

Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen

Zusammenfassung

Hintergrund: Intra- und postpartale Betreuungserfahrung korrelieren mit kurz-, mittel- und langfristigen perinatalen Outcomes. Die Datenlage zu diesen Erfahrungen im deutschen Kontext ist wenig umfangreich.

Ziel: Analyse der Faktoren, die die subjektive Gesamterfahrung mit der intra- und postpartalen Betreuung in deutschen Kliniken beeinflussen.

Methode: Sekundärdatenanalyse von Surveydaten von 9.597 Wöchnerinnen aus 77 deutschen Kliniken. Die Analyse möglicher Prädiktoren der Betreuungserfahrung erfolgte mittels logistischer Regression, die Stärke des Zusammenhangs mittels Odds Ratios mit 99% Konfidenzintervall.

Ergebnisse: Zentrale Prädiktoren einer negativen intrapartalen Gesamterfahrung sind fehlendes Vertrauen in die Hebamme (OR 5,67; 99% KI 3,32-9,69), unzureichende Verfügbarkeit der Hebammen (OR 4,77; 99% KI 2,25-10,11), mangelnde Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse (OR 3,77; 99% KI 2,14-6,64), sowie eine unzureichende Schmerzlinderung (OR 2,99; 99% KI 1,81-4,94). Zentrale Prädiktoren einer negativen Gesamterfahrung mit der Betreuung auf der Wochenbettstation sind fehlendes Vertrauen in das Stationspersonal (OR 4,49; 99% KI 3,05-6,59), mangelnde Verfügbarkeit (OR 3,13; 99% KI 1,86-5,26), unzureichende praktische Unterstützung bei der Ernährung des Kindes (OR 2,88; 99% KI 2,04-4,05), unverständliche Beantwortung wichtiger Fragen (OR 2,50; 99% KI 1,76-3,56), sowie eine inadäquate postpartale Schmerzlinderung (OR 2,2; 99% KI 1,62-2,98).

Schlussfolgerung: Vertrauen und individuell angepasste Verfügbarkeit stellen Schlüsseldimensionen für die Versorgungsqualität aus Sicht der Frauen dar. Eine frauenzentrierte Betreuung sollte stärker auf Qualität und Quantität des Personals fokussieren, weniger auf die Verbesserung der baulichen Rahmenbedingungen und Hotelleistungen.

Schlüsselwörter: intrapartale Betreuung, postpartale Betreuung, Perspektive der Frauen

Katja Stahl^{1,2}

1 OptiMedis AG, Hamburg, Deutschland

2 Universität zu Lübeck, Deutschland

Hintergrund

Gesundheitliche Versorgungsqualität wird in Deutschland maßgeblich über medizinisch-prozessuale und wirtschaftliche Kennzahlen definiert. Sie sind die maßgeblichen Treiber für die Gestaltung der Versorgung [28]. International hingegen hat sich zusätzlich die Erfahrung von Patient/innen längst als wichtiges Qualitäts- und Steuerungskriterium etabliert [46]. Die hiesige Geringschätzung dieser Erfahrungen ignoriert den seit einigen Jahren auch von der Forschung erbrachten Beleg, dass gesundheitliche Versorgungsqualität auf drei Säulen ruht: klinischer Wirksamkeit, Sicherheit und Erfahrung der Patient/innen [20].

In der Geburtshilfe gilt dies möglicherweise sogar in noch stärkerem Maße. Denn die Geburt ist nicht einfach nur ‚just another day in a woman’s life‘ [41]. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind einschneidende Ereignisse im Leben einer Frau, die ihre körperliche und seelische Gesundheit sowie die Beziehung zu ihrem Kind prägen [27]. Frauen, die die Geburt und die Betreuung in diesen Stunden als positiv erleben, gehen gestärkt daraus hervor, erleben den Beginn des neuen Lebensabschnitts zuversichtlicher [16] und berichten über eine bessere Lebensqualität [57]. Frauen mit negativer Geburtserfahrung sind nach der Geburt häufiger unsicher, besorgt oder sogar depressiv [5], [56]. Das wiederum hat Auswirkungen, wie Mutter und Kind zueinander finden und kann die weitere Entwicklung des Kindes beeinflussen [18], [39]. Eine als negativ oder traumatisch erlebte Geburt erhöht das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung [1], ebenso wie das Risiko für Depressionen in [33] bzw. nach einer weiteren Schwangerschaft [32]. Die Qualität der Geburtserfahrung und -betreuung nimmt darüber hinaus Einfluss darauf, ob die Frau bereit ist, ein weiteres Kind zu bekommen [29], [53] und wenn ja, ob sie Angst vor der Geburt hat [30] und ob sie es auf normalem Weg oder per geplantem Kaiserschnitt zur Welt bringen möchte [31], [37].

Ziele

Ziel der vorliegenden Analyse war es, zu untersuchen, welche Faktoren die Gesamterfahrung mit der Betreuung im Kreißaal einerseits und mit der Betreuung auf der Wochenbettstation andererseits beeinflussen.

Methode

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Sekundärdatenanalyse von Surveydaten, die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements der jeweiligen Krankenhäuser erhoben wurden.

Instrument

Der den vorliegenden Daten zu Grunde liegende Fragebogen ist die validierte Übersetzung eines bestehenden Instruments [44]. Kernstück des Fragebogens sind 10 Gruppen mit 101 geschlossenen Fragen zu unterschiedlichen Themen des Klinikaufenthalts, mit denen Erfahrungen und Ereignisse abgefragt werden, die auf mögliche Problemlagen im Versorgungsprozess hinweisen. Die Themen folgen dabei weitgehend der Chronologie des Aufenthalts: Aufnahme zur Geburt, Hebammen im Kreißaal, ärztliches Personal, Maßnahmen und Betreuung im Kreißaal, Betreuung auf der Wochenbettstation, Personal der Wochenbettstation, Entlassmanagement, Service & Komfort, Gesamteindruck sowie die erste Zeit zuhause. Darüber hinaus enthält das Instrument Fragen zur Person von Mutter und Kind, zu prä- und postpartal wahrgenommenen Betreuungsangeboten, zur geburtshilflichen Anamnese, zu Geburtsverlauf und Geburtsmodus sowie zur subjektiven Gesundheitseinschätzung (SF-1). Zahl und Formulierung der vorgegebenen Antworten variieren je nach Fragestellung. Die Zahl der Antwortvorgaben reicht von zwei bis acht, die durchschnittliche Anzahl beträgt vier, auszuwählen war je Frage die zutreffendste Antwort. Bei den Fragen handelt es sich mehrheitlich um die Abfrage konkreter Ereignisse und Erfahrungen. Die Gefahr von Deckeneffekten ist bei diesem Fragetyp geringer als bei Urteilsfragen [14]. Dankbarkeitseffekte, Ja-Sage-Tendenzen, Angst vor persönlichen Nachteilen bei Kritik u.ä. werden reduziert [26], [49] und objektive Problemlagen können besser erfasst werden [10]. Darüber hinaus liegt die Variabilität der Antworten höher als bei reinen Zufriedenheitsfragen [2], [36]. Gleichzeitig enthält der Fragebogen eine gewisse Anzahl von Urteilsfragen, da für bestimmte Vorgänge und Situationen eine Bewertung ausdrücklich erwünscht ist.

Datenerhebung

Die Erhebung der Primärdaten erfolgte in Form poststationärer, postalischer Befragungen. In Betracht gezogen wurden alle Wöchnerinnen, die ausgehend von einem Stichtag, in den vergangenen acht bis zwölf Wochen in der jeweiligen Klinik ein lebendes Kind geboren hatten, 18 Jahre alt waren und eine Aufenthaltsdauer von mindestens zwei Nächten aufwiesen. Zur Maximierung der Rücklaufquote wurden zwei Nachfassaktionen im Abstand von jeweils 14 Tagen durchgeführt [19]. Die Fragebögen waren mit einem Code versehen, der die Zuordnung zur jeweiligen Klinik sowie zur Adresse der Wöchnerin erlaubte, um einen selektiven Versand der Erinnerungsschreiben zu ermöglichen. Die Liste der Zuordnung von Code und Wöchnerin verblieb in der jeweiligen Klinik und wurde nach Abschluss der Befragung vernichtet. Die ausgefüllten Fragebögen gingen in dem beiliegenden vorfrankierten Rückumschlag direkt an das auswertende Institut, um eine räumliche Trennung von ausgefülltem Fragebogen und Codeliste zu gewährleisten. Die Fragebögen wurden nach Abschluss der Dateneingabe vernichtet.

Im Anschreiben wurde ausdrücklich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie eine vertrauliche Behandlung der Angaben hingewiesen. Krankenhäusern ist es möglich, patientenbezogene Daten im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (QM) ohne vorherige explizite Einwilligung der Patient/innen zu nutzen. Patient/innen erklären sich innerhalb des bei Aufnahme geschlossenen Behandlungsvertrages mit der Nutzung der Daten für das interne QM einverstanden. Da der Versand über die Klinik erfolgte, der Fragebogen direkt an das auswertende Institut geschickt wurde und sowohl das Anschreiben als auch der Fragebogen deutlich sichtbare Hinweise auf die Freiwilligkeit der Teilnahme enthielten, war ein vorheriges Einholen eines schriftlichen Einverständnisses der Wöchnerinnen nicht erforderlich. Die Rücksendung des Fragebogens kann in diesem Fall als Einverständnis zur Teilnahme betrachtet werden.

