

In: Assessmentinstrumente in der Pflege, Möglichkeiten und Grenzen

Hrsg S.Bartholomeyczik, M.Halek, Schlütersche Verlagsgesellschaft 2004, S. 115-129

Wohlbefinden und Methode: Dementia Care Mapping

Zur Analytik zentraler Begriffe

Christian Müller-Hergl 25.05.2003/05.12.2003

1. Einführung

Dementia Care Mapping ist ein an der Universität Bradford von Tom Kitwood und Kathleen Bredin entwickeltes Verfahren zur Evaluation der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Der Sozialpsychologe Tom Kitwood beschäftigte sich mit dem Themenfeld der Demenz und gründete die Bradford Dementia Group an der Universität Bradford, deren zentrales Anliegen die Entwicklung eines personenzentrierten Umgangs für Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Arbeitsfeldern ist. Aufbauend auf einem personen-zentrierten Verständnis von Demenz nehmen geschulte DCM-Beobachter am Leben von Menschen mit Demenz teil und versuchen, einen Tag lang "in ihren Schuhen" zu gehen und ihr Handeln und Befinden in der Einrichtung zu beschreiben. Diese Beschreibungen geschehen in stark vorstrukturierter Form (Kodierungen). Sie werden zu Daten und Profilen aufgearbeitet und in zentralen, qualitativen Aussagen verdichtet. Anschließend gibt der "Mapper" dem Team eine Rückmeldung über seine Beobachtungen und entwickelt mit dem Team einen Handlungsplan, der beim nächsten Mappen überprüft werden kann. Im Jahr 1992 begann die Bradford Dementia Group, die ersten DCM-Kurse abzuhalten. DCM hat sich seit dem fortlaufend weiterentwickelt, die achte überarbeitete Fassung des Instrumentes wird zur Zeit erarbeitet. DCM wurde 1997 in Deutschland eingeführt. Seit dieser Zeit wurden an die 1000 Personen in dem Verfahren ausgebildet.

Da die eher technischen Details des Verfahrens bereits an anderer Stelle beschrieben wurden (Müller-Hergl 1998, 2000a), soll hier einer anderen Fragestellung nachgegangen werden: Wie lässt sich das, was DCM einschätzen will, genauer beschreiben? Was versteht Kitwood unter Wohlbefinden? Warum ist Wohlbefinden ein wichtiges Ergebniskriterium? Wie lässt sich Kitwoods Vorstellung vom Wohlbefinden in Beziehung setzen zur „quality of care- quality of life“ – Debatte in der Qualitätsdiskussion in der Pflege von Menschen mit Demenz?

2. Wohlbefinden und Quality of Life

Kitwood geht, ähnlich wie Lawton (2001), davon aus, dass Ergebniskriterien streng von Prozeß – und Strukturkriterien zu trennen sind. Ein gutes Milieu, ausgezeichnet ausgebildete MitarbeiterInnen, präzise beschriebene Prozesse sind zwar in der Regel wichtige, mitunter notwendige, nicht aber hinreichende Bedingungen für Pflege- und Betreuungsqualität. „Wohlergehen“, nicht kognitive Fähigkeiten, Gesundheitsstatus, Mortalität, Abnahme von „Problemverhalten“ bildet das entscheidende „ultimate outcome measure“ (Lawton) und erfüllt am besten die gegenwärtigen psychosozialen Verständnismodelle zum Thema Demenz. Ein Qualitätsbegriff, der Dimensionen misst oder einschätzt, die nicht erkennbar zur „Lebensqualität“ beitragen, ist irrelevant und in den meisten Fällen auf die bürokratisch-technokratischen Kontrollinteressen gesetzlich vorgegebener Prüfungen zugeschnitten. (vgl. Perrin & May 2000, Brooker & Duce 2000, Brooker 1995, Innes & Surr 2001, Brod/Stewart et al., 1999). Nach Lawton (2001) bedeutet Lebensqualität für Menschen mit Demenz zusammenfassend:

„the aggregate of positive and negative subjective states summed over time and for all residents, plus the personal, social, and environmental features associated with residents‘ subjective states“

Drei Tendenzen in der Diskussion um Qualität in der Pflege von Menschen mit Demenz sind beobachtbar:

- Abkehr von externen, klinischen und funktionalen Kriterien für Qualität, d.h. . es geht nicht mehr darum, funktional bestimmte Ziele zu erreichen, Symptome zum Verschwinden zu bringen, die Kontrolle über Körper, Gefühlsausdruck und Verhalten aufrecht zu erhalten und einen im vorhinein bestimmten Gesundheitsstatus anzustreben (Brod/Stewart et al. 2000)
- „Quality of Health“- und „Quality of Life“- Fragen durchdringen einander, d. h. . psychologische Fragen des Wohlbefindens sind nicht unabhängig von Fragen der gesundheitlichen Verfassung und umgekehrt (Zimmermann/Bowers 2000) – Gesundheitsfragen sind nicht unabhängig von den damit verbundenen Gefühlen und

Bewertungen zu betrachten; es gibt demnach keine strikte Trennung mehr zwischen eher subjektiven und objektiven Qualitätsaspekten

- Dennoch: Subjektive Bewertungen sind entscheidend, nicht objektive Zustände, d. h. nicht der Zustand an sich, sondern wie der/die KlientIn den Zustand sieht, bewertet, einschätzt ist ausschlaggebend (Lawton 2001 , Brod/Steward et al. 2000).

Die Beschreibung der Inhalte von Lebensqualität oder Wohlbefinden weist eine grosse Übereinstimmung auf:

- Identität, gelebte Erfahrung, personale Bedeutung (Werte), Biographie, Sicherheit, Soziale Beziehungen, Personsein (Rubinstein 2000)
- Aesthetik: sich an schönen Dingen, der Natur, Tieren, Kindern erfreuen; Positiver Affekt: lachen, glücklich, zufrieden, hoffnungsvoll sein; Negativer Affekt: sorgen, frustriert sein, traurig, allein, sich ärgern, nervös-irritiert sein; Selbstachtung: mit sich zufrieden sein, eine Rolle spielen, Entscheidungen machen; Zugehörigkeit: sich geliebt und wertgeschätzt fühlen, nützlich sein (Brod/Stewart et al. 1999, 2000)
- Autonomie, Privatheit, Würde, soziale Interaktion, sinnvolle Tätigkeit, Individualität, Vergnügen, Sicherheit, Spirituelles Wohlbefinden, Strukturklarheit, Funktionale Kompetenz (Lawton 2001)
- Wertschätzung und Akzeptanz, Handlungsmöglichkeiten, soziale Zuversicht, Hoffnung und Urvertrauen (Kitwood/Bredin 1992).

