

# Resident-oriented care in nursing homes

## Citation for published version (APA):

Berkhout, A. J. M. B. (2000). *Resident-oriented care in nursing homes: an evaluation study of the model of resident-oriented care, the implementation and the effects*. Datawyse.  
<https://doi.org/10.26481/dis.20001013ab>

## Document status and date:

Published: 01/01/2000

## DOI:

[10.26481/dis.20001013ab](https://doi.org/10.26481/dis.20001013ab)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## SUMMARY

The work of nursing caregivers can be characterised by high job demands and difficulties in job control. Negative effects of low job control in combination with high job demands have been proven to be problematic for the well-being and health of nursing caregivers. Therefore job redesign interventions aimed at job enrichment are of major importance. In nursing, implementation of models of patient- or resident-oriented care are examples of such job redesign interventions. The present thesis concerns the evaluation of the implementation of resident-oriented care in nursing homes.

*Chapter 1* introduces the subject, the research aims and questions and conceptual framework. The study aimed to gain insight into three areas namely: (1) feasibility of resident-oriented care in nursing homes; (2) the success conditions of the implementation and (3) the effects on job characteristics of nursing caregivers and on their psychological and behavioural reactions. Answers were sought to the following three research questions:

1. *To what extent are the various characteristics of resident-oriented care implemented?*
2. *What are the conditions for successfully implementing resident-oriented care?*
3. *What are the effects of the implementation of resident-oriented care on the job characteristics of nursing caregivers and on their psychological and behavioural reactions?*

*Chapter 2* stresses the technical part of job redesign, the “what”. Theoretical models such as Hackman & Oldham’s Job Characteristics Model (JCM), Karasek’s Job Demand-Control model (JDC) and Johnson & Hall’s Demand-Control Support model (DCS) as well as practical guidelines from the Socio-Technical Systems (STS) approach have proven important in generating knowledge with regard to job redesign interventions aimed at job enrichment. In general, implementation of patient-oriented care models is aimed at improving nursing caregivers’ job characteristics and, as a result, at improving their psychological and behavioural reactions. The following four design characteristics of patient-oriented care models can be indicated: patient assignment, use of the nursing process, extension of tasks and improvement of communication. The concepts job autonomy, job demands and social support used in the DCS model of Johnson & Hall (1988) can be considered important job characteristics influencing well-being and health. Responsibility is a main job characteristic of patient-oriented care models. Therefore, these four job characteristics were considered important on which to evaluate the implementation of resident-oriented care models in nursing homes. Job satisfaction, intrinsic work motivation, health complaints and frequency of sickness absence can be considered important psychological and behavioural reactions of job enrichment. They have proven to be associated with the central concepts of the DCS model and are outcomes in other important analytical models such as the Job Characteristics model of Hackman & Oldham (1980). Therefore, these four reactions were chosen to evaluate nursing caregiver’s reactions on the implemen-

tation of these models. Evaluation studies on this theme indicate the clearest effects with respect to patient assignment, responsibility and job satisfaction. The results with regard to the three job characteristics derived from the DCS model and to work motivation, health complaints and sickness absence have been less thoroughly investigated and are more ambiguous. Conceptual as well as methodological problems seem to be underlying factors. In evaluating the effects of resident-oriented care models in nursing homes, besides a theoretical framework, a sound methodological design is also needed. Use of a pre-test post-test design with a control group, a homogeneous study population, and use of method and data triangulation seem to be of major importance.

*Chapter 3* discusses the social part of job redesign or the “how”. Therefore processes of organisational change and important conditions in this respect are highlighted. Organisational change is focused on interventions within and between groups of individuals. For the development of strategies of organisational change, motivational theories are of importance. Strategies for organisational change can be oriented on organisational systems or on the change process itself and can vary in their emphasis on participation and involvement of people directly affected by the change. In particular, the normative-re-educative strategy, Action Research, and the intersystem approach bear resemblances to STS guidelines, which seem to be important for the implementation of resident-oriented care models. These concern: their emphasis on a sufficient degree and level of participation of people directly affected by the change; congruence between the nature of change on the one hand and the project and formal organisation on the other; participative and supportive roles of the change agent and the management; sound communication, information and evaluation means; and education and training focused on experience-based learning. Based on these principles, seven success conditions have been elaborated to gain more insight into the contribution of a number of implementation characteristics for implementing a resident-oriented care model successfully. In order to study the implementation characteristics and in this way the success conditions, the McKinsey 7-S model developed by Peters & Waterman (1982) was used as a diagnostic model. We related the 7-S model to our elaborated success conditions by operationalising the seven factors, being structure, strategy, systems, staff, skills, style and shared values, accordingly.