Datenanalyse

Zur Prüfung von Gruppenunterschieden wurden Kreuztabellen erstellt, Unterschiede in den Anteilen mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests berechnet, zur Prüfung der Einflussstärke der Kontingenzkoeffizient Cramers V herangezogen sowie das relative Risiko einschließlich des zugehörigen 99%-Konfidenzintervalls für die jeweilige Gruppenzugehörigkeit ermittelt. Zur Analyse des Einflusses möglicher Prädiktoren auf die Gesamterfahrung mit der Betreuung im Kreißsaal bzw. auf der Wochenbettstation wurde eine binäre logistische Regression (Einschlussmethode) gewählt. Als Prädiktoren gingen die in der vorgeschalteten bivariaten Analyse signifikanten Prädiktoren ein. Die intra- bzw. postpartale Gesamterfahrung wurde als abhängige Variable in das jeweilige Modell aufgenommen. Die jeweils fünfstufige Antwortskala der beiden Fragen wurde für die Analyse dichotomisiert, die Ausprägungen ‚Ausgezeichnet‘, ‚Sehr gut‘ und ‚Gut‘ wurden zur Kategorie ‚Positiv‘ zusammengefasst, die Ausprägungen ‚Mittelmäßig‘ und ‚Schlecht‘ zur Kategorie ‚Negativ‘.

Zur Beurteilung des Anteils der durch das Modell erklärten Varianz der intra- bzw. postpartalen Gesamterfahrung wurde Nagelkerke's R^2 herangezogen. Zur Bestimmung der Stärke des Zusammenhangs zwischen den Prädiktoren und den jeweiligen abhängigen Variablen wurden Odds Ratios berechnet. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 0,001$ festgelegt. Die Auswertungen erfolgten mit den Statistikprogrammen IBM SPSS Statistics 22.

Ergebnisse

Teilnehmerinnen

Ausgewertet wurden die Rückmeldungen von 9597 Wöchnerinnen, die zwischen 2015 und 2017 an insgesamt 121 Befragungen in 77 verschiedenen geburtshilflichen Abteilungen teilgenommen hatten. Da einige der Abteilungen einen engeren als dreijährigen Befragungszyklus haben, liegt die Zahl der Befragungen höher als

die der anderen Abteilungen. Die durchschnittliche Rücklaufquote lag bei 48% (range: 23% bis 86%), was für postalische Befragungen ein gutes Ergebnis darstellt und damit die Voraussetzung für eine aussagekräftige Datengrundlage schafft [11].

Die soziodemografischen und anamnestischen Merkmale der Wöchnerinnen sowie die Krankenhausgröße können Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Soziodemografische und anamnestische Merkmale der Wöchnerinnen und Krankenhausgröße

Studienpopulation % (n)	
Alter	
Bis 30 Jahre	34,3 (3290)
31-35 Jahre	38,0 (3643)
Älter als 35 Jahre	18,0 (1717)
k.A.	6,3 (608)
Schulabschluss	
Hauptschule und weniger	13,9 (1332)
Mittlere Reife	28,3 (2714)
Abitur	14,0 (1345)
FH-/Hochschulabschluss	37,7 (3622)
k.A.	6,1 (584)
Parität	
Erstgebärende	54,5 (5230)
Mehrgebärende	44,5 (4275)
k.A.	1,0 (92)
Subjektive Gesundheitseinschätzung	
Gut	62,3 (5979)
Beeinträchtigt	35,8 (3435)
k.A.	1,9 (183)
Präpartaler Klinikaufenthalt	
Nein	63,2 (6070)
Ja	19,9 (1906)
k.A.	16,9 (1621)
Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs	
Ja	52,6 (5044)
Nein	35,7 (3426)
k.A.	11,7 (1127)
Erste Schwangerenvorsorgeuntersuchung	
Bis zur 12. SSW	67,1 (6439)
Nach der 12. SSW	14,0 (1342)
k.A.	18,9 (1816)
Schwangerenvorsorge durch	
Gynäkolog/in	73,5 (7034)
Hebamme & Gynäkolog/in	8,5 (817)
k.A.	18,0 (1724)
Geburtsmodus	
Vaginale Geburt	56,4 (5412)
Geplante Sectio	13,3 (1273)
Ungeplante Sectio	16,6 (1594)
k.A.	13,7 (1318)
Frühgeburt (< 37+0 SSW)	
Nein	88,9 (8530)
Ja	9,4 (898)
k.A.	1,8 (169)
Krankenhausgröße	
Bis 600 Geburten/Jahr	11,3 (1081)
601-1000 Geburten/Jahr	27,7 (2660)
1001-2000 Geburten/Jahr	42,3 (4056)
< 2000 Geburten/Jahr	18,8 (1800)

k.A. = keine Angabe

Gesamterfahrung

Insgesamt beurteilen drei Viertel (75%) der befragten Wöchnerinnen die Betreuung im Kreißsaal insgesamt als sehr gut oder ausgezeichnet und nur ein sehr kleiner Teil (7%) als mittelmäßig oder schlecht (Abbildung 1).

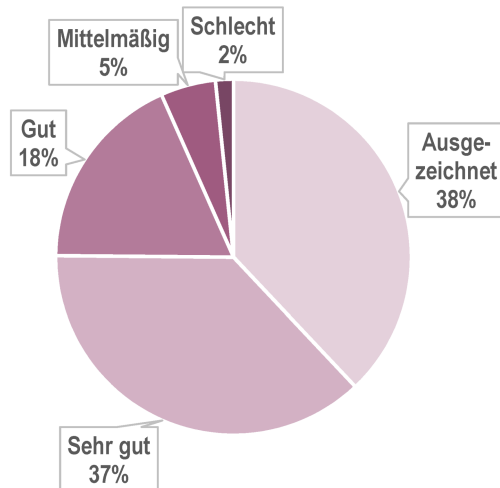


Abbildung 1: Gesamterfahrung mit der Betreuung im Kreißsaal (n=8297)

Das Gesamturteil der Wöchnerinnen für die Betreuung auf der Wochenbettstation fällt etwas kritischer aus. Hier beurteilt fast jede sechste Wöchnerin (13%) die Betreuung insgesamt als mittelmäßig oder sogar schlecht (Abbildung 2).

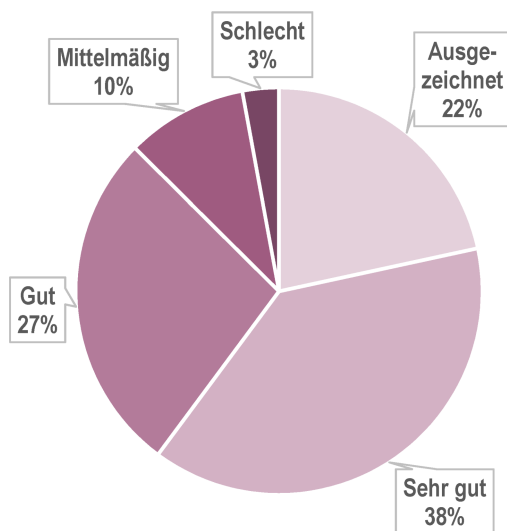


Abbildung 2: Gesamterfahrung mit der Betreuung im Wochenbett (n=8372)

Prädiktoren der Betreuungserfahrung

Auf Basis der verfügbaren Literatur wurden folgende Variablen als potenzielle Einflussfaktoren in der bivariaten Analyse auf ihre Eignung für die Aufnahme in das multivariate Modell geprüft, die mit einem Stern versehenen Variablen wurden in der anschließenden multivariaten Analyse wegen fehlender signifikanter Zusammenhänge mit der Gesamterfahrung ausgeschlossen: mütterliches Alter, Schulabschluss*, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt*, Geburtsmodus, Frühgeburt*, Krankenhausgröße, maßgebliche Betreuungsperson in der Schwangerenvorsorge*, Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs*, postpartale Verlegung des Kindes*, subjektive Gesundheitseinschätzung, Anzahl der zuständigen Hebammen, Verfügbarkeit der Hebamme, Vertrauen in die Hebamme, Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse, Eingehen der Hebamme auf Ängste/Befürchtungen sowie adäquate intrapartale Schmerzlinderung.

Das Gesamtmodell weist eine erklärte Varianz von 48% mit einem Gesamtprozentsatz richtiger Fälle von 94% auf. Damit ist die Modellgüte als gut zu bewerten [3]. In der multivariaten Analyse erwiesen sich ausschließlich Variablen mit einem Bezug zur Interaktion mit den Hebammen als signifikante Prädiktoren. Fehlt das Vertrauen in die betreuende Hebamme, ist die Wahrscheinlichkeit für eine negative Betreuungserfahrung mehr als fünfeinhalbmal so hoch im Vergleich zu Frauen, die eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Hebamme aufbauen konnten (Odds Ratio (OR) 5,67; 99% Konfidenzintervall (KI) 3,32-9,69). Eine negative Betreuungserfahrung ist darüber hinaus wahrscheinlicher, wenn die Hebamme nicht verfügbar war, wenn es aus Sicht der Gebärenden erforderlich gewesen wäre (OR 4,77; 99% KI 2,25-10,11), wenn die Frau nicht in angemessener Form in Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden wurde (OR 3,77; 99% KI 2,14-6,64) und wenn Schmerzen nicht adäquat begegnet wurde (OR 2,99; 99% KI 1,81-4,94) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Prädiktoren der Betreuungserfahrung im Kreißaal (Referenzkategorie: negative Betreuungserfahrung)

