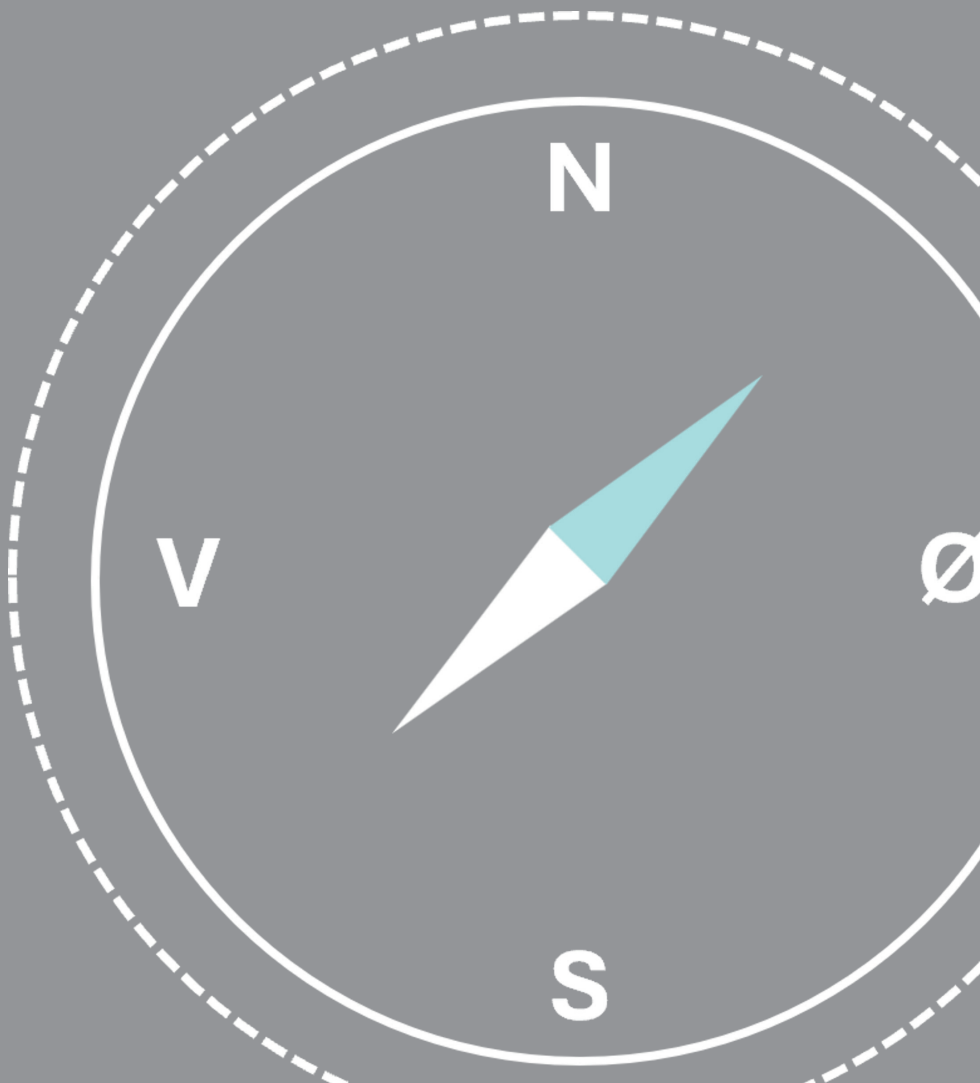
Dokumentation i forandring

Hvordan navigerer vi i valget af teknologi?



Indhold

Introduktion 3

Om undersøgelsen 4

Dokumentationskompasset 11

Hvilken værdi har dokumentation for lægerne 28

Når dokumentationspraksis møder teknologi 30

Samspillet skal udvikles over tid 34

7 principper i valget af teknologi 38

Introduktion

Kunstig intelligens er på få år blevet en central del af samtalen om klinisk dokumentation. Særligt ambient scribe-løsninger skaber store forventninger, fordi de kan lytte med i konsultationen og automatisk udarbejde et udkast til journalnotatet.

NEXUS / OMILON har gennem mere end 20 år arbejdet med implementering af talebaserede dokumentationsteknologier i sundhedsvæsenet. I dag omfatter det både klassisk talegenkendelse og nyere AI-baserede løsninger som ambient scribe. Gennem implementeringer på tværs af Danmark, Norge og Sverige ser vi et betydeligt potentiale: mindre tid foran skærmen, mere tid med patienten og en mere effektiv dokumentationsproces.

Samtidig ser vi også, at den samme teknologi ikke skaber den samme værdi for alle læger. Nogle læger oplever ambient scribe som en markant forbedring af deres dokumentationsarbejde. Andre foretrækker fortsat klassisk talegenkendelse. Og flere efterspørger løsninger, hvor forskellige teknologier kan kombineres, så de understøtter forskellige dele af dokumentationsarbejdet.

Det rejser et centralt spørgsmål:
HVORFOR ER NOGLE LÆGER BEGEJSTREDE FOR AMBIENT SCRIBES, MENS ANDRE FORETRÆKKER KLASSISK TALEGENKENDELSE

Denne rapport udspringer af et ønske om at undersøge og besvare dette spørgsmål. Gennem 13 kvalitative interviews med speciallæger fra forskellige kliniske specialer undersøger rapporten, hvordan læger arbejder med dokumentation i deres daglige kliniske praksis, og hvilken betydning det har for valg, anvendelse og implementering af forskellige dokumentationsteknologier.

Rapportens formål er ikke at identificere én teknologi som den bedste. Formålet er at skabe en bedre forståelse af den arbejdsform, som teknologierne skal understøtte. Med udgangspunkt i interviewene udvikles derfor et analytisk grundlag for at forstå, hvorfor den samme teknologi kan opleves som værdifuld i én klinisk sammenhæng og mindre relevant i en anden.

Målet med rapporten er at bidrage med viden, der kan styrke valget, implementeringen og anvendelsen af dokumentationsteknologier i klinisk praksis – med udgangspunkt i lægernes arbejdsgange frem for teknologiens funktioner.

Om undersøgelsen

Undersøgelsen blev gennemført i sommeren 2026 i samarbejde med udvalgte kunder i Danmark, Norge og Sverige. Rapporten bygger på

13 kvalitative interviews med speciallæger, der alle anvender dokumentationsteknologi som en integreret del af deres daglige kliniske arbejde.

Formålet har været at undersøge, hvordan læger dokumenterer i klinisk praksis, og hvilken betydning dokumentationspraksis har for oplevelsen, anvendelsen og implementeringen af forskellige dokumentationsteknologier.

13
interviews

6
medicinske specialer

6
timers samtale

252
siders transskription

Interviewpersoner

Interviewpersonerne arbejder alle i privat praksis og repræsenterer forskellige specialer og forskellige måder at arbejde med dokumentation på.

Fælles for dem er, at de alle har flere års erfaring med digitale dokumentationsværktøjer og har arbejdet med mere end én type dokumentationsteknologi. Flere har erfaring med både klassisk talegenkendelse, AI-baseret strukturering og ambient scribe-løsninger.

Interviewpersonerne er udvalgt for at sikre størst mulig variation i både kliniske arbejdsgange og måder at arbejde med dokumentation på.