Es kann demnach gefolgert werden, dass Kitwoods Verständnis von Wohlbefinden eng mit dem mainstream der Forschung über Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbunden ist. Pflegequalität verbessern heisst Lebensqualität zu verbessern . Es geht weniger um „health care“ sondern um „living one’s life“ (Rubinstein 2000). Gesucht werden demnach erkundende, ressourcenorientierte, suchende, subjektorientierte Verfahren: nicht, wo ist die Kommunikation gestört, sondern was drückt der Klient aus und wie bekomme ich Kontakt dazu? Und was kann ich dabei über die Auffassungen der Klienten bezüglich der Lebensqualität erfragen und erkunden? (Allen 2001)

3. Was beschreibt DCM?

DCM soll dazu dienen, den personen-zentrierten Ansatz in der Praxis der Pflege und Betreuung durch Beobachtung und Rückmeldung zu verankern. Zu diesem Zweck versucht ein geschulter Beobachter „in die Schuhe“ der beobachteten Personen zu schlüpfen und deren Leben aus ihrer Perspektive zu beschreiben. Nicht Selbstaussagen, sondern Fremdbeobachtungen werden verwendet, um das Konstrukt „Leben von Menschen mit Demenz“ zu entwickeln. Diese Fremdbeobachtungen geschehen in stark vorstrukturierter, regel- und wertorientierter Form, die wiederum auf einer komplexen Theorie über die Sozialpsychologie der Demenz und die Möglichkeiten personenzentrierter Arbeit mit Menschen mit Demenz beruht. In den jeweiligen 5-minütigen Zeitabschnitten wird festgehalten, was hauptsächlich geschehen ist oder besonders bedeutsam war und wie es der beobachteten Person im Durchschnitt erging oder wie der Spitzenwert ausfiel: Ereignis- und Befindlichkeitszusammenfassungen bzw. –bewertungen.

Daraus folgt, dass z.B. Inaktivität und sozialer Rückzug unter Umständen weniger prominent sichtbar werden kann, da die Ereigniszusammenfassungen jede noch so kleine soziale Interaktion oder Aktivität vorrangig bewerten. Da für einen 5-Minuten Zeitabschnitt immer nur eine Verhaltenskategorie und ein Wib-Wert (Wohlbefindlichkeitswert auf einer 6 stufigen Ordinalskala) verzeichnet werden kann, impliziert die Auswahl immer auch einen Datenverlust oder umgekehrt, die Verdeutlichung eines bestimmten Aspektes einer Situation. Gleichfalls kann eine Person verbal ihr positives Wohlbefinden bekunden, obwohl der Beobachter dies angesichts des sich ergebenden Tagesprofils nicht bestätigen kann. Wenn DCM Tätigkeiten/Aktivitäten und Wohlbefinden beschreibt, so ist diese Beschreibung nicht unbedingt mit dem identisch, was die Person selbst beschreiben würde. (vgl. Brooker 2001a) Damit entsteht die Frage, was Empathie (in die Schuhe schlüpfen) bedeutet und in welchem Sinne es eine genuine Konkurrenz zwischen Selbst- und Fremdbeschreibungen zum Befinden und zu Tätigkeiten einer Person geben kann. Kann ein Beobachter auf die Richtigkeit seiner Körperintuitionen vertrauen (=Empathie, Körner 1998) und damit Selbstbekundungen, wenn auch nicht falsifizieren, so doch begründet in Zweifel ziehen? - Zur Logik: Da Wissen nur dort bestehen kann, wo Zweifel und Irrtum möglich sind, können nur andere wissen, wie es mir geht. Ich selbst kann es im eigenen Fall nur „bekennen“, gewiß nachspüren, nicht aber „herausfinden“, obgleich ich in meinem Bekenntnis gelegentlich durch Rückmeldungen anderer irritiert werden kann (Wittgenstein 1958). Eben dies zeigt die interaktive und kommunikative Natur des Konzepts „Wohlbefinden“: Ich lerne mich selbst „kennen“, indem ich von anderen weiß und mich durch ihre Rückmeldungen irritieren lasse („reflexive Triade“, Kitwood 1997). Daher ist trotz der epistemologisch oder grammatisch „privilegierten

Position“ der bekundenden Person eine konkurrierende Auffassung über ihr Befinden möglich, weil die zweite Form der Beschreibung auf einer anderen sprachlogischen Ebene angesiedelt ist.

Die große Schwierigkeit und Herausforderung besteht darin, die Gefühle, Stimmungen und Handlungsweisen von Menschen zu verstehen, die sich dazu nicht verlässlich äußern können; besonders auch dann, wenn biographische Daten kaum vorhanden sind oder wenig darüber aussagen, wie die Person vor Eintreten der kognitiven Behinderung ihr Leben betrachtete, Gefühle und Werte zum Ausdruck brachte und wie die Persönlichkeit akzentuiert war. Die Schwierigkeiten nehmen zu mit schwerer Demenz durch die Entkopplung von Handlung und Bedeutung sowie von Affekt und konventionellen Äußerungsmodus (Müller-Hergl 2002).

Es entsteht somit die Notwendigkeit, durch Beobachten Wohlbefinden, Affekte, Vorlieben und Abneigungen zu „übersetzen“ oder zu „rekonstruieren“ anhand des von Behinderung und Institutionalisierung bereits überformten Ausdrucks, der Körpersprache, der Interaktionsweisen sowie der Tätigkeiten und Aktivitäten. Es handelt sich demnach um nachempfundenen, eingefühltes Wohlempfinden einer Person mit Demenz durch einen beobachtenden Dritten.

Dennoch: In der Regel haben wir als soziale Wesen eine relativ sichere und zutreffende, freilich nicht unfehlbare Intuition für das Wohlergehen anderer. Empathie und Intuition beruhen auf Affektansteckung und damit auf „motor mimicry“, also dem Hineinfühlen in die eigene motorische Nachahmung des wahrgenommenen Gegenübers (Körner 1998) und sind in diesem Sinne grundlegend biologisch verankert. Ein Mensch mit Demenz kann zudem ab einem bestimmten Schweregrad nicht mehr versuchen, anders zu erscheinen, als es ihm/ihr geht.