	OR ^a	99% KI ^b	Sig.
Vertrauen in Hebamme(n)			
Ja			
Nein	5,67	3,32-9,69	<0,001
Hebamme(n) immer da, wenn gebraucht			
Ja			
Nein	4,77	2,25-10,11	<0,001
Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse			
Ja			
Nein	3,77	2,14-6,64	<0,001
Ausreichende intrapartale Schmerzlinderung			
Ja			
Nein	2,99	1,81-4,94	<0,001
Hebamme(n) gehen auf Ängste und Befürchtungen ein			
Ja			
Nein	1,55	0,85-2,83	0,06
Eine Hebamme zuständig			
Ja			
Nein	0,94	0,58-1,54	0,76
Alter			
18-30 Jahre			
30-35 Jahre	0,92	0,55-1,54	0,67
> 35 Jahre	0,50	0,24-1,01	0,01
Parität			
Erstgebärende			
Mehrggebärende	1,13	0,67-1,91	0,54
Subjektive Gesundheitseinschätzung			
Gut			
Beeinträchtigt	1,10	0,68-1,77	0,63
Geburtsmodus			
Vaginale Geburt			
Geplante Sectio	1,27	0,59-2,75	0,43
Ungeplante Sectio	1,20	0,70-2,07	0,38
Krankenhausgröße			
Bis 600 Geburten/Jahr			
601-1000 Geburten/Jahr	0,81	0,35-1,90	0,53
1001-2000 Geburten/Jahr	0,86	0,38-1,93	0,62
> 2000 Geburten/Jahr	0,97	0,42-2,28	0,93

Kursiv: Referenzkategorie

^a Adjustierte Odds Ratio (adjustiert für Alter, Parität, subjektive Gesundheitseinschätzung, Geburtsmodus, Krankenhausgröße, Vertrauen in Hebammen, Verfügbarkeit, Einbindung, intrapartale Schmerzlinderung, Eingehen auf Ängste, Zuständigkeit)

^b Konfidenzintervall

Prädiktoren der Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation

Für die Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation wurden folgende Variablen als potenzielle Einflussfaktoren in der bivariaten Analyse auf ihre Eignung für die Aufnahme in das multivariate Modell geprüft, die mit einem Stern versehenen Variablen wurden in der anschließenden multivariaten Analyse wegen fehlender signifikanter Zusammenhänge mit der Gesamterfahrung ausgeschlossen: mütterliches Alter, Schulabschluss*, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt*, Geburtsmodus, Frühgeburt*, Krankenhausgröße, maßgebliche Betreuungsperson in der Schwangerenvorsorge*, Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs*, postpartale Verlegung des

Kindes*, subjektive Gesundheitseinschätzung, mit dem Kind verbrachte Zeit, geplante Ernährungsweise des Kindes, praktische Unterstützung bei der Ernährung des Kindes, einheitliche Informationen zur Ernährung des Kindes, adäquate postpartale Schmerzlinderung, verständliche Erklärung von Untersuchungsergebnissen, verständliche Antworten auf wichtige Fragen, Vertrauen in das Stationspersonal, Verfügbarkeit des Stationspersonals, Informationen über die Ernährung des Kindes, über Bluttests, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, über Babypflege, über mögliche zuhause zu beachtende Krankheitszeichen bei Mutter und Kind sowie über die Wiederaufnahme der Alltagsaktivitäten.

Das Gesamtmodell weist eine erklärte Varianz von 51% mit einem Gesamtprozentsatz richtiger Fälle von 86% auf. Damit ist die Modellgüte als sehr gut zu bewerten [3]. Auch in diesem Modell erwiesen sich ausschließlich Variablen mit einem Bezug zur Interaktion mit den betreuenden Pflegekräften/Hebammen als signifikante Prädiktoren. Für eine positive Gesamterfahrung sind auch auf der Wochenbettstation das Vertrauen in und die individuell angepasste Verfügbarkeit der Pflegekräfte/Hebammen von zentraler Bedeutung. Bei fehlendem Vertrauen steigt die Wahrscheinlichkeit einer negativen Betreuungserfahrung um das Viereinhalbfache (OR 4,49; 99% KI 3,05-6,59), bei mangelnder Verfügbarkeit um gut das Dreifache (OR 3,13; 99% KI 1,86-5,26). Ein weiterer wichtiger Faktor ist die praktische Unterstützung bei der Ernährung des Kindes (OR 2,88; 99% KI 2,04-4,05), sowie die verständliche Beantwortung wichtiger Fragen (OR 2,50; 99% KI 1,76-3,56). Auch nach der Geburt erhöht eine inadäquate Schmerzlinderung das Risiko einer negativen Betreuungserfahrung (OR 2,2; 99% KI 1,62-2,98) (Tabelle 3).

Diskussion

Datenbasis

Die vorliegende Analyse basiert auf den Rückmeldungen von mehr als 9500 Wöchnerinnen. Die poststationäre, postalische Abfrage von Erfahrungen und Ereignissen gilt als zuverlässige Methode zur Erhebung der subjektiv wahrgenommenen Versorgungsqualität [17] und die durchschnittliche Rücklaufquote von 48% untermauert zusätzlich die Belastbarkeit der Datenbasis [11].

Gesamterfahrung

Die mehrheitlich positiven Gesamterfahrungen mit der Betreuung im Kreißaal sind mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren. Das Phänomen, dass ein gutes Gesamtergebnis abgegeben wird, obwohl bei genauerer Nachfrage an vielen Stellen Handlungsbedarf gesehen wird, zeigt sich in vergleichbaren Befragungen immer wieder [10], [42], [47]. Bei Patient/innen wird davon ausgegangen, dass Dankbarkeitseffekte, Effekte der sozialen Erwünschtheit, Sorge über persönliche Nachteile bei Kritik u.ä. die Gesamtbeurteilung in Richtung eines positiven Urteils

Tabelle 3: Prädiktoren der Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation (Referenzkategorie: negative Betreuungserfahrung)

	OR ^a	99% KI ^b	Sig.
Vertrauen in Hebammen/Pflegekräfte			
Ja			
Nein	4,49	3,05-6,59	<0,001
Hebammen/ Pflegekräfte immer da, wenn gebraucht			
Ja			
Nein	3,13	1,86-5,26	<0,001
Praktische Unterstützung bei Ernährung des Kindes			
Ja			
Nein	2,88	2,04-4,05	<0,001
Verständliche Antworten auf wichtige Fragen			
Ja			
Nein	2,50	1,76-3,56	<0,001
Ausreichende postpartale Schmerzlinderung			
Ja			
Nein	2,20	1,62-2,98	<0,001
Ausreichende Information zur Ernährung des Kindes			
Ja			
Nein	1,48	0,97-2,27	0,02
Einheitliche Information zur Ernährung des Kindes			
Ja			
Nein	0,92	0,57-1,48	0,64
Ausreichende Information zur Babypflege			
Ja			
Nein	1,32	0,85-2,03	0,100
Verständliche Erklärung der Untersuchungen beim Kind			
Ja			
Nein	1,22	0,89-1,67	0,11
Ausreichende Information über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten			
Ja			
Nein	1,20	0,73-1,97	0,34
Verständliche Aufklärung über mögliche Krankheitszeichen bei Mutter und Kind nach der Entlassung			
Ja			
Nein	1,17	0,70-1,95	0,44
Ausreichende Information zu Bluttests, Untersuchungen und Impfungen			
Ja			
Nein	0,89	0,62-1,26	0,38
Ausreichend Zeit mit Kind verbracht			
Ja			
Nein	1,20	0,82-1,77	0,22
Vor der Geburt für Stillernährung entschieden			
Ja			
Nein	1,34	0,87-2,07	0,08
Alter			
18-30 Jahre			
30-35 Jahre	0,93	0,67-1,28	0,56
> 35 Jahre	0,98	0,65-1,50	0,92
Parität			
Erstgebärende			
Mehrgebärende	0,95	0,68-1,33	0,68
Subjektive Gesundheitseinschätzung			
Gut			
Beeinträchtigt	1,18	0,88-1,59	0,14
Geburtsmodus			
Vaginale Geburt			
Geplante Sectio	1,24	0,82-1,88	0,18
Ungeplante Sectio	1,20	0,84-1,72	0,18
Krankenhausgröße			
Bis 600 Geburten /Jahr			
601-1000 Geburten/Jahr	0,85	0,45-1,63	0,52
1001-2000 Geburten/Jahr	1,62	0,88-3,00	0,04
> 2000 Geburten/Jahr	1,59	0,83-3,07	0,07

Kursiv: Referenzkategorie

^a Adjustierte Odds Ratio (adjustiert für Alter, Parität, subjektive Gesundheitseinschätzung, Geburtsmodus, Krankenhausgröße, vor der Geburt für Stillen entschieden, Vertrauen in Personal, Verfügbarkeit des Personals, ausreichend Zeit mit Kind verbracht, praktische Unterstützung bei Ernährung des Kindes, Verständlichkeit der Antworten auf Fragen, postpartale Schmerzlinderung, ausreichende Information zu: Ernährung des Kindes, zur Babypflege, zur Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten, zu kindlichen Tests/Untersuchungen/Impfungen, einheitliche Information zur Ernährung des Kindes, verständliche Erklärung zu: Untersuchungen beim Kind, Gefahrsymptomen bei Mutter/Kind)

^b Konfidenzintervall

verzerren [15]. Diese Einflüsse werden auch für die Geburtshilfe diskutiert [50]. Bei Wöchnerinnen kommt darüber hinaus noch der so genannte Halo-Effekt hinzu: die Erleichterung, die Geburt überstanden zu haben, sowie die überwältigende Freude über die Geburt eines gesunden Kindes können dazu beitragen, negative Erfahrungen und Erlebnisse und damit Kritik im Allgemeinen sowie an den betreuenden Fachpersonen in den Hintergrund treten zu lassen [34], [52]. Insbesondere wenn es im Geburtsverlauf zu Situationen kam, in denen das Wohlergehen von Mutter und Kind als gefährdet dargestellt bzw. wahrgenommen wurde, tendieren Wöchnerinnen dazu, den guten Ausgang als maßgeblichen ‚Verdienst‘ der betreuenden Fachpersonen zu sehen [40], [48]. Auch die Verdrängung negativer Erlebnisse als eine erste Trauerreaktion, wenn sich Hoffnungen und Wünsche an den Geburtsverlauf nicht erfüllt haben, kann die Beurteilung der Betreuungserfahrung nach der Geburt verzerren [23].

