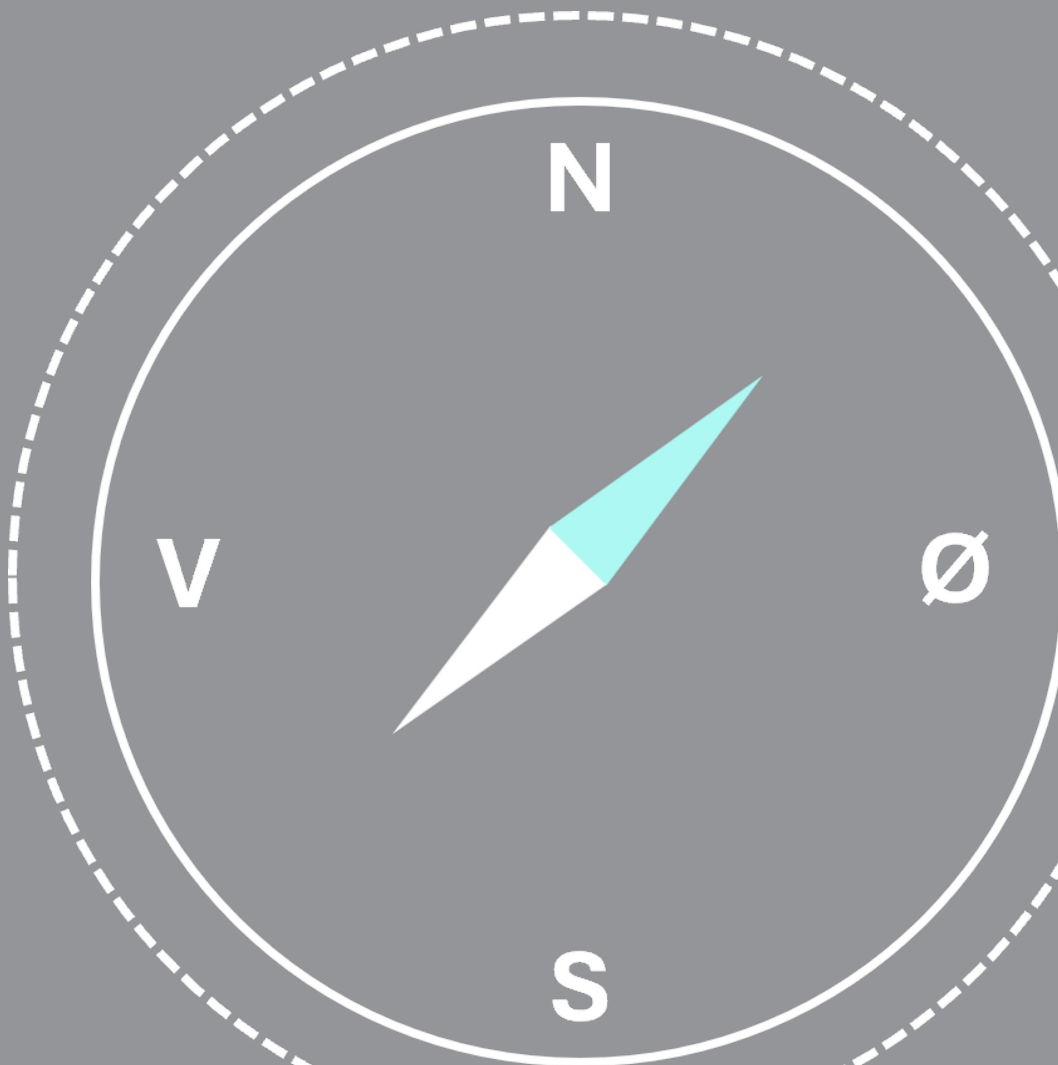
Dokumentasjon i endring

Hvordan navigerer vi i valget av teknologi?



Innhold

Introduksjon 3

Om undersøkelsen 4

Dokumentasjonskompasset 11

Hvilken verdi har dokumentasjonen for legene? 28

Når dokumentasjonspraksis møter teknologi 30

Samspillet skal utvikles over tid 34

7 prinsipper i valg av teknologi 38

Introduksjon

Kunstig intelligens har på få år blitt en sentral del av samtalen om klinisk dokumentasjon. Særlig ambient scribe-løsninger skaper store forventninger, fordi de kan lytte med i konsultasjonen og automatisk utarbeide et utkast til journalnotatet.