Zusammenfassend: DCM erhebt Fremdbeschreibungen des Wohlergehens und der Tätigkeiten von Personen mit Demenz auf einem komplexen theoriegeleiteten Hintergrund. Dabei wird angenommen

- Menschliche Aktivitäten und Befinden sind in der Regel von geschulten Beobachtern zuverlässig beschreibbar,
- Motor mimicry, Affektansteckung, körpersprachlich basierte Intuition = Empathie bildet die epistemologische Grundlage der Beschreibung,
- Fremdbeobachtungen können in genuiner Konkurrenz zu Selbstaussagen stehen,

- „In die Schuhe schlüpfen“ ist unter den Bedingungen einer begründbaren, die Beobachtung strukturierenden Theorie und deren Operationalisierung ein legitimes „Konstrukt“ zur Beschreibung von Tätigkeiten und Wohlbefinden (= engagement) einer anderen Person.

4. Intensionale Beschreibungen

Auf dem Hintergrund einer „ethologischen Sozialpsychologie“ (Harre 1983) verstehen Kitwood(1997), Sabat/Harre(1994), Jennings (2000) und andere aus dem Umfeld personenzentrierten Arbeitens alles menschliche Verhalten, auch das von Menschen mit Demenz, als „intensional“ im Sinne Rudolf Carnaps(1988): Sie sind „semantisch Handelnde“, drücken etwas aus mit dem, was sie tun und sagen, definieren Situationen, kommunizieren Absichten und Wünsche, auch dann, wenn dies auf einer abgeflachten, weniger differenzierten und mehr non-verbale Ebene geschieht als bei Menschen ohne Demenz. Trotz der Veränderungen in Folge der Demenz (Verflachung, Vergrößerung, Zuspitzung der Persönlichkeit) bleibt die Person erhalten, die Gedanken und Gefühle, die Vorlieben und die individuellen Bedürfnisse. Die bisherigen Lebensstile und Persönlichkeit prägen weit in schwere Ausprägungen der Demenz hinein das Erleben und den Umgang der Person mit Demenz (Sabat 2003).

Aus dieser Annahme folgt, dass eine Beschreibung menschlichen Verhaltens, die diese intensionalen Aspekte ausblendet, ihren Gegenstand verfehlt (biologistisch-ethologische Beschreibungen des Verhaltens von Menschen mit Demenz, z.B. in der Demenz wird der Mensch wieder ein Läufer, ein Sucher und Finder oder : alle Menschen mit Demenz gehen durch Phasen repetitiver Selbststimulation etc.). Reduktionistische Beschreibungen dieser Art beschreiben allgemeine Antecedenzbedingungen möglichen Verstehens (wir alle werden unter bestimmten Bedingungen „Läufer“; vergleichbar mit Verstehen im Sinne medizinischer Diagnosen). Ein derartiges allgemeines, deduktives Verständnis beschreibt nicht, was das Tun für die betroffene Person bedeutet und was sie damit spezifisch auszudrücken versucht. Reduktionistische Beschreibungen führen nicht zu einem individuellen Fallverstehen, das Beziehung und Kontakt und damit pflegerische, therapeutische und betreuende Arbeit erst ermöglicht. Es geht um Hintergrundinformationen, die Verstehen im hermeneutischen Sinn

bereichern aber nicht ersetzen kann. Ein Verstehen, das diesen Aspekt ausblendet, führt zur Etikettierung und Stigmatisierung (Foucault 1973).

Diesen Punkt logisch gewendet bedeutet nach Quine (1960): Unser alltägliches Reden über alltägliche Gegenstände und Personen bildet die begriffliche Grundlage zum Verstehen aller reduktionistischen Sprachspiele. Dies heisst im vorliegenden Falle: nicht-intensionale Verhaltensbeschreibungen von Personen sind nicht empirischer, fundierter oder wissenschaftlicher als intensionale, sondern sind nur auf dem Hintergrund intensionaler Beschreibungen als „verarmter Sprachmodus“ verständlich im Kontext spezifischer Fragestellungen und Zwecke, z.B. um Körpersprache von Menschen und Tieren vergleichbar zu machen oder um Tätigkeiten von Menschen mit Demenz mit früheren Entwicklungsstadien des Menschen zu analogisieren.

Menschen können als Person nur in intensionalen Sprachspielen beschrieben werden. Daraus folgt, dass Menschen mit Demenz in DCM als moralisch handelnde Subjekte beschrieben werden, die nach besten Kräften versuchen, ihrem Leben im Heim einen Sinn abzurufen und nicht nur ihre Krankheit erleiden und ausagieren und angeblich im Verlauf der Erkrankung Person und Persönlichkeit verlieren (das Unwort von der „uniformen Alzheimerpersönlichkeit“). Sie werden beschrieben als Arbeitende, Pflegende, Menschen, die sich um andere kümmern, sich ärgern aus nachvollziehbaren Gründen, Objekte mit Interesse erkunden, zusammen mit anderen speisen, an ihrem Leben verzweifeln, sich selbststimulierend trösten, sich gegenseitig das Leben furchtbar schwer machen. Demenz allein ist kein Grund, an Menschen und der Welt weniger interessiert zu sein und beiden weder Sinn noch Bedeutung zu geben (und sich statt dessen angeblich zufrieden in „innere Welten“ zurückzuziehen – vgl. zusammenfassend Brooker/Duce 2000). Im Gegenteil: Es besteht eher Anlass zu der Vermutung, dass gelingende Bezüge zur Welt und zu Menschen und damit auch zu Tätigkeiten und Aktivitäten Voraussetzung für gelingende Reminiszenz und dem gelegentlichen „Verschwinden“ in die „vollen Scheunen der Erinnerung“ bilden. (Frankl, 1984)

Trotz der beschriebenen Gefahr der Entkoppelung von Handlung und konventioneller Bedeutung, von Affekt und konventionellem Äußerungsmodus in der schweren Demenz (vgl. Perrin 1997: der Kollaps der „behavior composites“) und der damit einhergehenden Vermutung, dass sich intensionale Beschreibungsmodi und Sprachspiele zunehmend auf dünnem Eis bewegen, ist das Bemühen, Menschen mit Demenz oder anderen Behinderungen intensional zu beschreiben, vergleichbar mit dem Bemühen, in den Handlungen eines Kleinkindes Sinn und Bedeutung zu sehen.