Gennemførelse

Interviewene blev gennemført som semistrukturerede kvalitative interviews med udgangspunkt i en fælles interviewguide. Samtalerne tog afsæt i lægernes erfaringer med dokumentation, kliniske arbejdsgange og anvendelse af dokumentationsteknologier. Alle interviews blev optaget, transskriberet og analyseret.

Analytisk tilgang

Interviewene blev først analyseret enkeltvis og derefter på tværs for at identificere mønstre, forskelle og tilbagevendende temaer i lægernes erfaringer med dokumentation og forskellige dokumentationsteknologier.

Undersøgelsen tog sit udgangspunkt i et ønske om at forstå lægernes erfaringer med forskellige dokumentationsteknologier. Under analysen blev det imidlertid gradvist tydeligt, at teknologierne kun udgjorde en del af forklaringen. Interviewene pegede på, at lægernes oplevelser i højere grad kunne forstås gennem deres dokumentationspraksis end gennem teknologiernes egenskaber. Denne erkendelse kom til at præge rapportens analyser og konklusioner.

Man kan derfor sige, at analysen begyndte med et spørgsmål om teknologi, men endte med en ny forståelse af dokumentationspraksis.

De deltagende læger

PSYKIATER
Danmark

Anvendt teknologi
Kombination

ØRE-NÆSE-HALSLÆGE
Danmark

Anvendt teknologi
Talegenkendelse

BØRNELÆGE
Danmark

Anvendt teknologi
Talegenkendelse

PRAKTISERENDE LÆGE
Sverige

Anvendt teknologi
Kombination

ØRE-NÆSE-HALSLÆGE
Danmark

Anvendt teknologi
Ambient Scribe

PRAKTISERENDE LÆGE
Færøerne

Anvendt teknologi
Ambient Scribe

PRAKTISERENDE LÆGE
Danmark

Anvendt teknologi
Kombination

ØRE-NÆSE-HALSLÆGE
Norge

Anvendt teknologi
Kombination

DERMATOLOG
Norge

Anvendt teknologi
Talegenkendelse

PSYKIATER
Norge

Anvendt teknologi
Ambient Scribe

ORTOPÆDKIRURG
Danmark

Anvendt teknologi
Talegenkendelse

PRAKTISERENDE LÆGE
Sverige

Anvendt teknologi
Talegenkendelse

PRAKTISERENDE LÆGE
Sverige

Anvendt teknologi
AI-Structuring

Teknologierne - En fælles begrebsramme

I rapporten anvendes tre centrale begreber om AI-understøttet klinisk dokumentation: talegenkendelse, AI-strukturering og ambient scribe. Begreberne anvendes ikke altid ens i litteraturen eller af leverandørerne. Nedenstående beskrivelser præciserer, hvordan de forstås og anvendes i denne rapport.

Talegenkendelse

Ved talegenkendelse dikterer lægen journalnotatet direkte i patientjournalen. Talen omsættes løbende til tekst (speak-on-cursor), så lægen kan se resultatet og redigere, omformulere eller tilføje indhold undervejs i dikteringen.

Talegenkendelsesløsninger til sundhedsvæsenet er udviklet til at understøtte medicinsk terminologi og klinisk fagsprog. De indeholder desuden typisk talekommandoer, som gør det muligt at navigere i journalsystemet samt indsætte standardtekster eller skabeloner ved hjælp af stemmen.

Lægen udarbejder dermed selv patientjournalens indhold, struktur og formuleringer.

AI strukturering

Ved AI-strukturering dikterer lægen ligeledes patientjournalens indhold. Lægen kan tale mere frit uden at skulle følge journalens endelige struktur undervejs. AI organiserer efterfølgende indholdet i den ønskede journalskabelon eller struktur. Skabeloner konfigureres med afsæt i lægens og/eller patientjournalsystemets struktur.

Lægen står fortsat for de kliniske vurderinger og formuleringerne, mens AI understøtter struktureringen af dokumentationen.

Ambient scribe

Ved ambient scribe tager dokumentationen udgangspunkt i samtalen mellem læge og patient. Teknologien lytter til konsultationen og udarbejder efterfølgende et forslag til journalnotat på baggrund af dialogen.

Lægen gennemgår, validerer, redigerer og godkender herefter journaludkastet, inden det anvendes.

Der findes ikke én måde at dokumentere på

Klinisk dokumentation kan umiddelbart fremstå som en ensartet arbejdsopgave. Alle læger dokumenterer i den elektroniske patientjournal, og alle arbejder under de samme overordnede krav til journalføring, kvalitet og patientsikkerhed.

Alligevel viser vores erfaringer, at læger ofte træffer forskellige valg i implementeringen af dokumentationsteknologier. Det rejser et centralt spørgsmål:

Hvorfor oplever nogle læger stor værdi med én teknologi, mens andre vælger en anden?

Det var indgangen til vores undersøgelse.

Men interviewene viste hurtigt, at svaret ikke alene findes i teknologiernes funktioner. Den samme teknologi kan opleves meget forskelligt – også af læger inden for samme speciale. Og læger, der lægger vægt på de samme kvaliteter i dokumentationen, kan alligevel vælge forskellige løsninger.

Det blev begyndelsen på en ny erkendelse.

Hvis vi vil forstå, hvorfor en teknologi skaber værdi for nogle læger, men ikke for andre, må vi først forstå, hvordan dokumentationen indgår i det kliniske arbejde.

Fokus i undersøgelsen flyttede sig derfor fra teknologierne til selve dokumentationsarbejdet.

Interviewene peger på, at forskellene handler om langt mere end, hvordan journalen bliver skrevet. De handler også om, hvilken rolle dokumentationen spiller i den kliniske tænkning, hvor den klinisk relevante information opstår, hvilken betydning lægens egne formuleringer har, og hvad der giver mening at standardisere.

Samme speciale - forskellige valg

Allerede i de første interviews bliver det tydeligt, at teknologivalg ikke kan forklares med specialet alene.

To øre-næse-halslæger lægger begge stor vægt på effektivitet og et smidigt patientflow. Alligevel organiserer de dokumentationsarbejdet forskelligt.

For den ene er styrken ved klassisk talegenkendelse, at journalen kan færdiggøres, mens patienten stadig er i konsultationen.

> *"Journalen skal være færdig, inden patienten går."*

Den anden anvender både klassisk talegenkendelse og ambient scribe, og vælger mellem teknologierne afhængigt af opgaven. Ved korte kontroller og standardiserede undersøgelser bruger han primært talegenkendelse sammen med egne standardtekster. Her kan han hurtigt færdiggøre journalen med udgangspunkt i en kendt struktur. Ved længere førstegangskonsultationer og mere omfattende problemstillinger anvender han ambient scribe. Her fylder anamnesen mere, og teknologien hjælper ham med at fastholde patientens fortælling og de detaljer, der kommer frem i samtalen.

> *"Når det er korte journaler og kontroller, så bruger jeg mest [talegenkendelse]. Ved mere omfattende problemstillinger bruger jeg [samtaleløsningen]."*

Forskellen handler ikke om, at den ene ønsker effektivitet, og den anden kvalitet. Begge lægger vægt på et effektivt og smidigt patientflow. Men det fører ikke nødvendigvis til samme teknologivalg, fordi dokumentationen indgår forskelligt i deres arbejde – og fordi det er forskelligt, hvad de har brug for hjælp til at fastholde.

Samme teknologi – forskellige arbejdsformer

En tilsvarende variation viser sig blandt to psykiatere, som begge arbejder med ambient scribe.