*Chapter 4* elaborates the research method. The study concerned a non-equivalent control group pre-test post-test design. Three nursing homes were included in the study. An experimental group, six wards implementing resident-oriented care, was compared with the control group, six wards without this implementation. To answer the research questions three measurements were taken over a period of 22 months: one pre-test and two post-tests at six and sixteen months after the start of the implementation. In the quantitative part of the study 210 (pre-test), 167 (post-test 1) and 147 (post-test 2) nursing caregivers of all 12 research wards filled in questionnaires. For the qualitative part, on the experimental wards interviews were performed with project co-ordinators and supervisors, participant observations were conducted, and residents’ dossiers were charted.

*Chapter 5* handles the quantitative and qualitative results with respect to the design characteristics. With regard to “resident assignment”, the quantitative results showed increases on five out of six experimental wards after the implementation. One hypothesised increase could not be confirmed due to a contamination effect on a control ward. The qualitative results confirmed the implementation of resident assignment in the experimental group. Resident assignment to so-called primary nursing caregivers (PNCs), who are employed at least 70% of a full-time job, has been implemented. In general, no residents were assigned to nursing caregivers with an employment percentage of less than 70%, so-called associate nursing caregivers. Resident assignment was most observable during direct care given in the morning hours. In the case of high sickness absence or work pressure, this was difficult to achieve. Moreover, with regard to some direct care tasks a task-oriented division of care was still present. With regard to the “use of the nursing process”, as was hypothesised, in the last post-test a significant increase was found in “use of nursing care plans and their evaluation” and in “taking nursing history, nursing problems, goals and actions” in the experimental group compared to the control group. The interviews and observations showed that in all organisations the implementation of the nursing process was combined with adjustments in the residents’ dossiers. However, to bring the nursing process into practice appeared to be the most difficult part for ward sisters and nursing caregivers. Nursing care plans still were seldom complete or up-to-date and the realised care was not always congruent with the planned care. Furthermore, in the case of high work pressure less attention was given to the documentation in the residents’ dossier. The quantitative results with respect to the two variables “tasks” was partly as hypothesised. On the psycho-geriatric experimental wards more “resident-oriented tasks” were performed after the implementation compared to the psycho-geriatric control wards. In contrast, in the somatic group no significant results were found. However, more resident-oriented tasks were performed by PNCs of the total experimental group compared to nursing caregivers with an employment of 70% or more in the control group. This increase was indicative in the group associate nursing caregivers. No increase was found in the extent of “ward-oriented tasks”. Although some effects were according to the expectations, the qualitative results identified some problems. It was observed that in case of high work pressure PNCs did not perform all basic care for their own allocated residents. In addition, co-ordinating tasks that should have been delegated to PNCs were still often performed by the ward sisters themselves, and PNCs did not always make use of these co-ordinating tasks themselves. With regard to the three variables “communication”, a non-significant decrease of the “quality of communication forms” was indicated after the implementation. No changes were found on the two other variables “variety of resident-oriented communication forms” and “variety of ward-oriented communication forms”. Moreover, in the group associate nursing caregivers less “variety of ward-oriented communication forms” was indicated. The qualitative results showed that in general the role of the ward sister was still prominent in the multi-disciplinary meeting, in the doctors’ consultations and in the case of difficult family contacts. The role of PNCs was more prominent in regular residents’ and family contacts and towards paramedical disciplines.

