this might be due to women being poorly informed. The focus on decisions informed by evidence and family-oriented practice is not particularly widespread in midwifery care in Germany. The results of this research highlight its meaning for women as 'users' of care.

Deficits in care of women in latent stage of labour are described in international studies [2][5] which have not

received enough attention in Germany either in practice or research. It is up to research to identify future models of care to solve the dilemma of the transfer of care of women from privately practising midwives without third-party obstetric insurance to hospital care.

The analysis also exposed the special needs of vulnerable women, such as single women, women with low educational status, those in difficult social circumstances and mothers mourning the loss of their child. It is urgent that future research focuses on the needs of such women. One possible line of study would be to examine the extent to which relatives or peers could be involved in care effectively. However, given the current shortage of midwives and the lack of differentiation of payment (set rate per home visit), the application could be problematic.

With regard to cooperation within healthcare and across relevant sectors, the topics research should be focusing on are interprofessional education/training, management of the interface and improving the quality of care via midwife networks. These aspects could be evaluated in new models of care such as family or interdisciplinary health care centres.

Further research topics relevant to German women are midwives' counselling skills on sensitive subjects, care of women with painful complaints and infants with special needs. In addition to research into the effectiveness of measures of care and the implementation of evidence-based interventions, the usefulness of training content and didactic concepts for practice could be examined.

Conclusion

This research project determined research topics on the subject of healthcare by midwives from the subjective perspective of women and midwives in Germany. The results present an empirical basis for the development of a national research agenda which is aligned with women's needs. In the future a process of consensus is necessary in which not only midwives but also 'users' participate. A research project fulfilling these criteria is currently in planning.

Notes

¹ A systematic search of the databases PubMed, CINAHL, PSYINDEX, Web of Science Core Collection und MIDIRS was performed on 10.03.2017 to gain an overview of the relevant literature. The search terms applied (title and abstract) were: "research OR Delphi study OR R&D" AND "agenda OR priority setting OR priorit* OR schema OR program* OR criteria OR initiative OR national OR consensus" AND "midwi* OR maternity care". The records retrieved which described creation of an agenda for midwifery research, be it cross-regional, national, or international were included. Letters, commentaries, reviews and study protocols or studies which were restricted to a single institution, and studies which did not focus solely

on midwifery research or practice, were excluded (see Figure 1).

² The quality criteria validity and reliability are not used here in the classical sense in the context of quantitative research, but as global constructs composed differently (in qualitative research) to those of quantitative research.

³ Family midwives provide specialised midwifery care for up to one year after birth to women in difficult circumstances.

Funding

The research was funded by the German Research Foundation (Deutsche Forschungsgemeinschaft; DFG).

Competing interests

The authors declare that the funding agency (DFG) didn't have any influence whatsoever on the study design, data collection and data analysis, drafting of the manuscript nor the decision to submit the manuscript for publication. Moreover, the authors state that both of them are board members of the German Society of Midwifery Science (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.) and members of the German midwifery association (Deutscher Hebammenverband e.V.).

References

1. Bibliographisches Institut GmbH. Agenda auf Duden Online. 2017. [Zugriff/access Oct 2017] Verfügbare unter/available from: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline>
2. Butler MM, Meehan TC, Kemple M, Drennan J, Treacy M, Johnson M. Identifying research priorities for midwifery in Ireland. *Midwifery*. 2009;25(5):576-87. DOI: 10.1016/j.midw.2007.08.004
3. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gulmezoglu AM, et al.. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet*. 2014;383(9912):156-65. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62229-1
4. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374(9683):86-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60329-9
5. Cheyne H, McCourt C, Semple K. Mother knows best: developing a consumer led, evidence informed, research agenda for maternity care. *Midwifery*. 2013;29(6):705-12. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.015
6. Deutscher Hebammenverband e.V., Spitzenverbände der Krankenkassen. Vertrag ueber die Versorgung mit Hebammenhilfe nach 134a SGB V. 2015. [Zugriff/access Oct 2017]. Verfügbare unter/available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Vertrag_nach__134a_SGB_V_in_der_Fassung_des_Schiedsspruchs_2015.pdf
7. Fenwick J, Butt J, Downie J, Monterosso L, Wood J. Priorities for midwifery research in Perth, Western Australia: a Delphi study. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(2):78-93. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2006.00554.x

8. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nurs Inq*. 2003;10(2):113-20. DOI: 10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x
9. Gesundheitsforschungsrat. Empfehlung. Forschung in den Gesundheitsfachberufen Potentiale fuer eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. 2011. [Zugriff/access Oct 2017]. Verfuegbar unter/available from: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf
10. Lamnek S, Krell C. *Qualitative Sozialforschung*. (6. Auflage). Weinheim: Beltz; 2016.
11. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JP, et al.. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014;383(9912):101-4. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60561-4
12. Maimbolwa M, Omoni G, Mwebaza E, Chimwaza A. A Delphi survey to determine midwifery research priorities among midwives in sub-Saharan Africa. *Afr J Midwifery Womens Health*. 2015;9(1):6-11. DOI: 10.12968/ajmw.2015.9.1.6
13. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097
15. Pfaff H, Schrappe M. Einfuehrung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik Methodik Anwendung*. Stuttgart: Schattauer; 2010.
16. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4. ed. Muenchen: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2014.
17. Reid J, O'Reilly R, Beale B, Gillies D, Connell T. Research priorities of NSW midwives. *Women Birth*. 2007;20(2):57-63. DOI: 10.1016/j.wombi.2007.03.001
18. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
19. Sleep J, Clark E. Major new survey to identify and prioritise research issues for midwifery practice. *Midwives Chron*. 1993;106(1265):217-8.
20. Soltani H, Low LK, Duxbury A, Schuiling KD. Global midwifery research priorities: an international survey. *Int J Childbirth*. 2003;320(7231):380-1. DOI: 10.1891/2156-5287.6.1.5
21. Tallon D, Chard J, Dieppe P. Consumer involvement in research is essential. *BMJ*. 2000;320(7231):380-1. DOI: 10.1136/bmj.320.7231.380
22. VERBI Software, Consult, MAX Qualitative Daten Analyse 10. Sozialforschung. Marburg/Berlin. 2011.
23. Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle G, Schaefers R, et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopaedie. 2016. [Zugriff/access Oct 2017] Verfuegbar unter/available from: <https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:10702/datastreams/FILE1/content>
24. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Pearls, Pith, and Provocation: Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 2001;11(4):522-37.
25. Wiesemann D, Simon A, Hrsg. *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen - Praktische Anwendungen*. Muenster: Mentis; 2013.

Corresponding author:

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
 Martin Luther University Halle-Wittenberg, Medical Faculty,
 Institute of Health and Nursing Sciences, Halle (Saale),
 Germany
gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Please cite as

Ayerle GM, Mattern E. *Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen*. *GMS Z Hebammenwiss*. 2017;4:Doc04. DOI: 10.3205/zhwi000010, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi000010

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zhwi/2017-4/zhwi000010.shtml>

Received: 2017-06-05

Accepted: 2017-09-25

Published: 2017-12-15

Copyright

©2017 Ayerle 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/>.