For den ene er teknologien blevet en naturlig del af hverdagen. Den skaber mere ro i konsultationen og frigør tid. Samtidig oplever lægen, at noget vigtigt ændrer sig. Noget går tabt. Den tidligere diktering havde været en del af den faglige bearbejdning af patientens historie.

> *"Det gode er, at jeg sparer tid ... Men selve den der bearbejdningsfase efterfølgende, den er jo slut."*

Den anden psykiater beskriver den samme teknologi fra en anden vinkel. Her opleves ambient scribe netop som en styrke, fordi dokumentationen kan træde i baggrunden under konsultationen. Teknologien gør det muligt at være mere nærværende og fungerer samtidig som et "ekstra øre", der kunne fastholde detaljer og nuancer fra samtalen.

Den samme teknologi skaber således værdi i begge situationer. For den ene bliver det tydeligt, at dokumentationen også har fungeret som faglig bearbejdning. For den anden ligger værdien blandt andet i at kunne frigøre opmærksomhed fra selve dokumentationsopgaven under samtalen.

Et tredje interview peger på endnu en variation. Her beskriver lægen, hvordan ambient scribe fungerer godt til patientens fortælling, mens objektive fund og billeddiagnostiske beskrivelser fortsat dokumenteres bedst med klassisk talegenkendelse:

> *"Patientens fortælling fungerer godt med ambient. De objektive fund dikterer jeg stadig selv."*

Her bliver teknologierne ikke opfattet som alternativer, men som redskaber til forskellige dele af dokumentationsarbejdet.

En ny forståelse af dokumentationsarbejdet

På tværs af interviewene tegner der sig gradvist et mønster.

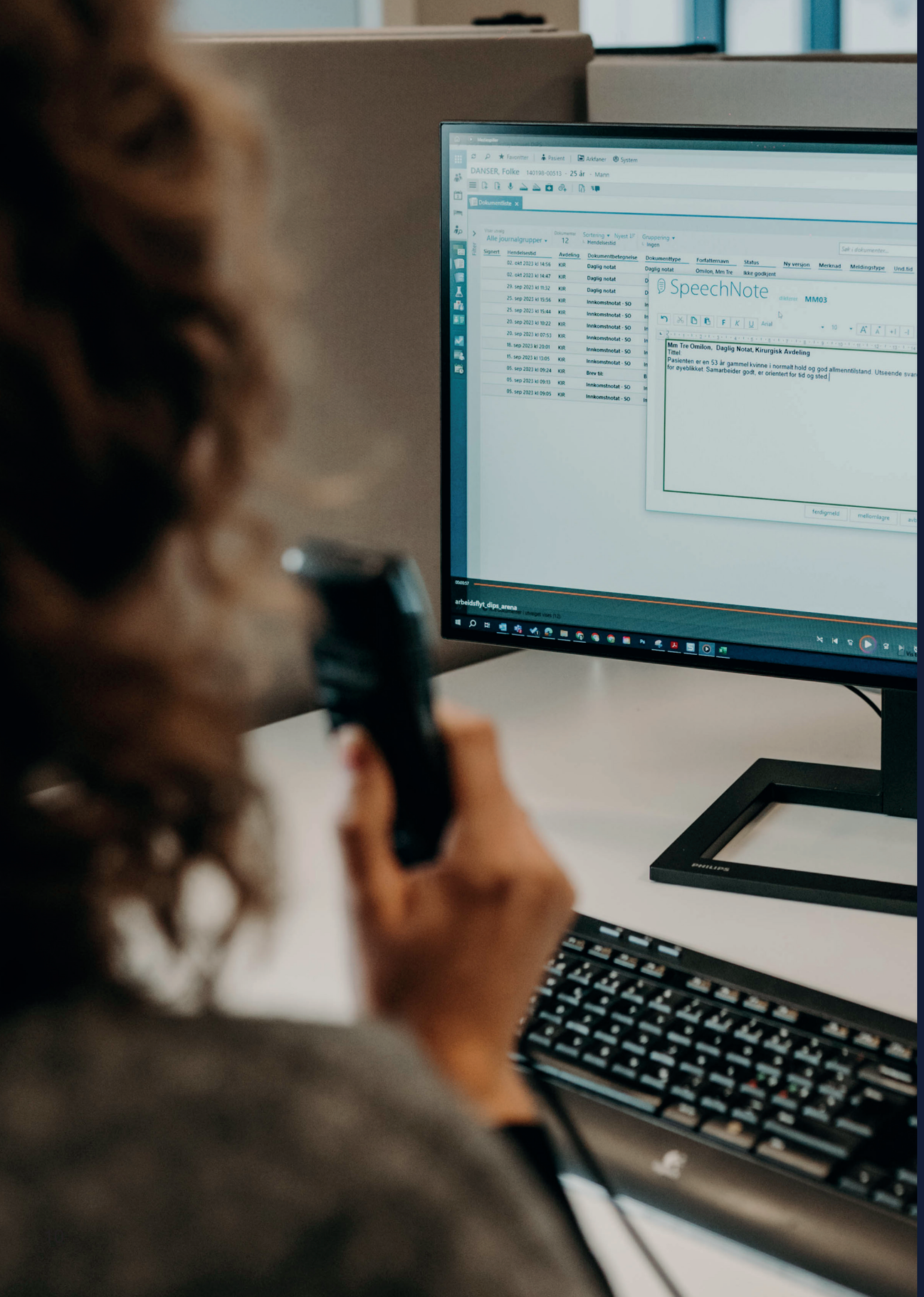
Flere af de erfarne brugere beskriver ikke én teknologi som den bedste. Tværtimod er de pragmatiske. De vælger - og kombinerer - teknologier ud fra den konkrete situation og den opgave, dokumentationen skal løse.

Det ændrer også analysens retning.

Hvis rapporten skal hjælpe andre læger med at træffe kvalificerede valg, er det ikke nok at sammenligne teknologiernes funktioner. Vi må først forstå, hvordan dokumentation indgår i det kliniske arbejde.

Det første gennemgående fund bliver derfor, at klinisk dokumentation ikke kan forstås som én ensartet arbejdsopgave. Læger arbejder med dokumentation på forskellige måder, og dokumentationen spiller forskellige roller i det kliniske arbejde. Det stiller også forskellige krav til de teknologier, der skal understøtte arbejdet.

For at kunne beskrive denne variation har vi udviklet **DOKUMENTATIONSKOMPASSET**. Kompasset samler fire forhold, som på tværs af interviewene har betydning for, hvordan dokumentationen indgår i det kliniske arbejde – og dermed også for, hvordan forskellige dokumentationsteknologier kan skabe værdi. Det skal ikke vise én rigtig retning, men hjælpe med at orientere sig i de forhold, der har betydning for valget og anvendelsen af dokumentationsteknologi. Kompasset placerer ikke den enkelte læge i en fast position. Svarene kan variere mellem forskellige konsultationer og dokumentationsopgaver - også for den samme læge.



Dokumentations-kompasset

Hvor opstår den klinisk relevante information?



Hvad giver det mening at standardisere?

Hvilken rolle spiller dokumentation i den kliniske tænkning?

Hvilken betydning har lægens egne formuleringer?

Hvor opstår den klinisk relevante information?