*Chapter 6* presents the quantitative and qualitative results with respect to the implementation characteristics. In using quantitative analyses the most successful experimental wards with regard to the implementation of a resident-oriented care model including the largest change could be distinguished from the least successful wards. In relating the extent of the implementation of a resident-oriented care model to the implementation characteristics we were able to derive a number of success conditions. On the most successful experimental wards success conditions appeared to be: no delay in the action plan; absence of distracting factors; stability of the supervisor; final evaluations on ward level; willingness to change among nursing staff; and training-on-the-job by supervisors themselves. Furthermore, as was hypothesised, wards with supervisors using less instrumental leadership in the last phase of the implementation appeared to have implemented a resident-oriented care model more successfully. Both information quality and socio-emotional leadership style were not found to be success conditions.

*Chapter 7* highlights the quantitative results regarding the job characteristics and the psychological and behavioural reactions. With regard to the job characteristics most of the intervention effects did not appear. With regard to job autonomy and responsibility no changes were found after the implementation in the experimental group. However, when the two underlying concepts of job autonomy were considered separately, an indication was found for an increase in contextual job autonomy after the implementation while no changes were seen with regard to content job autonomy. With regard to job demands the results differed. However, the hypothesis postulating an increase in job demands could not be confirmed. After the implementation, a trend was found for more job demands on the somatic experimental wards whereas on the psycho-geriatric experimental wards an indication was found for less job demands. No additional significant results were found with regard to the underlying concepts quantitative and qualitative job demands. The results with regard to social support were mixed too. On one of the psycho-geriatric experimental wards the postulated increase was confirmed. Further, only indicative increases as well as indicative decreases were found after the implementation. No significant results were found with regard to social support of supervisors and colleagues separately. With regard to the psychological and behavioural reactions the postulated increases in job satisfaction and intrinsic work motivation and decreases in health complaints could not be confirmed. However, with regard to frequency of sickness absence after the implementation an indication was found for less frequency of sickness absence in the experimental group. This result was confirmed in the group of PNCs.

*Chapter 8* presents the main findings and some methodological and theoretical reflections in this respect. Based on the results it can be argued that the intervention regarding resident-oriented care appeared to be largely structural. No change took place with respect to more intrinsic job-related aspects such as content job autonomy, responsibility, job satisfaction and intrinsic work motivation. Methodologically our study had to confront some problems such as selection bias and contamination. In using multivariate techniques some of the problems could be highlighted afterwards. For evaluating organisational change, method and data triangulation used in our study appeared to

be very suitable. In using quantitative methods, insight is achieved into more general changes such as structural changes. Further, in this way a controlled research design can be established. Qualitative methods offer the opportunity for collecting in-depth, backstage information. Theoretically, based on the limited significant results the following points arise for discussion. First, it can be questioned to what extent job content, largely determined by professional medical and nursing standards and the demands of residents, can be changed by a merely structural intervention such as the implementation of resident-oriented care. Second, healthy work aspects on baseline, restricted job control at the occupational level of enrolled nurses, and external factors influencing job satisfaction and work motivation seem to play an important role in the non-appearance of significant results. Third, it has to be doubted to what extent nursing caregivers were able to detect slow gradual changes in job autonomy or job satisfaction and to what extent measuring instruments were sensitive enough to capture them. Finally, in general underlying structural and cultural assumptions regarding job content and context seem to restrict the margins for job enrichment in nursing. Developing as a professional occupation with an appreciated societal status accordingly seems to be problematic for nursing also due to problems in defining one's own job domain. In line of these remarks the thesis closes with implications for future research and practical implications with regard to the work of nursing caregivers and interventions in this respect.

## SAMENVATTING

Het werk van verplegenden en verzorgenden kan worden gekarakteriseerd door hoge taakeisen en problemen met betrekking tot controle in het werk. Het is bewezen dat negatieve gevolgen van lage controle in combinatie met hoge taakeisen problematisch zijn voor het welzijn en de gezondheid van verplegenden en verzorgenden. Taakherontwerp interventies gericht op taakverrijking zijn derhalve van belang. In de verpleegkunde vormen de implementatie van modellen voor patiënt- of bewonergerichte zorg voorbeelden van dergelijke taakherontwerp interventies. Dit proefschrift betreft een evaluatie van de implementatie van bewonergerichte zorg in verpleeghuizen.