NEXUS / OMILON har i mer enn 20 år arbeidet med implementering av talebaserte dokumentasjonsteknologier i helsevesenet. I dag omfatter det både klassisk talegjenkjenning og nyere KI-baserte løsninger som ambient scribe. Gjennom implementeringer på tvers av Danmark, Norge og Sverige ser vi et betydelig potensial: mindre tid foran skjermen, mer tid med pasienten og en mer effektiv dokumentasjonsprosess.

Samtidig ser vi at de ulike teknologiene ikke skaper de samme verdiene for alle leger. Noen leger opplever ambient scribe som en markant forbedring av dokumentasjonsarbeidet sitt. Andre foretrekker fortsatt klassisk talegjenkjenning. Og flere etterspør løsninger der ulike teknologier kan kombineres, slik at de understøtter ulike deler av dokumentasjonsarbeidet.

Det reiser et sentralt spørsmål:
HVORFOR ER NOEN LEGER BEGEISTRET FOR AMBIENT SCRIBE, MENS ANDRE FORETREKKER KLASSISK TALEGJENKJENNING?

Denne rapporten springer ut av et ønske om å undersøke og besvare dette spørsmålet. Gjennom 13 kvalitative intervjuer med spesialister fra ulike kliniske spesialiteter undersøker rapporten hvordan leger arbeider med dokumentasjon i sin daglige kliniske praksis, og hvilken betydning det har for valg, bruk og implementering av ulike dokumentasjonsteknologier.

Rapportens formål er ikke å identifisere én teknologi som den beste. Formålet er å skape en bedre forståelse av arbeidsformen som teknologiene skal understøtte. Med utgangspunkt i intervjuene utvikles derfor et analytisk grunnlag for å forstå hvorfor den samme teknologien kan oppleves som verdifull i én klinisk sammenheng og mindre relevant i en annen.

Målet med rapporten er å bidra med kunnskap som kan styrke valget, implementeringen og bruken av dokumentasjonsteknologier i klinisk praksis – med utgangspunkt i legenes arbeidsprosesser fremfor teknologiens funksjoner.

Om undersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført sommeren 2026 i samarbeid med utvalgte kunder i Danmark, Norge og Sverige. Rapporten bygger på 13 kvalitative intervjuer med spesialister som alle bruker dokumentasjonsteknologi som en integrert del av sitt daglige kliniske arbeid.

Formålet har vært å undersøke hvordan leger dokumenterer i klinisk praksis, og hvilken betydning dokumentasjonspraksis har for opplevelsen, bruken og implementeringen av ulike dokumentasjonsteknologier.

13
Samtaler

6
medisinske spesialiseringer

6
timer med samtaler

252
sider med transkripsjon

Intervjupersoner

Intervjupersonene arbeider alle i privat praksis og representerer ulike spesialiteter og ulike måter å arbeide med dokumentasjon på.

Felles for dem er at de alle har flere års erfaring med digitale dokumentasjonsverktøy og har arbeidet med mer enn én type dokumentasjonsteknologi. Flere har erfaring med både klassisk talegjenkjenning, KI-basert strukturering og ambient scribe-løsninger.

Intervjupersonene er valgt ut for å sikre størst mulig variasjon i både kliniske arbeidsprosesser og måter å arbeide med dokumentasjon på.

Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte kvalitative intervjuer med utgangspunkt i en felles intervjuguide. Samtalene tok utgangspunkt i legenes erfaringer med dokumentasjon, kliniske arbeidsprosesser og bruk av dokumentasjonsteknologier. Alle intervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert.

Analytisk tilnærming

Intervjuene ble først analysert enkeltvis og deretter på tvers for å identifisere mønstre, forskjeller og tilbakevendende temaer i legenes erfaringer med dokumentasjon og ulike dokumentasjonsteknologier.