Patientens fortælling ⟷ Objektive fund

Klinisk relevant information opstår ikke altid det samme sted. I nogle konsultationer er patientens fortælling den primære kilde til den kliniske erkendelse, mens det i andre er den objektive undersøgelse og de kliniske fund.

Den klinisk relevante information opstår forskellige steder

Alle kliniske konsultationer rummer både patientens fortælling og lægens egne observationer, undersøgelser og kliniske vurderinger. Begge dele indgår i langt de fleste patientforløb og er nødvendige for at kunne træffe kliniske beslutninger.

Interviewene viser imidlertid, at den klinisk relevante information ikke altid opstår det samme sted i konsultationen.

I nogle konsultationer er patientens fortælling den væsentligste kilde til information. Her er det gennem samtalen, at lægen får den viden, der danner grundlag for den kliniske forståelse. Dokumentationen bliver tæt knyttet til lægens evne til at fastholde, strukturere og sammenfatte patientens historie.

I andre konsultationer opstår den klinisk relevante information i højere grad gennem lægens egne observationer, den objektive undersøgelse og de kliniske fund. Her skal dokumentationen først og fremmest kunne beskrive præcist hvad lægen ser, undersøger og vurderer.

Det er altså ikke et enten-eller. De fleste konsultationer rummer både samtale og undersøgelse/observation. Forskellen ligger i, hvor den information, der skal fastholdes i journalen, primært opstår.

Det er det første spørgsmål i Dokumentationskompasset: **Hvor opstår den klinisk relevante information?**

Lægernes stemmer

Psykiater

”Ambient scribe fanger også nogle detaljer, som jeg måske ikke selv har lagt mærke til under samtalen. Altså fakta. Så kan jeg vælge, om jeg vil bruge dem eller ej.”

Øre-, næse-halslæge

”Jo flere fund du gør, jo mere præcist skal du kunne beskrive det. Hvis de begynder at fejle noget, hvis det er lidt mere kompliceret, hvis jeg finder noget, jeg skal beskrive, så er det rigtig godt at bruge talegenkendelse...”

Dermatolog

”Mens jeg dermatoskoperer patienten, beskriver jeg ofte det, jeg ser, undervejs. De objektive fund bliver meget bedre på den måde end med en AI-løsning.”

Praktiserende læge

”Jeg kan ikke i en samtale med patienten sige: ‘Nu skal jeg lytte på hjertet. Nu skal jeg lytte på lungerne. Nu skal jeg tage blodtryk.”

På tværs af interviewene

Ved første øjekast kan forskellene synes at følge specialerne. Psykiateren arbejder typisk med samtalen som en central del af konsultationen, mens dermatologen eller øre-, næse- og halslægen i højere grad arbejder med objektive fund.

Interviewene peger imidlertid på, at denne forklaring er for enkel. Også inden for samme speciale kan der være forskelligt, og den enkelte læge kan arbejde forskelligt fra konsultation til konsultation.

Det afgørende er derfor ikke specialet, men hvor den klinisk relevante information primært opstår i den konkrete situation.

Det har betydning for, hvad journalen skal kunne fastholde. Når patientens fortælling er den vigtigste information, skal dokumentationen kunne indfange og sammenfatte samtalen. Når de kliniske fund er centrale, bliver præcis gengivelse af observationer, undersøgelser og vurderinger vigtige.

Forskellen går altså på tværs af både specialer og kliniske situationer. Den samme læge kan derfor også have forskellige behov for teknologi afhængigt af typen af konsultation.

Perspektiv

Det får betydning for, hvilken teknologi der bedst understøtter arbejdet.

En teknologi, der er god til at fastholde og sammenfatte patientens fortælling, er ikke nødvendigvis lige så velegnet til at dokumentere objektive fund og kliniske observationer – og omvendt.

Det er en vigtig forklaring på, hvorfor den samme teknologi kan skabe stor værdi i én situation og mindre værdi i en anden. Teknologien skal ikke alene passe til specialet eller lægen, men også til den type information, der skal fastholdes i den konkrete konsultation.

Hvilken rolle spiller dokumentation i den kliniske tænkning?



Dokumentation som registrering



Dokumentation som klinisk ræsonnering

Dokumentation spiller ikke den samme rolle i den kliniske arbejdsproces. For nogle klinikere er formuleringen af journalen en del af den kliniske erkendelse, mens dokumentationen for andre først begynder, når vurderingen allerede er afklaret.

Dokumentation er ikke altid bare en registreringsopgave

Når en journal skrives, kan det umiddelbart se ud, som om dokumentationen blot beskriver det kliniske arbejde, der allerede er udført.

Interviewene viser imidlertid, at dokumentationen ikke altid spiller den samme rolle i den kliniske arbejdsproces.

For nogle læger er det at formulere journalen en del af den kliniske tænkning. Når de formulerer journalen, skaber de samtidig overblik, afprøver sammenhænge og kvalificerer deres vurdering af patienten. Dokumentationen bliver dermed en del af den proces, hvor den kliniske forståelse tager form.

For andre er den kliniske vurdering i højere grad på plads inden dokumentationen begynder. Her bliver journalens opgave først og fremmest at registrere og formidle en beslutning, der allerede er truffet.

Det er ikke et spørgsmål om, at den ene måde er mere rigtig end den anden. Forskellen ligger i hvornår dokumentationen kommer ind i den kliniske tænkning – og hvilken rolle den spiller i den.

Det er det andet spørgsmål i Dokumentationskompasset: **Hvilken rolle spiller dokumentationen i den kliniske tænkning?**

Lægernes stemmer

Psykiater

”Når jeg skriver, så har jeg også en aktiv tankeproces. Det er ikke bare en færdig tekst, som jeg skal redigere og føje til, men jeg bruger det for at tænke rundt om hele patienten, altså forløbet, diagnosen...”

Øre-, næse-halslæge

”Patienten kommer ind, præsenterer sit problem, og så laver vi en plan... Jeg laver oftest planen, inden patienten er gået.”

Praktiserende læge

”Man bliver meget mere opmærksom på, hvordan man bygger sin konsultation op... man bliver meget bedre til at lade patienten tale og resumere.”

På tværs af interviewene

Det der kunne ligne en forskel i måden journalen bliver skrevet på, viste sig i interviewene også at handle om noget mere grundlæggende: nemlig hvornår og hvordan dokumentation indgår i den kliniske tænkning.

For nogle læger hjælper selve formuleringen af journalen med at skabe overblik og kvalificere den kliniske vurdering. Dokumentationen er altså ikke blot et resultat af den kliniske proces – den er en del af den.

For andre er vurdering og plan i højere grad på plads inden journalen bliver skrevet. Her skal dokumentation først og fremmest fastholde det lægen allerede har vurderet og besluttet.

Forskellen følger ikke nødvendigvis specialet eller den teknologi, lægen bruger. Den handler om den rolle, dokumentationen spiller i lægens arbejde.

Perspektiv

Hvis dokumentationen er en del af tænkearbejdet, skal man være opmærksom på, hvad der sker med dette tænkearbejde, når AI overtager mere af formuleringen.

AI kan imidlertid overtage forskellige dele af dokumentationsarbejdet. Ved AI-strukturering formulerer lægen fortsat selv det kliniske indhold, mens AI hjælper med at organisere det i journalens struktur. Her ændres arbejdsdelingen på en anden måde end ved ambient scribe, fordi lægen fortsat står for formuleringen.