*Hoofdstuk 1* introduceert het onderwerp van de studie, de onderzoeksdoelen, de vraagstellingen en het conceptueel model. Het onderzoek was gericht op het vergroten van inzicht in een drietal gebieden namelijk: (1) haalbaarheid van bewonergerichte zorg in verpleeghuizen; (2) de succescondities met betrekking tot de implementatie; en (3) de effecten op kenmerken van taken van verplegenden en verzorgenden en op hun psychologische en gedragsmatige reacties. Op de volgende drie onderzoeksvraagstellingen werd getracht een antwoord te geven:

1. *In welke mate zijn de verschillende kenmerken van bewonergerichte zorg geïmplementeerd?*
2. *Wat zijn de condities voor een succesvolle implementatie van bewonergerichte zorg?*
3. *Wat zijn de effecten van de implementatie van bewonergerichte zorg op de taakkenmerken van verplegenden en verzorgenden en op hun psychologische en gedragsmatige reacties?*

*Hoofdstuk 2* benadrukt de technische kant van taakherontwerp, het “wat”. Theoretische modellen zoals Hackman & Oldham’s Job Characteristics Model (JCM), Karasek’s Job Demand-Control model (JDC) en Johnson & Hall’s Demand-Control Support model (DCS) als ook praktische richtlijnen van de Sociotechnische Systeem benadering (STS) hebben bewezen van belang te zijn voor het ontwikkelen van kennis met betrekking tot taakherontwerp interventies gericht op taakverrijking. In het algemeen is de implementatie van patiëntgerichte zorgmodellen gericht op de verbetering van de taakkenmerken van verplegenden en verzorgenden en daarmee op de verbetering van hun psychologische en gedragsmatige reacties. Vier ontwerpkenmerken van patiëntgerichte zorgmodellen kunnen worden aangewezen: patiënttoewijzing, gebruik van het verpleegkundig proces, uitbreiding van taken en verbetering van de communicatie. De concepten autonomie, taakeisen en sociale steun van het DCS model van Johnson & Hall (1988) kunnen als belangrijke taakkenmerken worden beschouwd die van invloed zijn op welzijn en gezondheid. Verantwoordelijkheid is een belangrijk taakkenmerk van patiëntgerichte zorgmodellen. Deze vier taakkenmerken werden derhalve van belang geacht voor de evaluatie van de implementatie van bewonergerichte zorgmodellen in verpleeghuizen. Arbeidstevredenheid, intrinsieke werkmotivatie, gezondheidsklachten en ziekteverzuimfrequentie zijn belangrijke psychologische en gedragsmatige

reacties op taakverrijking. Zij hebben bewezen gerelateerd te zijn aan de centrale concepten van het DCS model en zijn uitkomsten andere analytische modellen zoals het taakkenmerkenmodel van Hackman & Oldham (1980). Deze vier reacties werden derhalve gekozen ter evaluatie van de reacties van verplegenden en verzorgenden op de implementatie van deze zorgmodellen. Evaluatiestudies op dit thema laten de duidelijkste effecten zien ten aanzien van bewonertoewijzing, verantwoordelijkheid en arbeidstevredenheid. De resultaten ten aanzien van de drie taakkenmerken uit het DCS model en ten aanzien van werkmotivatie, gezondheidsklachten, en ziekteverzuim zijn minder onderzocht en zijn onduidelijker. Zowel conceptuele als methodologische problemen lijken hieraan ten grondslag te liggen. Om de effecten van bewonergerichte zorgmodellen in verpleeghuizen te evalueren is naast een theoretisch kader, een degelijk methodologisch design nodig. Gebruik van een design met voor- en nametingen, een controle groep, een homogene onderzoekspopulatie en gebruik van methode- en data-triangulatie lijken in dit opzicht van belang te zijn.