Die Betreuung auf der Wochenbettstation wird in der Gesamtschau kritischer erlebt als die Betreuung im Kreißaal, ein Umstand, der sich auch in anderen Studien zeigt [8], [9], [55]. Der Vergleich der beiden Bereiche ist jedoch nur bedingt richtungsweisend, da die Betreuung im Kreißaal in einer akuten und potenziell lebensbedrohlichen Situation stattfindet und der Halo-Effekt die Bewertung überlagern kann. Der Charakter der postnatalen Betreuung hingegen ist diffuser, der emotionale Zustand der Wöchnerin ein anderer und die Erinnerung an die eigene Erschöpfung sowie die neuen Anforderungen der Mutterschaft können die Beurteilung beeinflussen [55]. Gleichwohl sollte sich die Betreuung in beiden Bereichen an den Bedürfnissen der Frauen orientieren und die bestmögliche Betreuungserfahrung gewährleisten.

Prädiktoren der Betreuungserfahrung im Kreißaal

Die vorliegenden Analysen zeigen, dass eine positive intrapartale Betreuungserfahrung maßgeblich dadurch begünstigt wird, wenn es gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Gebärender und Hebamme aufzubauen. Dies konnte bereits in zahlreichen anderen Untersuchungen gezeigt werden [23], [24]. Im Zuge der Diskussion um die 1:1-Betreuung im Kreißaal ist das Ergebnis interessant, dass weniger die kontinuierliche Betreuung durch eine bestimmte Hebamme die Betreuungserfahrung beeinflusst, als vielmehr, dass die betreuende Hebamme stets verfügbar ist, wenn sie gebraucht wird. Ein ähnlicher Hinweis findet sich in einer Untersuchung von Knappe et al., die keinen Zusammenhang zwischen einer konkreten Anzahl der durch eine Hebamme zu betreuenden Frauen und dem Geburtsmodus nachweisen konnten, jedoch eine Korrelation zwischen Geburtsmodus und der durch die Hebamme sub partu geleisteten unterstützenden Maßnahmen sowie mit der Zufriedenheit der Gebärenden mit der Anwesenheit der Hebamme [25]. Auch dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass möglicherweise nicht die rein quantitative 1:1-Betreuung das aus-

schlaggebende Kriterium für eine gute Betreuungserfahrung ist, sondern die Anwesenheit der richtigen Person über die richtige Zeitspanne am richtigen Ort.

Darüber hinaus ist für die Gesamterfahrung wichtig, dass die intrapartale Betreuung so gestaltet wird, dass die Frau sich dem Geburtsprozess und den Maßnahmen des Fachpersonals nicht ausgeliefert fühlt. Dies kann z.B. gelingen, indem sie stets in geeigneter Form über den Geburtsverlauf und/oder geplante Interventionen informiert sowie in anfallende Entscheidungen eingebunden wird [16], [51]. Dabei ist es weniger wichtig, dass die Frau die Entscheidung tatsächlich mittrifft, sondern viel mehr die Art und Weise wie mit ihr kommuniziert wird [6]. In der vorliegenden Analyse erhöht eine mangelnde Einbindung das Risiko für eine negative Betreuungserfahrung um mehr als das Dreieinhalbfache.

Der Geburtsschmerz wurde lange Zeit als maßgeblich im Zusammenhang mit einer guten Geburtserfahrung gesehen [54]. Mittlerweile konnte gezeigt werden, dass Schmerz zwar unausweichlich zu einer Geburt gehört und die Erfahrung trüben kann, das Erleben starker Schmerzen jedoch nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit einer insgesamt negativen Geburtserfahrung ist [6], [38], [51], [52]. Auch die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine angemessene intrapartale Schmerzlinde- rung mit der Qualität der Betreuungserfahrung verknüpft ist, jedoch weniger stark als die gelungene Interaktion mit der betreuenden Hebamme.

Prädiktoren der Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation

Zur Unterstützung nach der Geburt gehört die emotionale Unterstützung der Wöchnerin in Form einer aufmerksamen, respektvollen, zugewandten und geduldigen Begleitung, die den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung fördert und das Vertrauen der Wöchnerin in ihre Fähigkeit zur Bewältigung der neuen Aufgaben unterstützt. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass auch für die Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation das Vertrauen in die Pflegekräfte/Hebammen sowie ihre individuell angepasste Verfügbarkeit von maßgeblichem Einfluss sind. In der Literatur finden sich ebenfalls Hinweise, dass eine unzureichende emotionale Unterstützung, fehlendes Verständnis und mangelnde Einfühlbarkeit der betreuenden Fachkräfte den stärksten Prädiktor für Unzufriedenheit mit der postnatalen Betreuung darstellt [4], [8], [34], [55].

Den drittichtigsten Prädiktor einer guten postpartalen Betreuungserfahrung stellt die praktische Unterstützung bei Ernährung des Kindes dar. Auch dieses Ergebnis wird durch die Literatur gestützt, in der sich zahlreiche Hinweise finden, dass Wöchnerinnen neben der Beratung und Information vor allem auch praktische Unterstützung insbesondere beim Stillen wünschen [8], [55], nicht zuletzt, weil ihnen heute oftmals Vorbilder für eine selbstverständliche, erfolgreiche Stillverfahren fehlen.

Die Tatsache, dass zwar die verständliche Beantwortung wichtiger Fragen einen Prädiktor für die postpartale Be-

betreuungserfahrung darstellt, nicht aber die verschiedenen spezifischen Informationen, könnte ein Hinweis darauf sein, dass individuell angepasste Informationen für die Frauen wichtiger sind als ein umfassender Überblick über die Vielzahl an Themen im Zusammenhang mit der ersten Zeit nach der Geburt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zunehmend kürzeren Verweildauer erscheint es daher sinnvoll, eher eine geeignete häusliche Nachbetreuung sicher zu stellen und diese Schnittstelle effektiv zu gestalten.

Schließlich weist die vorliegende Analyse darauf hin, dass auch die postpartale Schmerzlinderung für die Gesamterfahrung von Bedeutung ist, ein Thema, das in der Forschung nach wie vor wenig Aufmerksamkeit erfährt. Einen Hinweis, dass dieses Thema für die Wöchnerinnen relevant ist, geben zwei qualitative Untersuchungen, in denen die mangelnde Beachtung der Linderung von Schmerzen nach der Geburt ebenfalls als Kritikpunkt von Frauen benannt wurde [22], [35]. In einer prospektiven multizentrischen Längsschnittstudie zeigte sich, dass fast alle Frauen 36 Stunden nach der Geburt Schmerzen angaben, starke akute Schmerzen hatten 11% der Wöchnerinnen. Die empfundene Intensität der Schmerzen in den ersten Stunden nach der Geburt war ein unabhängiger Prädiktor für persistierende Schmerzen und das Auftreten einer postpartalen Depression acht Wochen nach der Geburt [21].

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die für die vorliegende Analyse verwendeten Daten nicht primär zum Zweck des möglichen Einflusses bestimmter Aspekte auf die Gesamterfahrung erhoben wurden. Das Untersuchungsdesign der postalischen Befragung mit zwei Erinnerungsschreiben hat zu guten Rücklaufquoten geführt, dennoch ist bei der Übertragung der Ergebnisse die für dieses Design typische Unterrepräsentierung von Frauen jüngerer Alters, mit niedrigerem Bildungsabschluss sowie eingeschränkten Deutschkenntnissen zu berücksichtigen [7], [12]. Generell gilt, dass es im Rahmen eines Querschnittsdesigns zwar möglich ist, Zusammenhänge und Einflussfaktoren zu ermitteln, Kausalbeziehungen jedoch lassen sich nicht ableiten, sie können nur im klinischen Kontext und vor dem Hintergrund der verfügbaren Evidenzen interpretiert werden.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Mehrzahl der Wöchnerinnen über eine positive intra- und postpartale Betreuungserfahrung berichtet. Gleichwohl müssen diese sehr positiven Gesamturteile im Lichte der Forschungsergebnisse zu Deckeneffekten bei Globalfragen im Zusammenhang mit Patientenerfahrungen gesehen werden. Entscheidende Prädiktoren für eine positive Gesamterfahrung sind sowohl im Kreißaal als auch auf der

Wochenbettstation eine vertrauensvolle Interaktion mit den Hebammen und Pflegekräften sowie deren verlässliche Verfügbarkeit, wenn die Situation es aus Sicht der Frauen erfordert. Vertrauen und individuell angepasste Verfügbarkeit stellen damit Schlüsselkategorien für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung aus Sicht der Frauen dar. Kliniken haben in den letzten Jahren viel in die Weiterentwicklung der baulichen Rahmenbedingungen und den Ausbau der Service- und Hotelleistungen investiert, das Personal hingegen hat immer mehr Aufgaben bei gleichbleibendem oder sogar weniger Kapazitäten zu erfüllen. Angesichts dieser Situation stellen die Ergebnisse einen deutlichen Hinweis für die Notwendigkeit eines Umdenkens in der geburtshilflichen Betreuung im Krankenhaus dar.

Die Ergebnisse überraschen nicht, Vergleichbares geht aus zahlreichen internationalen Untersuchungen der letzten Jahre immer wieder hervor. Vielmehr stimmt es nachdenklich, dass auch jüngste Zahlen immer noch auf Handlungsbedarf in diesem Bereich hinweisen [43], [45]. Damit ist auch nach mehr als 15 Jahren die Frage der renommierten Frauengesundheitsforscherin Beverly Chalmers aktuell, die fragt, wie oft noch nachgewiesen werden muss, was geburtshilflich Tätige sowohl aus Erfahrung, aber auch aus qualitativ hochwertigen Forschungsarbeiten seit vielen Jahrzehnten wissen: dass Betreuungszufriedenheit und gute klinische Outcomes für Mutter und Kind eng verknüpft sind mit einer einfühlsamen, respektvollen, ermutigenden, an den Bedürfnissen der Frau orientierten und möglichst interventionsarmen Betreuung [13]. Der Fokus weiterer Forschung sollte sich daher darauf richten, was getan werden muss, damit dieses Wissen tatsächlich auch den Frauen und ihren Kindern zu Gute kommt.