Det behøver ikke betyde, at den faglige bearbejdning bliver mindre. AI kan potentielt frigøre tid til refleksion, fordi lægen ikke skal bruge den samme tid på selve formuleringen. Et AI-genereret udkast kan samtidig bruges aktivt som afsæt for at tænke videre, justere og kvalificere den kliniske vurdering.

Men det sker ikke af sig selv. Hvis AI-udkastet primært læses igennem og godkendes, kan noget af den faglige bearbejdning, der tidligere lå i dokumentationsarbejdet, gå tabt. Lægen må derfor selv sætte sig i førersædet og bruge teknologien aktivt som en del af det videre kliniske arbejde.

Hvis dokumentationsarbejdet er en del af den kliniske tænkning, bliver spørgsmålet derfor ikke alene, hvor meget AI kan overtage, men hvordan arbejdsdelingen mellem læge og teknologi skal tilrettelægges, så den faglige bearbejdning fortsat har en aktiv plads.
Det er også relevant i diskussionen om risikoen for kompetencetab – de-skilling – når AI overtager dele af fagligt arbejde. Opgaven er ikke blot at være opmærksom på en mulig risiko, men aktivt at udvikle arbejdsgange, hvor teknologien aflaster, samtidig med at der fortsat er plads til klinisk refleksion og faglig vurdering.

Hvor vigtigt er det, at formuleringerne er mine egne?



Egne formuleringer har stor betydning

Egne formuleringer har lille betydning

Læger tillægger deres egne ord forskellig betydning. For nogle er det vigtigt, at journalen afspejler deres egne ord og måde at formulere den kliniske vurdering på. For andre er det vigtigste, at journalens indhold er korrekt, fyldestgørende og anvendeligt – uanset hvordan teksten er blevet til.

Det er ikke altid ligegyldigt, hvis ord det er

Når en journal læses, kan det umiddelbart virke underordnet, hvem der har formuleret teksten, så længe indholdet er korrekt.

Interviewene viser imidlertid, at formuleringerne for nogle læger rummer mere end information. **For nogle er egne formuleringer en vigtig del af den faglige værdi i dokumentationen**. De er en del af den måde, lægen genkender sine egne tanker, husker patienten og oplever fagligt ejerskab.

For andre er det vigtigste, at journalen er korrekt, fyldestgørende og anvendelig – uanset hvordan teksten er blevet til.

Det er det tredje spørgsmål i Dokumentationskompasset: **Hvor vigtig er lægens egen formulering?**

Lægernes stemmer

Dermatolog

”Det føles lidt godt, når det kommer fra mit eget hoved. Jeg genkender mine egne tanker næste gang, jeg har patienten.”

Psykiater

”Jeg vil gerne, at forslaget til teksten afspejler personen. At patienter, som går i psykoterapi, ikke ligner hinanden så meget. At man kan se mere af personligheden bag notatet.”

Psykiater

”Jeg var hurtigere til at danne mig et overblik, når jeg selv havde skrevet det. Altså er forfatter på det.”

På tværs af interviewene

Det der kan ligne et spørgsmål om personlige skrivepræferencer viste sig i interviewene at handle om mere end bare præferencer.

Det afgørende er ikke blot, om lægen foretrækker at skrive selv eller anvende AI-genererede formuleringer. Det handler om, hvilken betydning egne formuleringer har for lægen.

For nogle læger er sproget tæt knyttet til den kliniske vurdering. Når de selv formulerer journalen, kan formuleringerne være med til at fastholde de nuancer, der gør det lettere at skelne patienter og patientforløb fra hinanden. Det kan have betydning, når lægen senere skal genkalde sig patienten og foretage nye kliniske vurderinger. Samtidig kan egne formuleringer være tæt knyttet til oplevelsen af fagligt ejerskab til dokumentationen.

For andre ligger værdien først og fremmest i journalens indhold. Her er det afgørende, at dokumentationen er korrekt, dækkende og anvendelig – uanset om formuleringerne kommer fra lægen selv, en sekretær eller et AI-genereret udkast.

Forskellen handler dermed om mere end præferencen for egne eller andres formuleringer. Den handler om, hvilken funktion egne ord har for lægen.

Perspektiv

Når AI formulerer journalen, bliver det vigtigt at være opmærksom på, hvad der sker med de nuancer, lægen selv ville have lagt i teksten.

For nogle læger kan et AI-genereret notat være både korrekt og fyldestgørende, men alligevel opleves som for generisk. Hvis forskellige patienter og forløb kommer til at ligne hinanden i journalen, kan nuancer, som har betydning for at genkalde sig patienten og foretage efterfølgende kliniske vurderinger, gå tabt.

For andre læger har egne formuleringer mindre betydning. Her kan det vigtigste være, at journalen er fyldestgørende, uanset hvem der har formuleret teksten.

Det afgørende er derfor ikke kun, om AI kan formulere et godt journalnotat, men også om notatet fastholder de nuancer, der har betydning for det videre kliniske arbejde.

Hvad giver mening at standardisere?



Frigøre tid

Skabe genkendelighed

Standardisering bruges ikke kun til at effektivisere dokumentationen. Interviewene viser, at den også skaber genkendelighed og fælles struktur i journalen. Dermed bliver standardisering et redskab, der både understøtter kvaliteten af dokumentationen og frigør tid til de dele af det kliniske arbejde, der kræver fagligt skøn.

Standardisering frigør tid til det, der ikke er standard

Standardisering forbindes ofte med effektivisering og ensartede arbejdsgange. Interviewene viser imidlertid, at standardisering kan have en bredere funktion i dokumentationsarbejdet.

På tværs af specialer beskriver lægerne, hvordan skabeloner, standardtekster og faste arbejdsgange kan reducere rutinearbejde og skabe en genkendelig struktur i dokumentationen.

Det betyder ikke, at hele journalen skal standardiseres. Tværtimod kan faste arbejdsgange og standardisering af de tilbagevendende dele af dokumentationen frigøre tid og opmærksomhed til det, der kræver klinisk vurdering, fagligt skøn og individuelle formuleringer.

Det er det fjerde spørgsmål i Dokumentationskompasset: **Hvad giver mening at standardisere?**

Lægernes stemmer

Børnelæge

”Det er ikke nok med bare sådan en kronologisk optagelse og udskrift af det, vi har talt om. Det er også en sortering.”

Praktiserende læge

”Jeg dikterer selv, men det hele bliver struktureret for mig, og det kommer ind i journalen.”

Ortopædkirurg

”En skabelon er jo ikke bare en ramme for et journaldokument. Den er også en huskeseddel: Husk at undersøge for de ting, der står på listen.” Jeg vil jo gerne have, at det er mig, der bestemmer, hvordan min skabelon ser ud. Jeg laver selv mine skabeloner. Her bruger jeg min erfaring.”

På tværs af interviewene

I interviewene ser vi forskellige måder at bruge standardisering på.

Hos nogle læger er store dele af dokumentationen præget af faste strukturer, skabeloner og tilbagevendende patientforløb. Her bliver standardisering et naturligt redskab til at skabe overblik, ensartethed og effektivitet. For nogle af de erfarne læger rummer de faste strukturer samtidig mange års klinisk erfaring. Skabelonerne er ikke kun en måde at spare tid på, men afspejler også en solid erfaring med, hvad der er vigtigt at dokumentere, og hvordan informationen skal organiseres.