*Hoofdstuk 3* bediscussieert de sociale zijde van taakherontwerp of het “hoe”. Processen van organisatieverandering en belangrijke condities staan in dit opzicht centraal. Organizeverandering betreft interventies binnen en tussen groepen individuen. Voor de ontwikkeling van strategieën voor organisatieverandering zijn gedragsmatige en motivatietheorieën van belang. Strategieën voor organisatieverandering kunnen zijn gericht op organisatorische systemen of op het veranderingsproces zelf en zij variëren in het benadrukken van participatie en betrokkenheid van degenen die direct worden beïnvloed door de verandering. In het bijzonder de normatief-reëducatieve strategie, actiegericht onderzoek en het model van planmatige verandering vertonen gelijkens met STS richtlijnen. Deze betreffen het benadrukken van: een voldoende mate en niveau van participatie van bij de verandering direct betrokkenen; overeenstemming tussen de inhoud van de verandering aan de ene kant en de projectstructuur en de formele organisatie aan de andere kant; op participatie en ondersteuning gerichte rollen van de veranderkundigen en de leidinggevenden; goede communicatie, informatie en evaluatie methoden; en bijscholing en training gericht op ervaring-gebaseerd-leren. Op basis van deze principes zijn zeven succescondities uitgewerkt om meer inzicht te verwerven in de bijdrage van een aantal implementatiekenmerken aan een succesvolle implementatie van bewonergerichte zorgmodellen. Voor het onderzoek naar de implementatiekenmerken en daarmee de succescondities is gebruik gemaakt van het McKinsey 7-S model, ontwikkeld door Peters & Waterman (1982), als een diagnostisch model. Het 7-S model werd gerelateerd aan de uitgewerkte succescondities door operationalisatie van de zeven factoren structuur, strategie, systemen, staf, vaardigheden, leiderschapsstijl en gedeelde waarden.

*Hoofdstuk 4* betreft de uitwerking van de onderzoeksmethode. De studie heeft een quasi-experimenteel onderzoeksdesign. Drie verpleeghuizen werden in de studie geïnccludeerd. Een experimentele groep, zes afdelingen met de implementatie van een bewonergericht zorgmodel, werd vergeleken met een controle groep, zes afdelingen zonder deze implementatie. Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werden drie metingen verricht in een periode van 22 maanden: één voormeting en twee nametingen 6 en 16 maanden na de start van de implementatie. Voor het kwantitatieve deel van de



studie waren 210 (voormeting), 167 (nameting 1) en 147 (nameting 2) verplegenden en verzorgenden van alle 12 onderzoeksafdelingen betrokken bij het invullen van de schriftelijke vragenlijsten. Voor het kwalitatieve deel werden op de experimentafdelingen interviews gehouden met projectcoördinatoren en afdelingshoofden, participerende observaties verricht en bewonersdossiers bekeken.