5. Tätigkeiten/Aktivitäten und Befinden

Tätigkeiten werden anhand von 24 Kodierungen beschrieben um positive und negative Rückmeldung über bestimmte Tätigkeiten und Tätigkeitsmuster zu geben, um die Bandbreite von Gelegenheiten für unterschiedliche Tätigkeiten zu erhöhen, um Mitarbeitern bewusst zu machen, was Menschen mit Demenz trotz ihrer Behinderung noch tun können, um verschiedene Lebensstile von Einzelnen und Gruppen herauszuarbeiten . Wichtig dabei ist die Unterscheidung von Tätigkeitsformen, die das Potential haben, Personsein zu nähren und zu erhalten, und Tätigkeiten und Zustände, die dieses Potential nicht aufweisen. Die Tätigkeitskategorien sind bewusst nicht trennscharf, überlappen einander und lassen dem Beobachter einen begrenzten Spielraum der Wahl. Zur Zeit werden Umfang und Gestalt der 24 Kategorien bearbeitet.

Die mit den Tätigkeitskategorien einhergehenden Wohlbefindlichkeitswerte haben den Zweck, zukünftig für die beobachtete Person mit Demenz negative Tätigkeiten und Zustände zu meiden sowie positive Zustände und Aktivitäten zu mehren. Die Indikatoren für die 6-stufige Skala des Wohlbefindens/ Unwohlseins nehmen für sich in Anspruch, eng am Beobachtbaren zu bleiben und relativ unabhängig von kognitiven Fähigkeiten zu sein. Sie lauten:

- Sein Verlangen und Wünsche mit Nachdruck behaupten
- Die Fähigkeit eine Bandbreite von Gefühlen zu erfahren und auszudrücken
- Sozialkontakte zu initiieren
- Affektive Wärme und Nähe
- Soziale Empfindungsfähigkeit
- Selbstrespekt
- Die Akzeptanz anderer Menschen mit Demenz
- Humor
- Kreativität und Selbstaussdruck
- Offensichtliches Vergnügen zeigen
- Sich hilfsbereit erweisen
- Sich entspannen oder zur Entspannung anderer beitragen

Kitwood nimmt an, dass das Vorliegen dieser Indikatoren nicht nur Wohlbefinden anzeigt, sondern auch das Personsein unterstützt und nährt. Unbeachtete Trauer und Kummer,

nachhaltiger Ärger, Angst, Langeweile, Apathie und Rückzug, Verzweiflung, physisches Unbehagen und Schmerzen dagegen untergraben Wohlbefinden und Personsein.

Im Rückgriff auf Winnicott (Kitwood 1990, Kitwood/Bredin1992) postuliert Kitwood zunächst zwei, dann vier globale Kategorien des Wohlbefindens oder Wahrnehmungsmodi, die für die Entwicklung und den Erhalt eines gesunden und widerstandsfähigen Selbst unabdingbar sind und die in den 12 Indikatoren zum Ausdruck kommen bzw. durch diese konkretisiert werden:

1. Die Wahrnehmung personaler Wärme und persönlicher Wertschätzung in einer Umgebung von Annahme, Liebe und anteilnehmender Sorge, in der sich die Person trotz kognitiver, verhaltensbezogener und ADL/IADL bezogener Einschränkungen sicher und angenommen fühlen kann. Trotz kognitiver Einschränkungen spürt die Person auf einer Körper- oder non-verbalen Ebene die Unterstützung ihres Personseins.
2. Die Wahrnehmung von Handlung – und Einwirkungsmöglichkeiten, die Möglichkeit Kontrolle, wenn auch in begrenztem Masse, über wichtige Aspekte des Lebens ausüben und verbleibende Vitalität ausdrücken zu können. Menschen versuchen, an interaktiven Rollen, durch die sich ihr Selbst stabilisiert und nachgenährt wird, aufrechtzuerhalten; diese Rollen sind mit Tätigkeiten und Aktivitäten intern verbunden, die im Rahmen der Institutionalisierung zumeist aufgegeben werden müssen. Ärger, Verzweiflung, Trauer über den Kollaps von Rollen und Tätigkeiten spielen nach Kitwood eine zentrale Rolle bei der Entstehung von „herausforderndem Verhalten“. Gelingt es, wichtige Rollen und Tätigkeitsfelder, wenn auch nur symbolisch, zu erhalten, trägt dies wesentlich zum Wohlbefinden bei.
3. Die Wahrnehmung sozialer Zuversicht beinhaltet, ohne Mühe und Anstrengung mit anderen zusammen zu sein und auf sie zugehen zu können und ihnen etwas anbieten zu können. Die Kontaktversuche von Menschen mit Demenz werden entweder leicht übersehen oder aber etikettiert und symptomatisiert als Auffälligkeiten, aus Angst und Unverständnis abgewehrt, als Unterlegenheitsgesten wahrgenommen oder als unangemessene „Bemächtigungen“ zurückgewiesen. Hier hat die „maligne Sozialpsychologie“ ihren Sitz im Leben. Jeder, der nichtsdestoweniger erfährt, dass er in der sozialen Welt eine Rolle spielt, Willkommen und Gemeinschaft erfährt, dem geht es relativ gut.
4. Die Wahrnehmung von Hoffnung oder Urvertrauen beinhaltet ein Gefühl von Sicherheit trotz innerer und äußerer Änderung der Person. Eine grundsätzliche

Befreiung vom Gefühl der Angst oder Geborgenheit kann spirituelle, auch religiöse Dimensionen haben und bedeutet weniger einen intentionalen Bezug auf Zukunft hin als Urvertrauen im Sinne Eriksons, dass alles gut werden wird.

6. Hedonisten und semantisch Handelnde

Kitwoods Ausführungen über Wohlbefinden enthalten alle Aspekte der Diskussion über „Quality of Life“ bei Menschen mit Demenz (vgl. Smyth et. al 2002):

- Positiver und negativer Affekt
- Sinn für das eigene Selbst
- soziale Interaktion .