Hos andre er dokumentationen i højere grad præget af komplekse problemstillinger og individuelle vurderinger. Også her kan standardisering spille en vigtig rolle – ikke ved at standardisere hele dokumentationen, men ved at skabe en stabil struktur omkring de dele, der kan standardiseres.

På tværs af interviewene bliver standardisering dermed ikke en erstatning for den kliniske vurdering. Tværtimod bliver den brugt til at reducere rutineprægede opgaver og frigøre tid og opmærksomhed til de dele af arbejdet, der kræver klinisk vurdering, fagligt skøn og individuelle formuleringer.

Perspektiv

Forskellige dokumentationsteknologier kan understøtte standardisering på forskellige måder.

For flere af de læger, der foretrækker talegenkendelse, er standardtekster og skabeloner en vigtig del af effektiviteten. De kan hurtigt hente en kendt tekst frem og erstatte, tilføje eller tilpasse de dele, der er anderledes ved den konkrete patient.

AI-strukturering kan understøtte standardisering på en anden måde. Her kan lægen formulere indholdet frit, mens AI organiserer det i den ønskede journalstruktur. En fast struktur behøver dermed ikke betyde, at lægen skal tilpasse selve dikteringen til strukturen.

Ambient Scribe kan også understøtte standardisering. Her kan skabeloner sætte rammen for det AI-genererede notat og dermed bidrage til en fast og genkendelig struktur i dokumentationen.

Ny teknologi skal derfor ikke nødvendigvis erstatte eksisterende strukturer. For nogle læger ligger en del af værdien netop i, at teknologien kan arbejde sammen med de skabeloner og de arbejdsgange der allerede fungerer. Men standardisering handler også om, hvem dokumentationen skal være genkendelig for. Det, der fungerer som en effektiv og genkendelig struktur for den enkelte læge, er ikke nødvendigvis det samme som en fælles struktur, der skaber genkendelighed på tværs.

Samtidig er der en balance i forhold til individualisering. En fælles struktur skal fortsat give plads til de nuancer og individuelle formuleringer, der kan have betydning for den enkelte patient og den kliniske vurdering.

Det afgørende er derfor ikke alene, **hvor meget teknologien kan standardisere**, men hvad det giver mening at standardisere – for den enkelte læge og på tværs af organisationen.

Hvilken værdi har dokumentationen for lægerne?

Dokumentationskompasset skaber en ramme for at forstå, hvad der er med til at forme den måde, læger arbejder med dokumentation på.

Men interviewene peger også på en mere grundlæggende erkendelse: Forskellene handler ikke kun om, hvordan læger dokumenterer, men også om hvilken værdi dokumentationen skal skabe i det kliniske arbejde.

Et gennemgående mønster i interviewene er, at lægerne beskriver god dokumentation ud fra hvad den gør muligt i deres arbejde.

Forskellige kvalitetsidealer

Interviewene viser dermed, at lægerne ikke alene dokumenterer forskelligt. De kan også lægge vægt på forskellige kvaliteter, når de vurderer, hvad der er god dokumentation.

For nogle er kvalitet tæt knyttet til, at dokumentationen understøtter den kliniske tænkning eller fastholder nuancer, der har betydning for det videre patientforløb. For andre handler kvalitet i højere grad om præcision, struktur og muligheden for hurtigt at orientere sig i journalen. Og for andre igen er en vigtig kvalitet, at dokumentationen understøtter en effektiv arbejdsgang og frigør tid og opmærksomhed til patienten og den kliniske opgave.

Kvaliteterne udelukker ikke hinanden. Den samme journal skal ofte kunne flere ting på én gang, men forskellige kvaliteter kan få forskellig betydning afhængigt af lægen, patienten og den konkrete kliniske situation.

Det hænger også sammen med, hvem dokumentationen skal fungere for, og hvad den skal informere om. Det, der er et godt og anvendeligt notat, som lægens eget kliniske arbejdsredskab, er ikke nødvendigvis det samme som det, en anden kliniker eller faggruppe har brug for. Egne formuleringer og individuelle nuancer kan eksempelvis have stor værdi for lægen selv, mens en fælles og genkendelig struktur kan gøre det lettere for andre hurtigt at finde og forstå relevant information.

Journalen skal ofte fungere for flere modtagere på én gang. Det betyder, at kvalitet ikke alene handler om, hvorvidt dokumentationen er korrekt og fyldestgørende, men også om, hvorvidt den relevante information er tilgængelig og anvendelig for dem, der skal bruge den. Set i et bredere perspektiv gælder det også patienten, som kan have andre behov for information end de klinikere, der anvender journalen i deres arbejde.

Der findes derfor ikke ét enkelt kvalitetsideal for god dokumentation. Det, der er en vigtig kvalitet i én sammenhæng, kan være mindre vigtigt i en anden – og forskellige kvaliteter kan nogle gange stå i spænd med hinanden. Et detaljeret notat kan eksempelvis fastholde kliniske nuancer, men samtidig gøre det vanskeligere hurtigt at finde den information, der er relevant for den næste kliniske opgave. En høj grad af standardisering kan skabe genkendelighed på tværs, men skal samtidig give plads til de individuelle forskelle, der har klinisk betydning.

Fra kvalitetsideal til krav til teknologien

De forskellige kvalitetsidealer bliver dermed også relevante, når dokumentationsteknologier skal vurderes. Spørgsmålet er ikke alene, hvad teknologien kan, men hvilke kvaliteter i dokumentationen og det kliniske arbejde den skal understøtte.

Dokumentationen skaber værdi ved at	Det kan betyde	Det bliver vigtigt at understøtte
Skabe klinisk refleksion	Journalarbejdet hjælper lægen med at tænke videre og kvalificere vurderingen	Mulighed for faglig bearbejdning
Fastholde kliniske nuancer	Detaljer og individuelle forskelle har betydning ved senere patientkontakter	Relevante nuancer og individualitet
Formidle klinisk viden præcist	Fund, vurderinger og planer skal gengives præcist	Præcision og kontrol over det kliniske indhold
Skabe struktur og overblik	Relevant information skal være let at finde	Genkendelig struktur og overblik
Fungere for forskellige modtagere	Lægen selv, andre klinikere og i nogle sammenhænge patienten har forskellige informationsbehov	Relevant og anvendelig information for den, der skal bruge den
Understøtte arbejdsgangen	Rutinearbejde fylder mindre	Effektivitet og sammenhæng med den kliniske arbejdsgang

Tabellen skal ikke forstås som seks forskellige typer af dokumentation eller læger. Flere kvaliteter vil typisk være relevante samtidig. Pointen er, at deres betydning kan variere – og at det derfor også vil variere, hvad teknologien skal være god til.

De forskellige kvalitetsidealer giver dermed et andet udgangspunkt for at se på dokumentationsteknologi. I stedet for alene at spørge, hvad teknologien kan, bliver det relevant først at spørge, hvad dokumentationen skal gøre muligt – og for hvem.

Det er dette spørgsmål, vi tager med videre, når vi i næste kapitel ser nærmere på, hvordan forskellige dokumentationsteknologier understøtter forskellige dele af dokumentationsarbejdet

Når dokumentations-praksis møder teknologi

Der findes ikke én rigtig dokumentationsteknologi

”Skal vi vælge ambient scribe? Eller er klassisk talegenkendelse stadig den bedste løsning?”