*Hoofdstuk 5* behandelt de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten met betrekking tot de ontwerpkenmerken. Ten aanzien van bewonertoewijzing laten de kwantitatieve resultaten na de implementatie stijgingen zien op vijf van de zes experimentafdelingen. Een verwachte stijging werd niet bevestigd als gevolg van een contaminatie-effect op één van de controle afdelingen. De kwalitatieve resultaten bevestigen de implementatie van bewonertoewijzing in de experimentele groep. Bewonertoewijzing aan zogenoemde eerstverantwoordelijk verzorgenden (EVV'ers) met een dienstverband van minimaal 70% is ingevoerd. In het algemeen werden geen bewoners toegewezen aan verplegenden en verzorgenden met een dienstverband van minder dan 70%, de zogenoemde niet-EVV'ers. Bewonertoewijzing bleek het meest zichtbaar te zijn tijdens de ochtendverzorging. Bij een hoog ziekteverzuim of hoge werkdruk bleek dit moeilijk te handhaven. Bovendien bleek een taakgerichte werkverdeling nog aanwezig te zijn ten aanzien van een aantal directe zorgtaken. Ten aanzien van het gebruik van het verpleegkundig proces waren in de laatste nameting verwachte stijgingen te zien in "het gebruik van verpleegplannen en de evaluatie daarvan" en in "het formuleren van de anamnese, verpleegproblemen, doelen en acties" in de experimentele groep in vergelijking tot de controle groep. De interviews en observaties lieten zien dat in alle organisaties de implementatie van het verpleegkundig proces werd gecombineerd met aanpassingen van de bewonersdossiers. Echter, het in de praktijk brengen van het verpleegkundig proces bleek voor teamleiders en voor verplegenden en verzorgenden het moeilijkste onderdeel te zijn. Zorgplannen waren nog zelden volledig of bijgewerkt en de gerealiseerde zorg bleek niet altijd overeen te komen met de geplande zorg. Verder, in het geval van hoge werkdruk werd minder aandacht besteed aan de verslaglegging in het bewonersdossier. De kwantitatieve resultaten ten aanzien van de twee variabelen taken waren deels verondersteld. Op de psychogeriatrische experimentafdelingen werden meer bewonergerichte taken uitgevoerd na de implementatie. Daarentegen werden in de somatische groep geen significante resultaten geboekt. Echter, binnen de totale experimentele groep werden door de EVV'ers meer bewonergerichte taken uitgevoerd in vergelijking met verplegenden en verzorgenden met een dienstverband van minimaal 70% van de controle groep. Deze stijging was trendmatig in de groep niet-EVV'ers. Ten aanzien van de mate van "afdelingsgerichte taken" werd geen stijging gevonden. Hoewel sommige resultaten volgens de verwachting waren gaven de kwalitatieve resultaten enige problemen aan. Zo werd waargenomen dat in het geval van hoge werkdruk EVV'ers niet alle basiszorg zelf uitvoerden voor de hen toegewezen bewoners. Tevens bleek dat coördinerende taken die moesten worden gedelegeerd aan EVV'ers nog vaak door de teamleiders zelf werden uitgevoerd en bleken EVV'ers zelf niet altijd gebruik te maken van deze coördinerende taken. Van de drie variabelen communicatie werd ten aanzien van de "kwaliteit van de overlegvormen" geen significante maar wel trendmatige daling gevonden. Ten aanzien van de "gevarieerdheid van de bewonersgebonden overlegvormen" en de "gevarieerdheid van de afdelingsgebonden

den overlegvormen” werden geen veranderingen gesignaleerd. Bovendien werd in de groep niet-EVV'ers minder “gevarieerdheid van de afdelingsgebonden overlegvormen” aangegeven. Uit de kwalitatieve resultaten kwam naar voren dat de rol van de teamleider nog steeds prominent was tijdens het multidisciplinair overleg, de artsenvisite en in het geval van moeilijke familiecontacten. De rol van de EVV'ers was meer prominent tijdens reguliere bewoners- en familiecontacten en naar paramedische disciplines.

*Hoofdstuk 6* presenteert de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten met betrekking tot de implementatiekenmerken. Door middel van de kwantitatieve analyses konden de meest succesvolle experimentafdelingen die, ten aanzien van de implementatie van een bewonergericht zorgmodel de grootste verandering vertoonden worden onderscheiden van de minst succesvolle afdelingen. Door de mate van implementatie van een bewonergericht zorgmodel te relateren aan de implementatiekenmerken konden een aantal succescondities worden afgeleid. Op de meest succesvolle experimentafdelingen kwamen de volgende succescondities naar voren: geen vertraging in de planning; afwezigheid van afleidende factoren; stabiliteit van het afdelingshoofd; eindevaluaties op afdelingsniveau; bereidheid tot verandering onder de verplegenden en verzorgenden; en training-on-the-job door afdelingshoofden zelf. Verder bleek dat, zoals verwacht, een bewonergericht zorgmodel met meer succes was geïmplementeerd op afdelingen met afdelingshoofden met een lagere mate van instrumenteel leiderschap in de laatste fase van de implementatie. Zowel informatiekwaliteit als een sociaal-emotionele leiderschapstijl kwamen tenslotte niet als succescondities naar voren.