Allerdings sind diese grundlegenden Überlegungen zu Tätigkeiten und Wohlbefinden (Indikatoren und Wahrnehmungsmodi) nicht entwickelt worden in der Absicht, handlungsleitende Operationalisierungen für DCM zur Verfügung zu stellen. Offensichtliches Vergnügen zu zeigen, kann als Indikator unmittelbar verwendet werden, Humor dagegen ist eine Haltung, die sich erst beim vertieften Kennenlernen und oft erst in der Reflexion über eine Person zeigt. Eine Bandbreite von Gefühlen zum Ausdruck zu bringen ließe sich nur im Nachhinein feststellen, nicht aber im Kodierungsprozess selbst. Der Ausdruck negativer Gefühle und Affekte würde nicht, wie in Lawtons AARS(Apparent Affect Rating Scale) (2000b), notwendigerweise mit negativen Wohlbefindlichkeitswerten abgebildet werden, wenn die Person auf ihre Trauer Resonanz erfährt, der Ärger validiert und die Angst gehalten wird. Unwohlsein steigert sich alle 30 Minuten durch die Verwendung der nächst niedrigeren WIB-Werte, ohne dass sich Affekt und Affektausdruck verändert haben müssen (Degenerationsregel). Wohlbefinden steigert sich nicht nur durch verstärkten Ausdruck positiver Affekte, sondern durch die Intensität, mit der eine Person an der Tätigkeit festhält und sie ununterbrochen weiterverfolgt. Diese Differenz zu den „Hedonisten“ in der Diskussion um Wohlbefinden (Jennings, 2000) drückt sich aus in der Bedeutung des „engagement“ für die Einschätzung von Wohlbefinden. (vgl. Kenny 1963 „Pleasure“).

Nach Kenny (1963) im Anschluss an Aristoteles und Thomas von Aquin ist Wohlbefinden keine Empfindung, denn daß etwas vergnüglich war, heißt nicht, dass das Ereignis von einer

bestimmten Empfindung und nur dieser begleitet wurde, denn es wird keine Empfindung identifiziert oder von anderen unterschieden durch die Qualifizierung, sie sei vergnüglich gewesen. Wohlbefinden stellt auch kein Verhaltensmuster dar, denn es gibt kein Verhaltensmuster, das charakteristisch für das Vergnügen per se ist und unabhängig von dem Verhalten identifiziert werden kann, das charakteristisch ist für das, woran man konkret Vergnügen hatte. Verhalten ist nicht identisch, sondern symptomatisch für Vergnügen. Fortfahren oder Wiederholen per se sind keine Verhaltensmuster (z. B wie Begrüßungsformen) und manches Wiederholen und Fortfahren ruiniert alles Vergnügen. Gleichfalls besteht Vergnügen nicht in einer Aktivität über diejenige Aktivität hinaus, an der man Vergnügen hat. Vergnügen ("es macht Spass") kann die Angabe eines Grundes sein, warum man etwas tut, oder die Abwehr dieser Frage als unangemessen oder unsinnig beinhalten. Als Grund für Handlungen ist Vergnügen demnach entweder bezogen auf Intentionalität (Gründe heischende warum-Fragen) oder aber bedeutet die ununterbrochene, ungestörte Fortsetzung einer Handlung oder die Vollendung einer Handlung auf ihr teleologischen Ende hin (Aristoteles). Vergnügen oder Wohlbefinden (dazu gehören auch Begriffe wie Zufriedenheit) ist demnach weder eine Empfindung (bzw. Affekt) noch ein Verhaltensmuster noch ein spezifisches Verhalten, sondern ein Grund für Handlungen oder die Perfektion dieser Handlungen (Grund und Perfektion sind grammatische Varianten von einander). Affekte, Gefühle, Verhalten, Verhaltensmuster sind indikativ für Vergnügen, nicht aber mit Vergnügen identisch.

Wohlbefinden oder Vergnügen ist demnach ein wertender, evaluativer Terminus und nicht selbst ein Gefühl: Sich lieben mag vergnüglich sein aber Vergnügen ist nicht sinnvoll vergnüglich zu nennen. Die Erfahrung von Wohlbefinden ist demnach nicht eine Evaluation der Gefühle aus der Perspektive der Person (Diener & Larsen 1993), vielmehr: Evaluationen sind keine Erfahrungen, denn, obwohl ich beim Evaluieren Erfahrungen machen kann, bestehen diese nicht in oder aus Erfahrungen, obwohl mich Erfahrungen zu Evaluationen motivieren können. Ich habe Erfahrungen und Gefühle, die ich bewerte als vergnüglich oder nicht; aber diese Bewertung besteht nicht aus einem Meta-Gefühl, das Gefühle zum Argument hat und mir sagt, welche Gefühle vergnüglich sind. Sich wohl fühlen ist nicht ein zusätzliches Gefühl zu dem Gefühl, das ich konkret äußere, wenn ich mich wohl fühle; Vergnügen oder Wohlbefinden qualifizieren Gefühle, sind aber keine Gefühle (siehe Kenny 1963), sondern drücken sich aus bzw. „zeigen sich“ im *modus* des Gefühlsausdrucks und in den *Gründen* und den *Begründungsweisen* von Handlungen.

Ohne Bezugnahme auf Kenny (1963) aber doch in dieser Denktradition unterscheidet Jennings (2000) eine hedonistische (affekttheoretische), teleologische (aristotelische) und präferenztheoretische Sicht von Lebensqualität und damit Wohlbefinden und kritisiert eine ausschliesslich affektbezogene Auffassung unter dem Aspekt, dass diese semantische Handlungskompetenz und moralisches Personsein ausblendet: Wohlbefinden und Lebensqualität beinhaltet das Bewahren, Erhalten, Nachnähren und Weiterentwickeln der Person, nicht nur das Herstellen glücklicher Empfindungen. Wohlbefinden umfasst damit immer die Fortsetzung lebensgeschichtlich gewachsener Rollen, das Fortfahren und Verbleiben in für sinnvoll gehaltenen Tätigkeiten und Aktivitäten, das Eingebettetsein in soziale Zusammenhänge mit adäquater, rollengerechter Resonanz durch andere. Ein hedonistischer Ansatz beim Wohlbefinden oder in der Quality of Life –Diskussion greift zu kurz.

