

Het Nolanmodel

Het Nolanmodel is een model voor verbetering, gebaseerd op het beste van twee verandermethoden: de trial-and-error methode en de wetenschappelijke methode. In de eerste methode worden veranderingen geïntroduceerd zonder voorafgaande intensieve bestudering van het probleem of de oplossing. Op deze methode is nogal wat kritiek gekomen, omdat voorgestelde veranderingen helemaal niet beter voor patiënten zouden hoeven te zijn. In de wetenschappelijke benadering staat vooral de intensieve bestudering centraal, voordat er over gegaan wordt op verandering of toepassing in de praktijk. Deze benadering kan in de praktijk tot stagnatie en demotivatie leiden, omdat hulpverleners geen korte termijn effecten zien van hun betrokkenheid bij onderzoek.

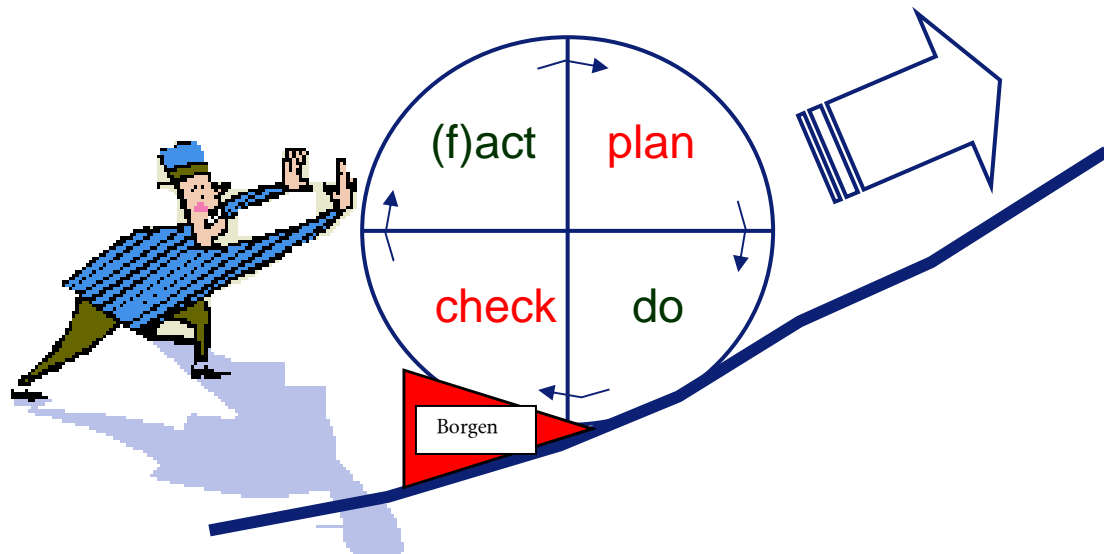
Het Nolanmodel gaat uit van het principe dat verbetering voortkomt uit de toepassing van kennis. Het model bestaat uit 3 verbetervragen voor het opzetten van het verbetertraject en de PDSA-cyclus voor de uitvoering. Gezamenlijk geven ze een kader voor een trial-and-learning benadering. Aan de hand van deze vragen kan men op kleine schaal veranderingen plannen en testen, zodat men van deze veranderingen kan leren. De drie vragen zijn:

1. Wat willen we bereiken (doel)?
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is (meten)?
3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die tot een verbetering zullen leiden (veranderen)?

De eerste vraag zorgt ervoor dat verbeterteams gefocust blijven op een probleem. De tweede vraag betekent dat de effecten van veranderingen zichtbaar gemaakt moeten worden. Het werken met indicatoren is daarbij ondersteunend. Bij het beantwoorden van de derde vraag gaan verbeterteams zoeken naar voorbeelden van goede zorg, in de literatuur of de praktijk. Zij beoordelen de voorbeelden op geschiktheid voor de eigen situatie en stemmen ze af op de plaatselijke mogelijkheden.

Het testen van veranderingen gebeurt aan de hand van de PDSA-cyclus. Elke verbetering wordt geborgd (de rode-driehoek in het plaatje).

Fig. 1 R. Huijsman, vrij naar Deming



De Plan-fase

In elke planfase van een nieuwe cyclus worden op basis van een (nieuwe) uitgangssituatie (nulmeting) plannen gemaakt voor verbetering.

De Do-fase

In de Do-fase gaat een team aan de slag met een verbeteractie, vaak op kleine schaal. Dit kan zijn het gaan toepassen van een effectieve interventie op daarvoor vastgestelde tijden, een andere manier inzetten voor het sneller in zorg krijgen, of het opzetten van een systematisch screeningsysteem. Al doende registreert men gegevens waarmee men kan monitoren of men de gestelde doelen realiseert.

De Check/study-fase

De check of study fase is bedoeld om op basis van resultaten te reflecteren op de verbeteractiviteit. Gaat het de goede kant op (richting het gestelde centrale doel) of moet het team ingrijpen? Resultaten kunnen in lijngrafieken of runcharts worden gevisualiseerd. Getallen of grafieken zijn echter nietszeggend zonder interpretatie van de gegevens. Vragen die teams in deze discussies de revue kunnen laten passeren zijn: was de verbeteractie de oorzaak van een eventuele verbetering of verslechtering? Waarom werd het gewenste effect wel of niet bereikt? Hoe kunnen we effecten vergroten of verbeteren? Is de verbetering klaar voor verdere verspreiding onder collega's? Wat wordt de volgende stap?

De Act-fase

In deze fase wordt de volgende stap gezet. Protocollen worden aangepast, nieuwe verwijsmethoden herzien. De act-fase is een nieuwe do-fase.