Det er et spørgsmål, mange klinikere og afdelinger står overfor i disse år. Debatten kommer let til at handle om teknologien: Hvad kan den? Hvilke opgaver kan den overtage? Og hvor meget tid kan den spare?

Interviewene peger på, at det ikke er her, man skal begynde.

Når forskellige kvaliteter i dokumentationen har betydning i forskellige kliniske sammenhænge, vil den samme teknologi heller ikke skabe den samme værdi for alle.

Interviewene tegner et mere nuanceret billede end den fortælling, der ofte præger debatten. Nogle læger oplever, at ambient scribe ændrer deres dokumentationsarbejde markant til det bedre. Andre oplever fortsat, at klassisk talegenkendelse er den mest effektive løsning i deres kliniske arbejde. Og med AI-strukturering ser vi en stigende interesse for en tredje mulighed, hvor lægen fortsat formulerer det kliniske indhold, mens AI hjælper med at organisere det i journalens struktur.

Flere beskriver, hvordan de anvender forskellige teknologier til forskellige typer konsultationer – eller skifter mellem dem i løbet af den samme konsultation.

Valget handler derfor ikke først og fremmest om at finde den nyeste eller mest avancerede løsning, men om at forstå, hvad man ønsker hjælp til – og hvilke kvaliteter teknologien skal understøtte.

Teknologier flytter forskellige dele af dokumentationsarbejdet

Interviewene viser, at de tre teknologiske tilgange ikke blot adskiller sig ved graden af automatisering. De flytter forskellige dele af dokumentationsarbejdet mellem læge og teknologi.

Ved klassisk talegenkendelse er det fortsat lægen, der indsamler information, formulerer journalen og strukturerer dokumentationen. Teknologien understøtter først og fremmest den præcise omsætning af lægens egne ord til tekst.

Ved AI-strukturering formulerer lægen fortsat selv det kliniske indhold, mens AI overtager arbejdet med at organisere indholdet i journalens struktur. Lægen styrer dermed fortsat, hvad der formuleres, men skal i mindre grad selv håndtere dokumentationens struktur.

Ved ambient scribe tager dokumentationen udgangspunkt i samtalen mellem læge og patient. AI omsætter samtalen til et første journaludkast, som lægen efterfølgende gennemgår, redigerer og godkender.

Det betyder, at forskellen mellem teknologierne ikke primært handler om, hvor meget kunstig intelligens de anvender. Den handler om, hvilke opgaver AI overtager – og hvilke opgaver lægen fortsat selv løser.

	Talegenkendelse	AI-strukturering	Ambient Scribe
Udgangspunkt	Lægen dikterer	Lægen dikterer	Samtale mellem læge og patient
Indhold	Lægen formulerer	Lægen formulerer	AI udarbejder et forslag på baggrund af samtalen
Struktur	Lægen strukturerer	AI strukturerer	AI strukturerer
Lægens rolle	Formulerer og strukturerer	Formulerer og validerer	Gennemgår, redigerer og godkender

Oversigten viser, at det kliniske ansvar fortsat ligger hos lægen. Det, der ændrer sig, er arbejdsdelingen mellem læge og teknologi.

Teknologierne er ikke stærke på det samme

En af undersøgelsens vigtigste indsigter er, at teknologierne ikke løser den samme opgave. De understøtter forskellige dele af dokumentationsarbejdet og forskellige kvaliteter i dokumentationen.

Klassisk talegenkendelse træder især frem som en styrke, når præcise kliniske formuleringer er afgørende. Lægen formulerer selv objektive fund og kliniske vurderinger og kan anvende det specialespecifikke sprog og den detaljeringsgrad, som situationen kræver. For erfarne brugere

kan kombinationen med standardtekster samtidig gøre dokumentationen meget effektiv: Det tilbagevendende kan standardiseres, mens lægen selv formulerer det individuelle.

Ambient scribe har en anden styrke. Her fremhæver lægerne især muligheden for at fastholde patientens fortælling og de detaljer, der opstår i samtalen. Teknologien kan opfange information, som lægen ellers selv skal huske og efterfølgende formulere, og reducerer samtidig behovet for en særskilt dokumentationshandling. Journaludkastet kræver dog fortsat faglig bearbejdning. Det gælder især objektive fund og kliniske vurderinger, hvor flere læger lægger vægt på deres egne formuleringer.

AI-strukturering løser en tredje opgave. Her formulerer lægen fortsat selv det kliniske indhold, mens AI organiserer det i den ønskede journalstruktur. Værdien ligger dermed i at reducere arbejdet med struktur uden at overtage formuleringen af det kliniske indhold.

Teknologiernes styrker afspejler dermed forskellige behov. Det afgørende er ikke, hvilken teknologi der kan mest, men hvordan dens styrker passer til det, dokumentationen skal gøre muligt i den konkrete situation.

Valget handler ikke nødvendigvis om én teknologi

Måske er undersøgelsens mest overraskende resultat, at flere læger ikke beskriver teknologierne som gensidigt udelukkende alternativer.

Interviewene indeholder eksempler på læger, der anvender forskellige teknologier til forskellige opgaver. Ambient scribe kan eksempelvis anvendes, når patientens fortælling fylder meget, mens klassisk talegenkendelse kan være mere hensigtsmæssig, når objektive fund eller kliniske vurderinger skal formuleres præcist.

Interviewene udfordrer dermed forestillingen om, at én ny teknologi nødvendigvis erstatter den foregående. Teknologierne kan i stedet supplere hinanden, fordi de understøtter forskellige dele af dokumentationsarbejdet.

For nogle læger vil én teknologi være den rigtige løsning. For andre vil værdien ligge i at kunne vælge mellem flere – afhængigt af konsultationstype, klinisk opgave eller den enkelte patientsituation.

Valget handler derfor ikke nødvendigvis om én teknologi, men om den teknologi – eller kombination af teknologier – der bedst understøtter det kliniske arbejde i den konkrete situation.

Samtidig er teknologierne under fortsat udvikling, og grænserne mellem dem vil ikke nødvendigvis være lige så tydelige fremover. Nye funktioner kan bygges oven på de eksisterende tilgange og understøtte flere dele af dokumentationsarbejdet – eksempelvis medicinsk kodning, overblik, identifikation af manglende information eller inddragelse af relevant patienthistorik.

Det gør det endnu vigtigere ikke alene at tænke i teknologikategorier, men i hvilke dele af det kliniske arbejde teknologien skal understøtte – og hvilken værdi den skal skabe.



Samspillet skal udvikles over tid

At vælge den teknologi, der passer bedst til opgaven, er kun en del af arbejdet.

Interviewene viser, at værdien ikke opstår gennem teknologien alene. Den udvikles i samspillet mellem teknologi og klinisk praksis.

Flere interviewpersoner beskriver, hvordan dette samspil ændrer sig over tid. De eksperimenterer med nye arbejdsgange, afprøver teknologier i forskellige typer konsultationer og finder gradvist frem til, hvornår en teknologi skaber værdi – og hvornår den ikke gør. For nogle betyder det, at de anvender forskellige teknologier til forskellige opgaver. For andre, at de kombinerer teknologier eller ændrer deres arbejdsgange i takt med, at de får erfaring.

Samtidig står teknologien ikke stille. Dokumentationsteknologierne udvikler sig hurtigt, nye funktioner kommer til, og grænserne mellem teknologierne kan flytte sig. Dokumentation kan eksempelvis kobles med AI-baseret kodning, beslutningsstøtte, klinisk feedback eller andre former for støtte til det kliniske arbejde.