7. Die Schnittstelle von der Theorie des Wohlbefindens und der DCM-Praxis

Die grundlegenden Annahmen zum Wohlbefinden fügen sich nicht bruchlos ein in das DCM-Instrument und die Mapping-Praxis.

Affekte im Sinne Lawtons (2000b) haben den epistemologischen Vorteil, eng mit körpersprachlichen und non-verbale Kriterien verbunden zu sein. Daher können sie schnell und zuverlässig erkannt werden. Sie bilden die Grundlage für die Befindlichkeitszusammenfassung in 5 Minuten Zeitabschnitten. Dennoch wäre es zu kurz gegriffen zu sagen, dass damit das „ontologische Thema“, worin Wohlbefinden besteht und was es für diese Person heisst, erledigt wäre, da hierbei das Wohlbefinden der Person isoliert würde von ihrem sozialen und umweltbezogenen Kontexten.

Nach Diener & Larsen (1993) weisen Menschen eine grosse Kohärenz in ihrem durchschnittlichen Wohlbefinden auf. Da intensive glückliche Momente eher selten sind, ist die Häufigkeit von länger anhaltenden, mittelgradig stark ausgeprägten positiven Affekten, zusammen mit gelegentlichen intensiv glücklichen Momenten und weniger häufigen und eher kurzfristigen negativen Affekten ausschlaggebend für Wohlbefinden. Damit rückt das Verhältnis länger anhaltender, positiv und negativ bewerteter Erfahrungen in den Mittelpunkt des psychologischen Begriffs von Wohlbefinden und nicht die einzelnen, kurzen Bewertungen (wie sie eher anlässlich von Befragungen ermittelt werden): Häufigkeit,

Verhältnis, Verteilung, spezifische Muster im Alltagsverlauf kennzeichnen die Art von Wohlbefinden einer Person.

Bei teleologischen oder präferenztheoretischen Annahmen dagegen ist schwer zu sehen, wie diese sich in ein Assessmentinstrument hinein übersetzen lassen besonders dann, wenn die „inneren Strukturen“ der Menschen mit Demenz zunehmend kollabieren und die Zuschreibung von Intentionen, komplexeren Wünschen (ein Instrument spielen lernen) und Absichten (etwas zu vollenden) oder Gefühlen (sich schuldig fühlen, weil man einen anderen betrogen hat), Werten, Überzeugungen etc. ein zugegebenermaßen größeres interpretatives Element erfordern. Befragungen und Beobachtung lassen es oft ungeklärt, ob diese Fähigkeiten vorhanden sind. Manche Aktivitäten sind und bleiben irreduzibel mehrdeutig (vgl. Allen 2001): beständiges Laufen und Rufen hat gewiss seinen Sinn und Sitz im Leben der einzelnen Person und stellt nicht nur „sinnloses“ Ausagieren einer früheren Kompetenzstufe dar (im Sinne von: „Laufen ist alles, was sie noch kann, also macht sie das“). Manchmal sind wir aber nicht mehr in der Lage, diesen Sinn und Sitz zu rekonstruieren. In der Tradition balintoiden Arbeitens ist es dann oft notwendig, dieser Tätigkeit durch Interpretation einen Sinn zu sichern, u.a. auch deswegen, um einen personenzentrierten Umgang zu wahren. D.B. Burrell (1973) hat die Logik dieser Situation in religiösen Sprachspielen (in divinis) beschrieben, die sich auch hier eignet: Die Zuschreibung von Intentionen, Wünschen und Werten angesichts mehrdeutiger empirischer Basis sagt mindestens genauso viel aus über den Zuschreibenden wie über den, dem die Zuschreibung gilt. (bei Burrell: Prädikationen in divinis sind zugleich Prädikationen in humanis), d.h: die Intensionalität der Person mit Demenz und die Entscheidung, Menschen mit Demenz intensional zu beschreiben, sind intern (logisch) miteinander verbunden. Dies gereicht den Beschreibungen nicht zum Nachteil, kennzeichnet aber den Zusammenhang von logischen, empirischen und evaluativen Fragen. Zusammenfassend: die hedonistische Position ist epistemologisch stark und ontologisch schwach, die teleologische Auffassung ontologisch stark und epistemologisch schwach. Aus der Logik dieser Situation schlage ich folgendes Vorgehen für die begriffliche Weiterentwicklung der DCM-Theorie vor:

1. Im Prozess der unmittelbaren Durchführung der Beobachtung fokussiert der Beobachter verbale und non-verbale, besonders aber körpersprachliche Anzeichen für Affekte. Affekt bedeutet nicht Wohlbefinden; die Anzeichen für Affekte aber sind typischerweise indikativ dafür, um von einer Person zu sagen, dass sie etwas mit Vergnügen tut oder das, was sie tut, gerne tut. Affekte sind intern oder logisch verbunden mit dem Begriff des Wohlergehens, nicht aber identisch mit ihm.

2. Nach je fünf Minuten erfolgt eine Befindlichkeits- und Tätigkeitszusammenfassung in der Absicht, die beobachtete Person als semantisch Handelnde mit Absichten, Wünschen und Gefühlen darzustellen. (d.h. ich beschreibe sie als arbeitend, singend, suchend, sich entspannend) In dieser Zusammenfassung werden Intentionen, Emotionen, Wünsche zugeschrieben, die über die Affektlinie hinausgehen können, kurz: es wird versucht, das Handeln der Person als sinnvoll darzustellen und damit den Menschen als Person zu „positionieren“ (zum Begriff einseitiger Positionierungen durch mächtige andere, bes. Mediziner vgl Parker et al. 1995)
3. In der nachgehenden quantitativen und qualitativen Analyse der Zeitabschnitte wird versucht, Interaktionssequenzen aufzuzeigen oder Interaktionsmuster mit anderen Personen oder der Umgebung deutlich zu machen, d.h. die Person wird beschrieben als ein Mensch, der gerne anderen hilft, die ihre Kinder versorgen möchte, der Wert auf ordentliche Kleidung legt, die ihre Sitzposition gegenüber dem Dienstzimmer unter allen Umständen verteidigen will, die auf Berührung und Handmassage nachhaltig positiv und liebevoll reagiert und Zärtlichkeiten gerne erwidert. Formallogisch könnte man „Vergnügen“ auf dieser Ebene einem Quantor gleich als funktionalen Operator 2. Ebene verstehen, der Zeitabschnitte (Tätigkeitskategorien und Wohlbefindlichkeitswerte) als Argumente aufweist.