Anmerkungen

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass kein finanzieller/materieller Interessenkonflikt vorliegt. Zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung war sie Angestellte des Picker Instituts Deutschland, über das die Datenerhebung im Auftrag der Krankenhäuser erfolgte.

Literatur

1. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. 2010;40(11):1849-59. DOI: 10.1017/S0033291709992224
2. Aust B. Zufriedene Patienten? eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin fuer Sozialforschung; 1994.
3. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einfuehrung. 10 Aufl. Berlin: Springer Verlag; 2003.
4. Beake S, Rose V, Bick D, Weavers A, Wray J. A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:70. DOI: 10.1186/1471-2393-10-70
5. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112-23. DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.014
6. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women. *Birth*. 1994;21:4-13.
7. Brown S, Lumley J. The 1993 Survey of Recent Mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy. *Int J Qual Health Care*. 1997;9(4):265-275.
8. Brown SJ, Davey MA, Bruinsma FJ. Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*. 2005;21:109-26.
9. Bruinsma F, Brown S, Darcy MA. Having a baby in Victoria 1989-2000: women's views of public and private models of care. *Aust N Z J Public Health*. 2003;27(1):20-6. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2003.tb00375.x
10. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Westson D, Erens R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. *BMJ*. 1994;309:1542-49.
11. Carey RG. How to choose a Patient Survey System. *Joint Comm J Qual Improv*. 1999;25:20-5.
12. Cartwright A. Who responds to postal questionnaires? *J Epidemiol Community Health*. 1986;40(3):267-73.
13. Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it? *Birth*. 2002;29(2):79-82.
14. Cleary PD, Fahs MC, McMullen W, Fulop G, Strain J, Sacks HS, et al. Using patient reports to assess hospital treatment of persons with AIDS: a pilot study. *AIDS Care*. 1992;4(3):325-32. DOI: 10.1080/09540129208253102
15. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32):1-244.
16. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience - the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013;29(4):407-15. DOI: 10.1016/j.midw.2012.09.006
17. Delnoij DM. Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *Eur J Public Health*. 2009;19(4):354-56. DOI: 10.1093/eurpub/ckp105
18. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;28(2):CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3
19. Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Ann Rev Sociol*. 1991;17:225-49. DOI: 10.1146/annurev.so.17.080191.001301
20. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570
21. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008;140(1):87-94. DOI: 10.1016/j.pain.2008.07.011
22. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:27. DOI: 10.1186/1471-2393-8-27
23. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl Nature):S160-S172.
24. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:251. DOI: 10.1186/s12884-015-0683-0
25. Knappe N, Mayer H, Schnepf W, zu Sayn-Wittgenstein F. The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:300. DOI: 10.1186/1471-2393-14-300
26. Kohlmann T. Mindestanforderungen an Untersuchungs-Designs und Methoden. In: Ruprecht T, Hrsg. Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. St. Augustin: Asgard-Verlag; 1998. S.57-68.
27. Lundgren I, Karlsdottir S, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context: a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2009;4:115-28. DOI: 10.1080/17482620802423414
28. Mahlzahl J, Wehner C. Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Hrsg. Krankenhausreport 2013. Berlin: Schattauer Verlag; 2013.
29. Mollison J, Porter M, Campbell D, Bhattacharya S. Primary mode of delivery and subsequent pregnancy. *BJOG*. 2005;112(8):1061-5. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00651.x
30. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth*. 2012;25(3):114-21.
31. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*. 2008;35(2):121-8. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x
32. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*. 1998;49(3):167-180.
33. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Inf Psychol*. 2003;21(21):113-23. DOI: 10.1080/0264683031000124073
34. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs*. 2007;59(5):474-87. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x

35. Rudman A, Waldenstrom U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:178. DOI:10.1186/1472-6963-7-178
36. Ruprecht TM. Patientenbefragungen. In: Kassenaerztliche Bundesvereinigung, Hrsg. Handbuch fuer Netzberater. Koeln: Kassenaerztliche Bundesvereinigung; 2001. S.91-110.
37. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth.* 2015;42(1):48-55. DOI: 10.1111/birt.12147
38. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res.* 1992;36(4):317-27. DOI: 10.1016/0022-3999(92)90068-D
39. Schafers R. Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschaetzung von Frauen. *Z Hebammenwiss.* 2015;2:Doc02. DOI: 10.3205/zhwi000005
40. Seguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth.* 1989;16(3):109-13.
41. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth.* 1991;18(4):203-10.
42. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Ann Rev Public Health.* 2005;26:513-59. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958
43. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreissaaelen - Implikationen fuer die Qualitaet und Sicherheit der Versorgung. *ZEFQ.* 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005
44. Stahl K. Revalidierung eines Fragebogens zur Zufriedenheit von Woechnerinnen mit der geburtshilflichen Klinik. *Psychother Psych Med.* 2010;60:358-67.
45. Stahl K, Nadj-Kittler M. Hohe Fallzahl - gute Geburt? Picker Report 2017. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2017.
46. Stahl K, Nadj-Kittler M. Neue Perspektiven: Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern die Qualitaet und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. Picker Report 2014. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2014.
47. Stahl K, Nadj-Kittler M. Vertrauen braucht gute Verstaendigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. Picker Report 2016. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH.
48. Sullivan DA, Beeman R. Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice. *Med Care.* 1982;20(3):321-30.
49. Trojan A. Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen. In: Ruprecht T, Hrsg. Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitaetsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. St. Augustin: Asgard-Verlag; 1998. S.15-30.
50. van Teijlingen E, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth.* 2003;30:75-82.
51. Waldenstrom U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res.* 1999;47(5):471-82.
52. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth.* 1996;23(3):144-53.
53. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27.
54. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73(7):547-54.
55. Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(5):551-60. DOI: 10.1080/00016340500345378
56. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H, et al. The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(6):505-13. DOI: 10.1007/s00737-010-0169-z
57. Yeo JH, Chun N. Influence of childbirth experience and postpartum depression on quality of life in women after birth. *J. Korean Acad Nurs.* 2013;43(1):11-9. DOI: 10.4040/jkan.2013.43.1.11

Korrespondenzadresse:

Dr. Katja Stahl
OptiMedis AG, Burchardtstr. 17, 20095 Hamburg,
Deutschland
k.stahl@optimedis.de

Bitte zitieren als

Stahl K. Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen. *GMS Z Hebammenwiss.* 2019;6:Doc01. DOI: 10.3205/zhwi000012, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000124

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zhwi/2019-6/zhwi000012.shtml>

Eingereicht: 31.01.2018

Angenommen: 07.06.2018

Veröffentlicht: 17.05.2019

Copyright

©2019 Stahl. 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/>.

Predictors of intra- and postpartum care experience: key dimensions of quality of care from women's perspective

Abstract

Background: Intra- and postpartum care experience is associated with short-, middle- and long-term perinatal outcomes. Evidence of women's views on key dimensions of care quality in a German context is scarce.

Aim: Analysis of factors influencing overall intra- and postpartum care experience in German hospitals.

Methods: Secondary analysis of survey data of 9,597 women from 77 German hospitals. Logistic regression was performed for analysis of predictors of care experience; odds ratios with 99% confidence intervals were calculated for strength of association.

Results: Predictors of overall negative intrapartum care experience were lack of trust in midwives (OR 5,67; 99% CI 3,32-9,69), lack of availability of midwives (OR 4,77; 99% CI 2,25-10,11), lack of involvement in decision-making processes (OR 3,77; 99% CI 2,14-6,64), and insufficient pain relief (OR 2,99; 99% CI 1,81-4,94). Predictors of overall negative postpartum care experience were lack of trust in ward staff (OR 4,49; 99% CI 3,05-6,59), lack of availability (OR 3,13; 99% CI 1,86-5,26), insufficient practical support with feeding (OR 2,88; 99% CI 2,04-4,05), questions not answered understandably (OR 2,50; 99% CI 1,76-3,56), and insufficient postpartum pain relief (OR 2,2; 99% CI 1,62-2,98).

Conclusion: Trust in and availability of midwives are key dimensions of care quality from women's perspective. Woman-centred care should focus on quality and quantity of staff rather than on architectural environment, food and amenities.

Keywords: intrapartum care, postpartum care, women's views

Katja Stahl^{1,2}

1 OptiMedis AG, Hamburg, Germany

2 University of Lübeck, Germany

Background

Measurement of health care quality in Germany is still largely based on indicators of medical and technical quality as well as financial performance. They are the main drivers for designing health care [28]. In many other countries, patient experience has long since been established as an indicator of care quality and is increasingly used in performance management systems alongside other indicators [46]. However, disregarding the importance of patient experience means ignoring the available evidence that recognizes patient experience as one of the three pillars of quality in health care alongside clinical effectiveness and patient safety [20].

The importance of patient experience may be even more pronounced in maternity care, since the birth of a child is not 'just another day in a woman's life' [41]. Pregnancy and childbirth are major life events which may have long-lasting effects on women's physical and mental health as well as their relationship towards their child [27]. A positive birth and care experience contributes to feelings of self-esteem and confidence in dealing with the new situation [16] and a better quality of life [57]. Women with a negative birth experience are more likely to feel insecure, anxious or even suffer from depression [5], [56]. This may in turn enhance the risk for impaired maternal-infant interaction and may negatively affect the child's development [18], [39]. A negative or even traumatic birth experience has also been linked to post-traumatic stress disorder [1] as well as depression during [33] and after a future pregnancy [32]. Furthermore, the quality of the birth and care experience may influence the woman's willingness to have another baby [29], [53], whether she fears giving birth to her next child [30] and her choice of mode of birth [31], [37].