*Hoofdstuk 7* belicht de kwantitatieve resultaten met betrekking tot de taakkenmerken en de psychologische en gedragsmatige reacties. Ten aanzien van de taakkenmerken kwamen de meeste interventie-effecten niet naar voren. Ten aanzien van autonomie en verantwoordelijkheid werden na de implementatie geen veranderingen in de experimentele groep gevonden. Echter, door de twee onderliggende concepten van autonomie afzonderlijk te bekijken werd na de implementatie een trendmatige stijging in structurende autonomie gevonden, terwijl geen verandering werd gezien met betrekking tot operationele autonomie. Ten aanzien van taakeisen kwamen verschillende resultaten naar voren. De hypothese die een stijging postuleerde kon echter niet worden bevestigd. Na de implementatie werd op de somatische experimentafdelingen een trendmatige stijging gevonden terwijl op de psychogeriatrische experimentafdelingen een trendmatige daling werd aangetoond. Geen extra significante resultaten werden gevonden ten aanzien van de twee onderliggende concepten kwantitatieve en kwalitatieve taakeisen. De resultaten ten aanzien van sociale steun waren eveneens gemengd. Op één van de psychogeriatrische experimentafdelingen werd de verwachte stijging bevestigd. Verder werden zowel trendmatige stijgingen als dalingen gevonden na de implementatie. Ten aanzien van sociale steun van afdelingshoofden en collega's afzonderlijk werden geen significante resultaten gevonden. Ten aanzien van de psychologische en gedragsmatige reacties konden de gepostuleerde stijgingen in arbeidstevredenheid en intrinsieke werkmotivatie en dalingen in gezondheidsklachten niet worden bevestigd. Echter, een trendmatige daling werd gevonden in ziekteverzuimfrequentie na de implementatie. Dit resultaat werd bevestigd in de groep EVV'ers.

*Hoofdstuk 8* presenteert de belangrijkste bevindingen en enige methodologische en theoretische reflecties in dit kader. Op basis van de resultaten kan worden beargumenteerd dat de interventie grotendeels structureel van aard was. Er vond geen verandering plaats met betrekking tot meer intrinsieke werkgerelateerde aspecten zoals operationele autonomie, verantwoordelijkheid, arbeidstevredenheid en intrinsieke werkmotivatie. Methodologisch moest in onze studie met een aantal problemen rekening worden gehouden zoals selectiebias en contaminatie. Door het gebruik van multivariate technieken konden achteraf een aantal problemen worden belicht. Voor de evaluatie van een organisatieverandering bleek het gebruik van methode- en datatriangulatie zeer nuttig te zijn. Door middel van kwantitatieve technieken kan inzicht worden verkregen in meer algemene veranderingen zoals structurele veranderingen. Tevens kan hiermee een gecontroleerd design worden verkregen. Kwalitatieve methoden bieden de mogelijkheid voor het verzamelen van diepte-informatie achter de schermen. Theoretisch dient op basis van de beperkte significante resultaten het volgende naar voren te worden gebracht. Ten eerste moet worden gevraagd in welke mate de taakinhoud, die grotendeels wordt bepaald door de professionele medische en verpleegkundige normen en door de vraag van bewoners, kan worden veranderd door een voornamelijk structurele interventie zoals de implementatie van bewonergerichte zorg. Ten tweede: gezonde werkomstandigheden tijdens de voormeting, beperkte taakcontrole op het beroepsniveau van de ziekenverzorgenden en externe factoren die van invloed zijn op arbeidstevredenheid en intrinsieke werkmotivatie lijken medeverantwoordelijk te zijn voor het uitblijven van significante resultaten. Ten derde: het is twijfelachtig in welke mate verplegenden en verzorgenden in staat zijn geleidelijke veranderingen in autonomie of arbeidstevredenheid op te merken en in welke mate de meetinstrumenten gevoelig genoeg waren deze op te vangen. Tenslotte: in het algemeen lijken onderliggende structurele en culturele assumpties met betrekking tot taakinhoud en context de marges voor taakverrijking in de verpleging te beperken. De ontwikkeling als een professioneel beroep met een overeenkomstige maatschappelijk gewaardeerde status blijkt in de verpleegkunde problematisch te verlopen mede als gevolg van problemen in de definiëring van het eigen taakdomein. In het licht van deze opmerkingen eindigt het proefschrift met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en met praktische aanbevelingen met betrekking tot het werk van verplegenden en verzorgenden en interventies in dit kader.