Die Beschreibung einer Person als semantisch Handelnde gelingt damit nicht unmittelbar im Beobachtungsprozess selbst, sondern erst auf der Analyseebene. Im Versuch, dem Tun Sinn und Bedeutung abzugewinnen, „zeichnet“ der Beobachter einen Hintergrund, auf dessen Folie das Handeln Ausdruck für Absicht, Wille, Gefühl oder Wunsch ist. Dies wiederum ist logisch kompatibel mit der Theorie Kitwoods, nach welcher die Position eines Menschen mit Demenz vergleichbar mit der Position eines Kindes durch die Art der Bindung und sozialen Einbettung zur Person wird oder als Person verkommt. Das Personsein des einzelnen lässt sich nicht darstellen, ohne die Wahrnehmungs-, Urteils- und Handlungsgewohnheiten und Wertbezüge der sozialen Umgebung und der relevanten Anderen mit zu beschreiben. (Phinney 2003²2002)

8. Zum Schluss

In einer jüngeren Untersuchung machen Vass et al (2003)

die Beobachtung, dass die personalen Fähigkeiten von Personen in Standardmessinstrumenten oft nicht zum Zuge kommen. Sorgfältige Videoanalyse konnte belegen, dass wichtige Signale und Botschaften nicht als solche erkannt, sondern als Verhaltensauffälligkeiten „konstruiert“ wurden.

„...the lack of understanding and the failure to decode hitherto unrecognized cognitive powers of engagement led to the perception and definition of such overt attempts at communication as involuntary ‘jerks’ that were meaningless....Yet precisely the same ‘jerks’, once they were contextually analysed and decoded, revealed a determined, consistent and intended effort by this individual to engage in an purposeful and meaningful way with his external world.”

Angriffe auf humanistische und personenzentrierte Ansätze in der Arbeit mit Menschen mit Demenz nähren sich oft von einer der Naturwissenschaft fälschlicherweise unterstellten Objektivität und Zuverlässigkeit, die unterschlägt, unter welcher verkürzter Perspektive diese den Menschen ansichtig werden lässt und wie hoch das interpretative Element ist, das versteckt und nicht thematisiert die Wahrnehmung und Urteilsbildung leitet. Die Ausblendung der Konstruktivität der medizinischen, organorientierten Sichtweise führt zur Selbstüberschätzung der Wichtigkeit ihrer Forschungen und zur sekundären Positionierung aller nicht-pharmazeutischen Ansätze mit durchaus fragwürdigen ethischen Folgen. (vgl. Heller/Heller 2003) Es gilt, die interpretativen Annahmen offen zu legen und zu zeigen, dass und wie die medizinische Perspektive Menschen konstruiert und positioniert wie die humanistische Sichtweise auch. Auf der Basis solcher Einsicht und damit dem Verzicht auf den epistemologischen und ontologischen Primat der Medizin kann Perspektivenverschränkung geübt werden. (vgl Müller-Hergl 2000)

Wahrnehmungen in DCM sind wertgeleitet und bemüht, Menschen mit Demenz als Handelnde ihres Schicksals zu beschreiben. Diese Art der Betrachtung legt ihre interpretativen Annahmen offen. Die vorgeschlagene dreistufige Gliederung des Beobachtungsprozesses versucht, die Mehrdimensionalität von Beobachtung und Einschätzung in den Blick zu bekommen und der bisherigen Diskussion über Wohlbefinden von Menschen mit Demenz gerecht zu werden.

Literatur

- Allen, K. (2001) Communication and Consultation: Exploring Ways for staff to involve people with dementia in developing services, The Policy Press, Bristol
- Ballard,C., Fossey,J.
Howard, R., Burns, A., Thompson, P.,
Tadros, G., Fairbairn, A.,
Chithramohan, R., Quality of Care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey
In: British Medical Journal (2001) 323, pp 426-427
- Brod,M & Stewart,A.L. & Sands,L
& Walton,P. (1999) Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL)
In: The Gerontologist 39 (1999)1, pp 25-35
- Brod,M., Stewart,A.L., Sands,L.(2000) Conceptualization of Quality of Life in Dementia
In: Assessing Quality of Life in Alzheimer`s Disease, ed. Albert, S.M., Logsdon,R.G. 2000
- Brooker,D. & Duce,L. (2000) Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time
In: Aging and Mental Health 4(2000)4, pp 354-358

- Brooker, D. (1995) Looking at them, looking at me. *Journal of Mental Health*,4, 145-146
- Brooker,D. (2001) Enriching Lives: Evaluation of the ExtraCare Activity Challenge
In: The Journal of Dementia Care (2001)3, Seiten33-37
- Brooker,D.& Rogers,L.(eds) (2001a) Dementia Care Mapping (DCM) Think Tank Transcripts
Bradford Dementia Group, University of Bradford
- Brooker,D. (2002) Dementia Care Mapping: a look at its past, present and future
In: The Journal of Dementia Care 10(2002)3, pp33-36
- Burrell, D.B. (1979) Aquinas: God and Action, Routledge & Kegan Paul, London
- Burrell, D.B. (1973) Analogy and Philosophical Language, Yale University Press, London
- Carnap, R. (1988) Meaning and Necessity: A Study in Semantics And Modal Logic
- Diener,E & Larsen,R.J. (1993) The Experience of Emotional Well-Being
In: Lewis,M., Haviland, J.M. (eds) Handbook of Emotions
- Deutchman, D.E. & Birren, J.E. (1991) Concepts and Content of Quality of Life in the later years: An Overview

- In: J.Birren, J.Lubben, J.Rowe, D.Deutchman(Eds), The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, 344-360, San Diego, Academic Press
- Foucault, M. (1973) Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie Des ärztlichen Blicks, Fischer, Frankfurt a M.
- Frankl, Victor (2/1984) Der leidende Mensch: Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie
- Heller, T. & Heller, L. (2003) First among equals? Does drug treatment for dementia claim more than its fair share of resources?
In: Dementia, The international Journal of social research and practice 2(2003)1
- Harre,R. (1983) Personal Being, Blackwell, Oxford
- Innes,A., Surr,C. (2001) Measuring well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia Care Mapping
In: Aging and Mental Health 5(2001)3, Seiten 258-268
- Jennings, B. (2000) A life greater than the sum of its sensations: Ethics, Dementia, and Quality of Life
In: Assessing Quiality of Life in Alzheimer's Disease, Albert,S.M. & Logsdon, R.G. (eds), Verlag, OrtSpringer Publishing Company, New York
- Kenny, A. (1963) Action, Emotion and Will, Routledge and Kegan Paul, London