Aim

The aim of this study is to explore the factors influencing the overall intrapartum care experience in the labour ward as well as the overall experience of postnatal care in the maternity ward.

Method

This study is a secondary analysis of survey data collected for internal quality management purposes of the respective hospitals.

Questionnaire

The questionnaire used for data collection is the validated translation of an existing instrument [44]. The translated version contains 101 items asking about experiences and reports during intra- and postpartum care in the hospital which may point to problems within the care process. The questions refer to the following themes:

admission to the labour ward, midwives in the labour ward, doctors, interventions and care in the labour ward, care in the maternity ward, staff in the maternity ward, discharge management, facilities & service, overall impression and the first days at home. In addition, the questionnaire contains items about demographic characteristics of mother and child, the uptake of ante- and postnatal services, obstetric history, mode of birth and self-reported health (SF-1). The response options vary according to the type and subject of each item. The number of response options ranges from two to eight (mean=4). Respondents were asked to choose the most suitable answer option per question. Most of the questions ask respondents to report on specific care events and experiences. The risk of ceiling effects that are usually seen when patients are asked to rate their care, are less pronounced with this type of question, making them more useful for quality improvement purposes [14]. They are also less susceptible to the effects of expectations and response tendencies such as social desirability and acquiescence bias [26], [49] and problems can be more reliably revealed [10]. Furthermore, the variability of the answers is higher than with questions asking about satisfaction with care [2], [36]. However, since evaluation of certain processes and situations was explicitly desired, the questionnaire also contains a number of rating questions.

Data collection

The original data was collected via postal surveys conducted after discharge from hospital. Women discharged from the respective hospital within eight to twelve weeks after a live birth, aged 18 years and older and who stayed at least two nights in the hospital were eligible for the survey. To maximise the response rate, two reminders were sent out to those who had not responded within two and four weeks after the initial mailing [19]. Each questionnaire had a unique coding that allowed the questionnaire to be assigned to the respective hospital and the woman's home address in order to enable a mailing of the reminder to only those who had not yet returned their questionnaire. The list allowing the allocation of questionnaire code and address remained at the hospital and was destroyed after the second reminder was sent. The completed questionnaires were sent in opaque, prepaid envelopes to the institute responsible for data collection and analysis. In this way it could be ensured that completed questionnaires and code list were physically separated. The questionnaires were destroyed after completion of data entry.

The cover letter explicitly explained that participation in the survey was voluntary and data would be kept confidential. At the time of data collection hospitals were still allowed to use patient-specific data for internal quality management purposes without explicit consent of the patients. By signing the treatment contract at admission patients agreed to the use of their data for these purposes. Given that the mailing was conducted via the

hospital, the completed questionnaire was sent directly to the institute responsible for data collection and analysis, and that both cover letter and questionnaire clearly pointed out that participation in the survey was voluntary, obtaining consent from the participants was not necessary. In this situation returning the questionnaire can be considered as consent.

Data analysis

The association between each explanatory variable and the intra- and postnatal care experience respectively was tested separately using a Chi-square-test. The effect size was calculated using Cramer's V. Relative risks were calculated as the ratio between the percentages in each group and results were considered to be statistically significant at the 1% level.

To investigate the effect of possible predictors on care experience, logistic regression models (simultaneous model) were calculated using only those explanatory variables as independent variables that were significant in the bivariate analyses, and overall intra- and postnatal care experience as dependent variables respectively. For analysis purposes the outcome variables were dichotomized into women with a positive experience (excellent + very good + good) and those with a negative experience (fair + poor). Nagelkerke's R^2 was calculated for each model to assess the proportion of explained variance. To investigate the association between predictors and outcome variables odds ratios were calculated. Results were considered significant at the 1% level. Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics 22.

Results

Participants

The data from a total of 9,597 women who participated in 121 patient surveys in 77 different hospitals conducted between 2015 and 2017 were used for analysis. The number of surveys being higher than the number of hospitals is due to the fact that a number of these hospitals conducted more than one patient survey in this three-year period.

The average response rate was 48% (range: 23% to 86%) which is considered a good rate for postal surveys and a prerequisite for a robust data basis [11].

The sociodemographic and obstetric background of participants as well as hospital characteristics are presented in Table 1.

Table 1: Sociodemographic and obstetric background and hospital characteristics

Study population % (n)	
Age	
up to 30 years	34.3 (3290)
31-35 years	38.0 (3643)
more than 35 years	18.0 (1717)
missing answers	6.3 (608)
Education	
General secondary school and less	13.9 (1332)
Intermediate secondary school	28.3 (2714)
Grammar school	14.0 (1345)
Tertiary education	37.7 (3622)
missing answers	6.1 (584)
Parity	
Primiparae	54.5 (5230)
Multiparae	44.5 (4275)
missing answers	1.0 (92)
Self-reported health	
Good	62.3 (5979)
Compromised	35.8 (3435)
missing answers	1.9 (183)
Antenatal hospitalisation	
No	63.2 (6070)
Yes	19.9 (1906)
missing answers	16.9 (1621)
Participating in antenatal classes	
Yes	52.6 (5044)
No	35.7 (3426)
missing answers	11.7 (1127)
First antenatal check-up	
within 12 weeks	67.1 (6439)
after 12 weeks	14.0 (1342)
missing answers	18.9 (1816)
Lead professional in antenatal care	
Obstetrician	73.5 (7034)
Midwife and obstetrician	8.5 (817)
missing answers	18.0 (1724)
Mode of birth	
vaginal birth	56.4 (5412)
planned cesarean	13.3 (1273)
unplanned cesarean	16.6 (1594)
missing answers	13.7 (1318)
Preterm birth (before 37 weeks)	
No	88.9 (8530)
Yes	9.4 (898)
missing answers	1.8 (169)
Hospital size	
Up to 600 births/year	11.3 (1081)
601-1000 births/year	27.7 (2660)
1001-2000 births/year	42.3 (4056)
< 2000 births/year	18.8 (1800)

Overall care experience

Three quarter (75%) of the women reported an 'excellent' or 'very good' intrapartum care experience, only a very small percentage (7%) rated their experience as 'fair' or 'poor' (Figure 1).

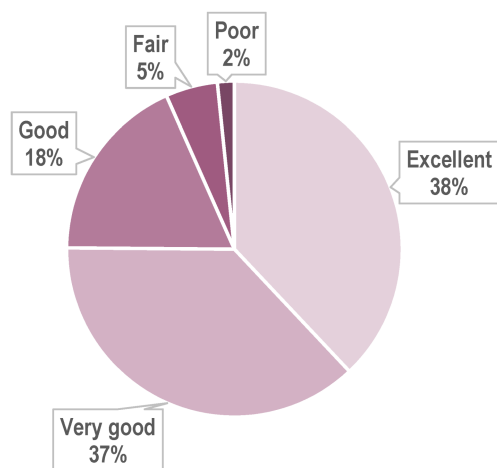


Figure 1: Overall intrapartum care experience (n=8297)

The overall postpartum care experience is somewhat less positive. Nearly one in six women reports that all in all, care in the maternity ward was 'fair' or 'poor' (Figure 2).

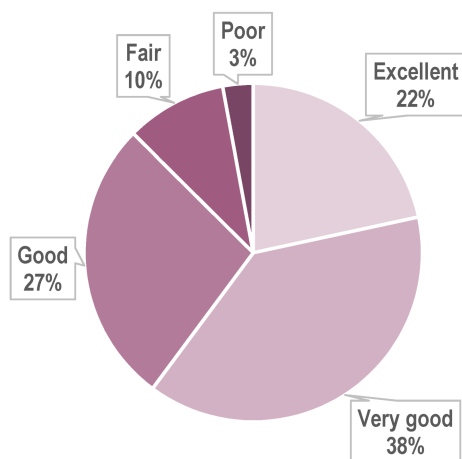


Figure 2: Overall postpartum care experience (n=8372)

Predictors of intrapartum care experience

Possible predictors of intrapartum care experience were chosen based on existing evidence. The following variables were tested in bivariate analyses for inclusion in the multivariate model. Variables marked with an asterisk (*) were not found to be significantly associated with overall intrapartum care experience in the bivariate analyses and were therefore excluded from the multivariate analysis: maternal age, education*, parity, antenatal hospitalisation*, mode of birth, preterm birth*, hospital size, lead professional in antenatal care*, participating in antenatal classes*, admission to neonatal nursery*, self-reported health, number of midwives during birth, availability of midwife, trust in midwife, involvement in decision-making, worries/fears could be discussed with midwife, adequate pain relief.

With 48% explained variance and 94% of correctly classified cases the model fit is considered good [3]. The multivariate analysis identified only variables as significantly

associated with the overall intrapartum care experience that described some form of interaction with the midwife. Women who lacked trust in their midwife had an increased risk of more than five-fold for a negative intrapartum care experience than women who were able to establish a trustful relationship with their midwife (Odds Ratio (OR) 5.67; 99% confidence interval (CI) 3.32-9.69). A negative intrapartum care experience is more likely when the midwife is not available when the woman needed her (OR 4.77, 99% CI 2.25-10.11), when the woman was not involved in decisions about her care and treatment (OR 3.77, 99% CI 2.14-6.64) and when she did not receive adequate pain relief (OR 2.99, 99% CI 1.81-4.94) (Table 2).