Hverken teknologien eller den kliniske praksis er dermed et fast endepunkt, som den anden blot skal tilpasses til. Begge udvikler sig – og det gør samspillet mellem dem også.

Målet er ikke nødvendigvis at bevare den eksisterende arbejdsdeling mellem læge og teknologi. Når AI overtager dele af dokumentationsarbejdet, kan lægens arbejde ændre karakter. Når arbejdsdelingen ændres, skal man både forholde sig til, hvad man risikerer at miste, og hvad man har brug for at udvikle. Det gælder både de faglige kompetencer og former for bearbejdning, vi risikerer at miste, og de nye kompetencer, som den ændrede arbejdsdeling kalder på.
Spørgsmålet er derfor ikke, hvordan vi undgår, at AI ændrer lægens arbejde, men hvordan vi udvikler lægens arbejde sammen med teknologien, så det fagligt værdifulde ikke forsvinder i automatiseringen.

Implementering handler derfor ikke alene om at indføre en teknologi i eksisterende arbejdsgange. Det handler om løbende at udvikle den måde, teknologi, arbejdsgange og klinisk praksis spiller sammen på.

Dokumentationskompasset som dialogværktøj

Det kræver en løbende dialog om det dokumentationsarbejde, teknologien skal indgå i, og om hvad man ønsker, at teknologien skal understøtte.

Dokumentationskompasset er udviklet med dette formål.

Kompasset er ikke udviklet til at placere læger eller specialer i faste kategorier. Det er et refleksions- og dialogværktøj, der kan hjælpe klinikere, ledere og implementeringsansvarlige med at undersøge dokumentationsarbejdet – både når nye teknologier skal vurderes, og når eksisterende løsninger og arbejdsgange udvikler sig.

Eksempelvis kan følgende spørgsmål danne udgangspunkt for dialogen:

- Hvor opstår den klinisk relevante information?
- Hvilken rolle spiller dokumentationen i den kliniske tænkning?
- Hvor vigtig er lægens egen formulering?
- Hvad giver mening at standardisere?
- Hvad skal dokumentationen gøre muligt – og for hvem?

De første fire spørgsmål udgør Dokumentationskompasset. Det sidste bygger videre på Kompasset og retter opmærksomheden mod de kvaliteter, dokumentationen skal understøtte.

Spørgsmålene kan bruges til at tage mere kvalificeret stilling til, hvilke teknologier der bedst understøtter det kliniske arbejde – og om én teknologi er tilstrækkelig, eller om forskellige teknologier med fordel kan kombineres.

Men de kan også bruges igen, når teknologien får nye muligheder, eller når arbejdsgange og behov ændrer sig. Kompasset giver dermed ikke ét svar på, hvilken teknologi der er den rigtige. Det giver et fælles udgangspunkt for løbende at vurdere samspillet mellem teknologi og dokumentationsarbejde.

Hvad skal teknologien overtage – og hvad skal den understøtte?

Interviewene peger på et betydeligt potentiale for, at teknologi kan understøtte dokumentationsarbejdet. Flere beskriver, hvordan teknologien kan reducere administrative opgaver, sikre en mere fyldestgørende anamnese, understøtte dokumentationsstandarder eller fungere som et ekstra øre i konsultationen. Potentialet for at frigøre tid og mindske den administrative belastning er derfor tydeligt.

Samtidig tegner der sig et mere nuanceret billede af dokumentationens rolle.

På tværs af interviewene beskrives dokumentation ikke alene som en administrativ opgave. For flere er dokumentationen tæt forbundet med klinisk observation, faglig formulering og refleksion. Beskrivelsen af objektive fund, formuleringen af den kliniske vurdering og arbejdet med at omsætte observationer til et præcist fagligt sprog kan være en integreret del af det kliniske arbejde.

Automatisering bør derfor ikke kun vurderes ud fra, hvor meget arbejde teknologien kan overtage. Det er også relevant at overveje, hvilken funktion den del af dokumentationsarbejdet, der automatiseres, har for lægen og det kliniske arbejde

Nogle dele opleves primært som rutineprægede og rummer et stort potentiale for automatisering. Andre er tættere forbundet med klinisk tænkning, vurdering og faglig formulering. Her bliver spørgsmålet snarere, hvordan teknologien kan understøtte arbejdet uden samtidig at fjerne den faglige bearbejdning, som dokumentationen bidrager til.

Men denne arbejdsdeling er heller ikke nødvendigvis fast. Når teknologien udvikler sig, og lægerne får erfaring med at bruge den, kan grænsen mellem det, teknologien overtager, og det, lægen selv gør, flytte sig. Samtidig kan nye måder at arbejde på skabe nye behov og stille nye krav til teknologien.

Opgaven bliver derfor ikke at fastlægge den optimale arbejdsdeling mellem læge og teknologi én gang for alle. Den bliver løbende at vurdere, hvilke dele teknologien med fordel kan overtage, hvilke den skal understøtte, og hvor lægens aktive bearbejdning fortsat skaber værdi.

Det gør evnen til løbende at vurdere og udvikle samspillet mellem teknologi og klinisk praksis til en vigtig organisatorisk kompetence.

Målet er ikke at automatisere mest muligt, men at udvikle et samspil, hvor teknologien frigør lægens tid og faglige kompetencer dér, hvor de skaber størst værdi.



7 principper i valget af teknologi

Tag udgangspunkt i det kliniske arbejde – ikke i teknologien.

Start med arbejdsgangen og det problem, der skal løses. Teknologien er et middel til at understøtte arbejdet – ikke udgangspunktet for at definere det.

Vær tydelig om, hvad teknologien skal hjælpe med.

Forskellige teknologier understøtter forskellige dele af dokumentationsarbejdet. Vær konkret om, hvad der skal blive lettere eller bedre, og hvad teknologien skal understøtte eller overtage.

Vurdér den kliniske værdi – ikke kun den sparede tid.

Se også på, hvad teknologien betyder for nærværet i samtalen, kvaliteten af dokumentationen, præcision, klinisk refleksion, overblik og muligheden for at fastholde patientens historie.

Standardisér, så det skaber genkendelighed og sammenhæng – og bevar plads til det individuelle.

Fælles standarder kan gøre dokumentationen lettere at læse og anvende for andre. Men de skal fortsat give plads til den enkelte patient, den kliniske vurdering og relevante forskelle.

Hold flere teknologiske muligheder åbne.

Én teknologi behøver ikke løse alle dokumentationsopgaver. Forskellige teknologier kan være relevante i forskellige situationer – og kan også supplere hinanden.

Tilpas ikke kun teknologien til din praksis – vær også åben for at udvikle praksis.

Ny teknologi kan gøre mere end at effektivisere det, du allerede gør. Afprøv også, om den åbner for andre og bedre måder at arbejde på.

Udvikl løbende samspillet mellem teknologi og praksis.

Hverken teknologien eller den kliniske praksis står stille. Nye muligheder og nye behov gør det nødvendigt løbende at lære, justere og tage stilling til, hvordan teknologien bedst understøtter arbejdet.



Kontakt



Anne Bøgh Fangel
Director of Customer Engagement and Innovation
NEXUS / OMILON
+45 22 25 53 22
anne.bogh.fangel@nexus-omilon.com

nexus | omilon