- Kenny, A. (1975) Will, Freedom and Power, Blackwell, Oxford
- Kitwood, T. (1990) Psychotherapy and Dementia
In: Psychotherapy Section Newsletter (1990)8
- Kitwood, T. & Bredin, K. (1992) Towards a Theory of Dementia Care: Personhood And Well-Being
In: Ageing and Society 12 (1992), pp 51-67
- Kitwood, Tom (1997) Dementia Reconsidered: The Person comes first, Open University Press 1997
- Körner, J. (1998) Einfühlung: Über Empathie
In: Forum der Psychoanalyse 14(1998)
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K,
Perkinson, M, Ruckdeschel, K (2000a) Observed Effect and Quality of Life in Dementia: Further Affirmations and Problems
In: Assessing Quality of Life in Alzheimer's Disease Albert, S.M., Logsdon, R.G. 2000, Springer Publishing Company, New York
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K,
Perkinson, M. (2000b) Emotion in People with Dementia: A Way of Comprehending Their Preferences and Aversions
In: Interventions in Dementia Care, Toward Improving Quality of Life, ed. Lawton, M.P., Rubinstein, R.L. 2000, Springer Publishing Company, New York
- Lawton, M.P. (2001) Quality of Care and Quality of Life in Dementia Care Units

- In: Linking Quality of Long-Term Care and Quality of Life , Noelker,L.S. & Harel,Z. (eds), Springer Publishing Company New York
- Logsdon,R.G., Albert, S.M. Assessing Quality of Life in Alzheimer's Disease: Conceptual and Methodological Issues
In: Journal of Mental Health and Ageing 5(1999) 1, pp 3-6
- Mueller-Hergl, C. (1998) De-mens und Re-mens: Positive Personenarbeit Und Dementia Care Mapping
In: Geriatrie Praxis 10(1998)6, seiten18-23
- Mueller-Hergl, C. (1999) Oft trügt der Schein
In: Heim und Pflege 30(1999)3, Seiten98-103
- Mueller-Hergl, C. (2000) Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden. Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping
In: Demenz und Pflege, Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg), Mabuse, Frankfurt a.M.
- Müller-Hergl, C. (2002) Vorläufige Texte
In: www.dcm-international.de
- Parker,I & Georgaca,E.& Harper,D. & McLaughlin,T. & Stowell-Smith,M. (1995) Deconstructing Psychopathology, Sage, London
- Perrin, T. (1997) The Positive Response Schedule for Severe Dementia
In: Aging and Mental Health 1(1997)2, pp 184-191

- Perrin, T. & May, H (2000). Wellbeing in Dementia 2000, Churchill Livingstone, London
- Phinney, A. (2002) Fluctuating awareness and the breakdown of the illness narrative in dementia
In: Dementia, The international Journal of social research and practice 1(2002)3, pp 329-344
- Quine, W.v.O. (1960) Word and Object , The M.I.T. Press, Cambridge Mass.
- Rubinstein, R.L (2000) Resident Satisfaction, Quality of Life, and „Lived Experience“ as Domains to be Assessed in Long-Term Care
In: Satisfaction Surveys in Long-Term Care, ed. Cohen-Mansfield, J., Ejaz F.K., Werner, P 2000, Springer Publishing Company , New York
- Sabat S.R. & Harre R. (1992) The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer`s Disease, in: Ageing and Society (1992)12 443-461
- Sabat, S.R. & Harre, R. (1994) The Alzheimer`s Disease Sufferer as a Semiotic Subject
In: Philosophy, Psychiatry and Psychology 1(1994) 145-160
- Sabat, S.R. et al (1999) Intact social, cognitive ability, and selfhood : A case study of Alzheimer`s disease
In: American Journal of Alzheimer`s Disease Jan/Febr(1999) 11-19

- Sabat, S.R. (2003) Epistemological issues in the study of insight in People with Alzheimer's disease
In: *Dementia, The international Journal of social research and practice* 1(2002)3, pp 279-293
- K.Skovdahl, A.L.Kihlgren, M. Kihlgren, Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia
Aging and Mental Health July 7(2003)4 277-286
- Smyth, K.A. & Neundorfer, M.M. & Geldmacher, D.S. & Ogrocki, P.K. & Whitehouse, P.J. (2002) Quality of life and deficit identification in dementia
In: *Dementia, The international Journal of social Research and practice* 1(2002)3, Seite
- Stewart, N.J., Hiscock, M., Morgan, D.G., Murphy, P., Yamamoto, M. (1999) Development and Psychometric Evaluation of the Environment-Behavior Interaction Code (EBIC)
In: *Nursing Research* 48(1999) 5, pp 260-268
- Tobin, S.S. (1999) Preservation of the self in the oldest years, Springer Publishing Company, New York
- Vass, A.A. & Minardi, H.A. & Ward, R. & Aggarwal, N. & Garfield, C. & Cybyk, B. Research into communication patterns and consequences for effective care of people with Alzheimer's and their carers
In: *Dementia, The international Journal of social research and practice* 2(2003)1
- Volicer, L., Hurley, A.C., Camberg, L. (2000) A Model of Psychological Well-Being in Advanced Dementia

In: Assessing Quality of Life in Alzheimer`s Disease Albert,S.M., Logsdon,R.G. 2000, Springer Publishing Company, New York

Wittgenstein,L. (1958)

Philosophische Untersuchungen, Suhrkamp, Frankfurt a.M

Woods,B., Lintern,T. (2003)

The Reliability and Validity of Dementia Care Mapping

In: Dementia Care Mapping – Application Across Cultures ed. A.Innes, Health Professions Press, London

Zimmermann,R.D, Bowers,B.J.(2000)

Integrating Satisfaction Surveys and other Sources of Information on Quality of Long-Term Care

In: Satisfaction Surveys in Long-Term Care, ed. Cohen-Mansfield,J., Ejaz F.K., Werner,P 2000, Springer Publishing Company New York