Table 2: Predictors of intrapartum care experience (reference category: negative care experience)

	OR ^a	99% CI ^b	Sig.
Trust in midwife/midwives			
Yes			
No	5.67	3.32-9.69	<0.001
Midwife/midwives always there when needed			
Yes			
No	4.77	2.25-10.11	<0.001
Involvement in decision-making			
Yes			
No	3.77	2.14-6.64	<0.001
Adequate intrapartum pain relief			
Yes			
No	2.99	1.81-4.94	<0.001
Worries and/or fears could be discussed with midwife/midwives			
Yes			
No	1.55	0.85-2.83	0.06
One midwife responsible for care			
Yes			
No	0.94	0.58-1.54	0.76
Age			
18-30 years			
30-35 years	0.92	0.55-1.54	0.67
> 35 years	0.50	0.24-1.01	0.01
Parity			
Primipara			
Multipara	1.13	0.67-1.91	0.54
Self-reported health			
Good			
Compromised	1.10	0.68-1.77	0.63
Mode of birth			
Vaginal birth			
Planned cesarean	1.27	0.59-2.75	0.43
Unplanned cesarean	1.20	0.70-2.07	0.38
Hospital size			
Up to 600 births/year			
601-1000 births/year	0.81	0.35-1.90	0.53
1001-2000 births/year	0.86	0.38-1.93	0.62
> 2000 births/year	0.97	0.42-2.28	0.93

italics: reference category

^a Adjusted odds ratio (adjusted for age, parity, mode of birth, self-reported health, hospital size, trust in midwives, availability of midwives, involvement, intrapartum pain relief, discussion of worries/fears, one midwife responsible)

^b confidence interval

Predictors of postpartum care experience

Possible predictors of postpartum care experience were also chosen based on existing evidence. The following variables were tested in bivariate analyses for inclusion in the multivariate model. Variables marked with an asterisk (*) were not found to be significantly associated with overall postpartum care experience in the bivariate analyses and were therefore excluded from the multivariate analysis: maternal age, education*, parity, antenatal hospitalisation*, mode of birth, preterm birth*, hospital size, lead professional in antenatal care*, participating in antenatal classes*, admission to neonatal nursery*, self-reported health, time spent with the newborn, intended feeding method, practical help with breast/bottle feeding, consistent advice on breast/bottle feeding, adequate postnatal pain relief, understandable information of test results, understandable answers to important questions, trust in maternity ward staff, availability of maternity ward staff, information on breast/bottle feeding, blood tests, check-ups and vaccination, information on baby care, on warning signs to look out for in mother and/or child and on uptake of daily activities.

With 51% explained variance and 86% of correctly classified cases the model fit is considered very good [3]. As with intrapartum care experience the multivariate analysis identified only variables as significantly associated with the overall postpartum care experience that described some form of interaction with midwives/nurses in the maternity ward.

Central to a positive postpartum care experience are trust in the midwives/nurses and their availability according to the needs of the new mothers. Lacking trust in the maternity ward staff increases the likelihood of a negative care experience by more than four and a half times (OR 4.49, 99% CI 3.05-6.59). Women for whom nurses/midwives were not available when needed were three times more likely to report a negative postpartum care experience compared with women for whom this was not the case (OR 3.13, 99% CI 1.86-5.26). Further important predictors of postpartum care experience are the practical help with breast or bottle feeding (OR 2.88, 99% CI 2.04-4.05) and receiving understandable answers to important questions (OR 2.50, 99% CI 1.76-3.56). Pain relief is not only an issue during labour and birth but also after the child is born. Women with inadequate postpartum pain relief are two times more likely to report a negative care experience than women whose pain was satisfactorily treated (OR 2.2, 99% CI 1.62-2.98) (Table 3).

Discussion

Sample

The analysis is based on survey data from more than 9,500 new mothers. Post-discharge, postal surveys of patient experience (as opposed to patient satisfaction) are considered a reliable method to assess care quality from the patients' perspective [17]. The average response rate of 48% further substantiates the soundness of the data base [11].

Overall care experience

The high proportion of women reporting a positive intrapartum care experience needs to be interpreted with caution. It is a well-known phenomenon that asking patients to rate their overall care experience will produce highly positive results and that problems with care can only be identified by asking them more detailed questions about specific aspects of their care [10], [42], [47]. It is assumed that social desirability, acquiescence bias and reluctance of criticising staff who has taken care of them, etc., are among the reasons for these so called ceiling effects in patient surveys [15]. They are also assumed to play a role in evaluations of maternity care [50]. In addition, in perinatal care the halo effect is thought to influence women's overall care evaluation: the relief at having come through the experience safely as well as the overwhelming joy over the birth of a healthy baby may compensate for any negative experience either with staff or care processes and create a favourable environment for subsequent evaluations of care [34], [52]. Especially if the birth involved episodes in which the well-being of mother and/or child was depicted or experienced to be at risk, women tend to credit the professionals with any positive outcome [40], [48]. Another aspect that is discussed in this context is denial as the first stage of grief when expectations towards the birth have not been met [23].

Overall evaluation of postnatal care in the maternity ward is somewhat more negative than the overall intrapartum care experience, which is in line with the literature [8], [9], [55]. However, it has been argued that intra- and postnatal care cannot really be compared since the conditions under which care is provided are very different. Intrapartum care deals with an acute and potentially life-threatening situation where evaluations may be overshadowed by the halo effect. The nature of postpartum care is more diffuse, the emotional situation of the new mother is different and memory of exhaustion and the new demands of motherhood may influence overall care evaluation [55]. Nevertheless, both intra- and postpartum care should be woman-centered and caregivers should aim at facilitating the best possible care experience.

Table 3: Predictors of postpartum care experience (reference category: negative care experience)

	OR ^a	99% CI ^b	Sig.
Trust in midwives/nurses			
Yes			
No	4.49	3.05-6.59	<0.001
Midwives/nurses always there when needed			
Yes			
No	3.13	1.86-5.26	<0.001
Practical help with breast/bottle feeding			
Yes			
No	2.88	2.04-4.05	<0.001
Understandable answers to important questions			
Yes			
No	2.50	1.76-3.56	<0.001
Adequate postnatal pain relief			
Yes			
No	2.20	1.62-2.98	<0.001
Enough information on breast/bottle feeding			
Yes			
No	1.48	0.97-2.27	0.02
Consistent advice on breast/bottle feeding			
Yes			
No	0.92	0.57-1.48	0.64
Enough information on baby care			
Yes			
No	1.32	0.85-2.03	0.1
Understandable information of test results (child)			
Yes			
No	1.22	0.89-1.67	0.11
Enough information on uptake of daily activities			
Yes			
No	1.20	0.73-1.97	0.34
Enough information on warning signs to look out for (mother and child)			
Yes			
No	1.17	0.70-1.95	0.44
Enough information on blood tests, check-ups and vaccination			
Yes			
No	0.89	0.62-1.26	0.38
Enough time spent with child			
Yes			
No	1.20	0.82-1.77	0.22
Antenatal decision to breastfeed			
Yes			
No	1.34	0.87-2.07	0.08
Age			
18-30 years			
30-35 years	0.93	0.67-1.28	0.56
> 35 years	0.98	0.65-1.50	0.92
Parity			
Primipara			
Multipara	0.95	0.68-1.33	0.68
Self-reported health			
Good			
Compromised	1.18	0.88-1.59	0.14
Mode of birth			
Vaginal birth			
Planned cesarean	1.24	0.82-1.88	0.18
Unplanned cesarean	1.20	0.84-1.72	0.18
Hospital size			
Up to 600 births/year			
601-1000 births/year	0.85	0.45-1.63	0.52
1001-2000 births/year	1.62	0.88-3.00	0.04
> 2000 births/year	1.59	0.83-3.07	0.07

italics : reference category

^a Adjusted odds ratio (adjusted for age, parity, self-reported health, mode of birth, hospital size, intended feeding method, trust in maternity ward staff, availability of maternity ward staff, time spent with newborn, practical help with breast/bottle feeding, understandable answers to important questions, postnatal pain relief, information on breast/bottle feeding, baby care, uptake of daily activities, blood-tests/check-ups/vaccination, consistent advice on breast/bottle feeding, understandable information on test results, on warning signs to look out for in mother/child)

^b confidence intervall

Predictors of intrapartum care experience

The results of this study show that a trusting relationship between woman and midwife is instrumental in facilitating a positive intrapartum care experience. This is in line with the existing evidence [23], [24]. With regard to the current discussion on one-to-one support during labour, it is interesting to note that continuous care by one midwife seems to be less important than one midwife being always available when needed. Similar results were reported by Knape et al. in their study on the association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth. They did not find a correlation between a specific number of midwives providing intrapartum care for one woman and mode of birth. However, the number of support measures provided by one midwife during birth and women's satisfaction with the availability of the midwife were associated with mode birth [25]. This result also suggests that it is not so much the one-to-one care per se that is decisive for a positive care experience but rather the availability of the right person over the right time at the right place.

A sense of control is also an important contributing factor to a positive care experience. This can be achieved for example by adequately informing women about the childbirth process and/or planned interventions and by involving her in decisions about her care [16], [51]. With regard to the latter it is less important that women are actually taking the decisions but rather the way professionals communicate with her [6]. The results of this study show that a lack of involvement is associated with a 3.5-fold increase in risk for a negative care experience.

Labour pain had long been considered as one of the main factors influencing the birth and care experience [54]. Meanwhile studies have shown that although labour pain is an undeniable fact of childbirth and may cloud the experience, intense pain does not preclude an overall positive experience [6], [38], [51], [52]. The findings of this study also suggest that adequate pain relief is associated with intrapartum care experience, however, the effect is not as distinct as that of a successful interaction with the midwife.

Predictors of postpartum care experience in the maternity ward

Postnatal care encompasses more than routine observations and examinations to monitor physical recovery from birth. It involves emotional support as well as respectful, patient, understanding and sensitive treatment. It also involves facilitating the attachment between the mother and her newborn child and supporting the mother in adapting to the new situation. Therefore, it seems plausible that the postpartum care experience is also predominantly associated with trust in the nurses/midwives and their availability when needed. The existing literature also indicates that lack of emotional support and lack of under-

standing and sensitive care are among the strongest predictors for dissatisfaction with postnatal care [4], [8], [34], [55].

Practical support with feeding the newborn is the third most important predictor for a positive experience with care in the maternity ward. This is also in line with the existing evidence which indicates that new mothers not only need consistent information and counselling but also practical help with infant feeding, particularly breastfeeding [8], [55], not least because new mothers nowadays often lack role models for successful breastfeeding.

The results of this study show that receiving understandable answers to important questions is a predictor for the quality of the care experience, but whether women received information on the various specific postnatal topics is not. This may suggest that individually tailored information and advice may be more important than a comprehensive overview over the many issues coming up during the first weeks after birth. Given the fact that the length of postnatal hospital stay has declined considerably in the last decades it seems more important to ensure adequate care and support through home visits in the first days and weeks after birth as well as an effective transition from hospital to home.

Finally, the present study indicates that postpartum pain relief is an issue relevant to women's postnatal care experience. Whereas there is a large body of literature on intrapartum pain relief, the evidence on postpartum pain relief is scarce. In two small qualitative studies on women's experiences in the early postnatal period participants also reported that they felt that ward staff did not pay enough attention to their postpartum pain [22], [35]. A prospective, longitudinal multicentre study on pain after childbirth shows that nearly all women reported some kind of pain in the first 36 hours after birth, acute pain was reported by 11%. Severity of postpartum pain was an independent predictor for persisting pain eight weeks after childbirth and postpartum depression [21].

Limitations

The results of this study are based on a secondary data analysis, meaning that the data analysed for this study were not collected to address the research question and possible relevant third variables may therefore not have been available for analysis. This has to be considered when interpreting the results. The data collection method (post-discharge, postal survey with two reminders) resulted in good response rates. However, in postal surveys on maternity care younger women, those with lower educational level as well as those with limited knowledge of the target language are typically underrepresented in this design. This needs to be taken into account when generalizing the sample results to a broader population [7], [12]. Finally, the cross-sectional design means that no causal relationships can be detected. The identified correlations and predictors need to be interpreted in light of the clinical context and the available evidence.

Conclusion

The results of the present study show that the majority of new mothers report a positive overall intra- and postpartum care experience. However, the interpretation of these very positive overall ratings needs to take into account the evidence on ceiling effects that are very common when asking patients for global ratings of their care experience.

The main predictors of a positive intrapartum care experience in the labour ward as well as a positive postpartum care experience in the maternity ward are a trustful relationship with the midwives and nurses and their availability when the woman needs them. Trust and individually tailored availability are therefore key components of care quality from the women's perspective. In the last two decades, significant resources were devoted to modernizing labour and maternity ward facilities. Midwives, nurses and other health care professionals, on the other hand, have to perform and fulfil increasingly more tasks and duties with similar or even decreasing staffing levels. Against this backdrop, the results of this study clearly indicate the need to rethink maternity care in hospitals.

The results of the present study are not surprising, they are in line with a large international body of evidence. Rather, it is worrying that recent studies still indicate urgent need for action in this area [43], [45]. More than 15 years ago, evidence has already accumulated to a tipping point that Beverly Chalmers asked how much more do we need to implement humane and sensitive care that are respectful of women's preferences and use only those interventions that are really needed and have proven to be effective [13]. Further research should therefore focus on what needs to be done to introduce the already existing evidence effectively into practice so that women and their children can finally benefit from the already existing knowledge rather than inventing the wheel again and again.

Notes

Competing interests

The author states that there is no conflict of interest. At the time of writing the author was employed by the institute that owns the data (Picker Institut Deutschland gGmbH).

References

1. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. 2010;40(11):1849-59. DOI: 10.1017/S0033291709992224
2. Aust B. Zufriedene Patienten? eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin fuer Sozialforschung; 1994.
3. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einfuehrung. 10 Aufl. Berlin: Springer Verlag; 2003.
4. Beake S, Rose V, Bick D, Weavers A, Wray J. A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:70. DOI: 10.1186/1471-2393-10-70
5. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112-23. DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.014
6. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women. *Birth*. 1994;21:4-13.
7. Brown S, Lumley J. The 1993 Survey of Recent Mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy. *Int J Qual Health Care*. 1997;9(4):265-275.
8. Brown SJ, Davey MA, Bruinsma FJ. Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*. 2005;21:109-26.
9. Bruinsma F, Brown S, Darcy MA. Having a baby in Victoria 1989-2000: women's views of public and private models of care. *Aust N Z J Public Health*. 2003;27(1):20-6. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2003.tb00375.x
10. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Westson D, Erens R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. *BMJ*. 1994;309:1542-49.
11. Carey RG. How to choose a Patient Survey System. *Joint Comm J Qual Improv*. 1999;25:20-5.
12. Cartwright A. Who responds to postal questionnaires? *J Epidemiol Community Health*. 1986;40(3):267-73.
13. Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it? *Birth*. 2002;29(2):79-82.
14. Cleary PD, Fahs MC, McMullen W, Fulop G, Strain J, Sacks HS, et al. Using patient reports to assess hospital treatment of persons with AIDS: a pilot study. *AIDS Care*. 1992;4(3):325-32. DOI: 10.1080/09540129208253102
15. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32):1-244.
16. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience - the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013;29(4):407-15. DOI: 10.1016/j.midw.2012.09.006
17. Delnoij DM. Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *Eur J Public Health*. 2009;19(4):354-56. DOI: 10.1093/eurpub/ckp105
18. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;28(2):CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3

19. Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Ann Rev Sociol.* 1991;17:225-49. DOI: 10.1146/annurev.so.17.080191.001301
20. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open.* 2013;3(1):e001570. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570
21. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain.* 2008;140(1):87-94. DOI: 10.1016/j.pain.2008.07.011
22. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:27. DOI: 10.1186/1471-2393-8-27
23. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5 Suppl Nature):S160-S172.
24. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:251. DOI: 10.1186/s12884-015-0683-0
25. Knape N, Mayer H, Schnepf W, zu Sayn-Wittgenstein F. The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:300. DOI: 10.1186/1471-2393-14-300
26. Kohlmann T. Mindestanforderungen an Untersuchungs-Designs und Methoden. In: Ruprecht T, Hrsg. Expertenfragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. St. Augustin: Asgard-Verlag; 1998. S.57-68.
27. Lundgren I, Karlsdottir S, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context: a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2009;4:115-28. DOI: 10.1080/17482620802423414
28. Mahlzahn J, Wehner C. Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Hrsg. Krankenhausreport 2013. Berlin: Schattauer Verlag; 2013.
29. Mollison J, Porter M, Campbell D, Bhattacharya S. Primary mode of delivery and subsequent pregnancy. *BJOG.* 2005;112(8):1061-5. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00651.x
30. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth.* 2012;25(3):114-21.
31. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth.* 2008;35(2):121-8. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x
32. Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord.* 1998;49(3):167-180.
33. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Inf Psychol.* 2003;21(21):113-23. DOI: 10.1080/0264683031000124073
34. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs.* 2007;59(5):474-87. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x
35. Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:178. DOI:10.1186/1472-6963-7-178
36. Ruprecht TM. Patientenbefragungen. In: Kassenaerztliche Bundesvereinigung, Hrsg. Handbuch fuer Netzberater. Koeln: Kassenaerztliche Bundesvereinigung; 2001. S.91-110.
37. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth.* 2015;42(1):48-55. DOI: 10.1111/birt.12147
38. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res.* 1992;36(4):317-27. DOI: 10.1016/0022-3999(92)90068-D
39. Schafers R. Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschaetzung von Frauen. *Z Hebammenwiss.* 2015;2:Doc02. DOI: 10.3205/zhwi000005
40. Seguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth.* 1989;16(3):109-13.
41. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth.* 1991;18(4):203-10.
42. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Ann Rev Public Health.* 2005;26:513-59. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958
43. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreissaeulen - Implikationen fuer die Qualitaet und Sicherheit der Versorgung. *ZEFG.* 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005
44. Stahl K. Revalidierung eines Fragebogens zur Zufriedenheit von Wochnerinnen mit der geburtshilflichen Klinik. *Psychother Psych Med.* 2010;60:358-67.
45. Stahl K, Nadj-Kittler M. Hohe Fallzahl - gute Geburt? Picker Report 2017. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2017.
46. Stahl K, Nadj-Kittler M. Neue Perspektiven: Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern die Qualitaet und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. Picker Report 2014. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2014.
47. Stahl K, Nadj-Kittler M. Vertrauen braucht gute Verstaendigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. Picker Report 2016. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH.
48. Sullivan DA, Beeman R. Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice. *Med Care.* 1982;20(3):321-30.
49. Trojan A. Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen. In: Ruprecht T, Hrsg. Expertenfragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. St. Augustin: Asgard-Verlag; 1998. S.15-30.
50. van Teijlingen E, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth.* 2003;30:75-82.
51. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res.* 1999;47(5):471-82.
52. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth.* 1996;23(3):144-53.
53. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27.

54. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. Acta Obstet Gynecol Scand. 1994;73(7):547-54.
55. Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(5):551-60. DOI: 10.1080/00016340500345378
56. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H, et al. The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. Arch Womens Ment Health. 2010;13(6):505-13. DOI: 10.1007/s00737-010-0169-z
57. Yeo JH, Chun N. Influence of childbirth experience and postpartum depression on quality of life in women after birth. J. Korean Acad Nurs. 2013;43(1):11-9. DOI: 10.4040/jkan.2013.43.1.11

Corresponding author:

Dr. Katja Stahl
OptiMedis AG, Burchardtstr. 17, 20095 Hamburg,
Germany
k.stahl@optimedis.de

Please cite as

Stahl K. Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen. GMS Z Hebammenwiss. 2019;6:Doc01.
DOI: 10.3205/zhwi000012, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000124

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zhwi/2019-6/zhwi000012.shtml>

Received: 2018-01-31

Accepted: 2018-06-07

Published: 2019-05-17

Copyright

©2019 Stahl. 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/>.