Undersøkelsen tok utgangspunkt i et ønske om å forstå legenes erfaringer med ulike dokumentasjonsteknologier. Under analysen ble det imidlertid gradvis tydelig at teknologiene bare utgjorde en del av forklaringen. Intervjuene pekte på at legenes opplevelser i større grad kunne forstås gjennom deres dokumentasjonspraksis enn gjennom teknologienes egenskaper. Denne erkjennelsen kom til å prege rapportens analyser og konklusjoner.

Man kan derfor si at analysen begynte med et spørsmål om teknologi, men endte med en ny forståelse av dokumentasjonspraksis.

De deltakende legene

PSYKIATER
Danmark

Benyttet teknologi
Kombinasjon

ØRE-NESE-HALSLEGE
Danmark

Benyttet teknologi
Talegjenkjenning

BARNELEGE
Danmark

Benyttet teknologi
Talegjenkjenning

FASTLEGE
Sverige

Benyttet teknologi
Kombinasjon

ØRE-NESE-HALSLEGE
Danmark

Benyttet teknologi
Ambient Scribe

FASTLEGE
Færøyene

Benyttet teknologi
Ambient Scribe

FASTLEGE
Danmark

Benyttet teknologi
Kombinasjon

ØRE-NESE-HALSLEGE
Norge

Benyttet teknologi
Kombinasjon

DERMATOLOG
Norge

Benyttet teknologi
Talegjenkjenning

PSYKIATER
Norge

Benyttet teknologi
Ambient Scribe

ORTOPEDKIRURG
Danmark

Benyttet teknologi
Talegjenkjenning

FASTLEGE
Sverige

Benyttet teknologi
Talegjenkjenning

FASTLEGE
Sverige

Benyttet teknologi
KI-Structuring

Teknologiene – en felles begrepsramme

I rapporten brukes tre sentrale begreper om KI-understøttet klinisk dokumentasjon: **talegjenkjenning, I-strukturering og ambient scribe.** Begrepene brukes ikke alltid likt i litteraturen eller av leverandørene. Beskrivelsene nedenfor presiserer hvordan de forstås og brukes i denne rapporten.

Talegjenkjenning

Ved talegjenkjenning dikterer legen journalnotatet direkte i pasientjournalen. Talen omsettes fortløpende til tekst (speak-on-cursor), slik at legen kan se resultatet og redigere, omformulere eller legge til innhold underveis i dikteringen.

Talegjenkjenningsløsninger for helsevesenet er utviklet for å understøtte medisinsk terminologi og klinisk fagspråk. De inneholder dessuten vanligvis talekommandoer som gjør det mulig å navigere i journalsystemet samt sette inn standardtekster eller maler ved hjelp av stemmen.

Legen utarbeider dermed selv pasientjournalens innhold, struktur og formuleringer.

KI-strukturering

Ved KI-strukturering dikterer legen også journalens innhold. Legen kan snakke friere uten å måtte følge journalens endelige struktur underveis. KI organiserer deretter innholdet i den ønskede journalmalen eller strukturen. Maler konfigureres med utgangspunkt i legens og/eller pasientjournalsystemets struktur.

Legen står fortsatt for de kliniske vurderingene og formuleringene, mens KI understøtter strukturingen av dokumentasjonen.

Ambient scribe

Ved ambient scribe tar dokumentasjonen utgangspunkt i samtalen mellom lege og pasient. Teknologien lytter til konsultasjonen og utarbeider deretter et forslag til journalnotat på bakgrunn av dialogen.

Legen gjennomgår, validerer, redigerer og godkjenner deretter journalutkastet før det tas i bruk.

Det finnes ikke én måte å dokumentere på

Klinisk dokumentasjon kan umiddelbart fremstå som en ensartet arbeidsoppgave. Alle leger dokumenterer i den elektroniske pasientjournalen, og alle arbeider under de samme overordnede kravene til journalføring, kvalitet og pasientsikkerhet.

Likevel viser våre erfaringer at leger ofte tar ulike valg i implementeringen av dokumentasjonsteknologier. Det reiser et sentralt spørsmål:

Hvorfor opplever noen leger stor verdi med én teknologi, mens andre velger en annen?

Det var inngangen til undersøkelsen vår.
Men intervjuene viste raskt at svaret ikke bare finnes i teknologienes funksjoner. Den samme teknologien kan oppleves svært forskjellig – også av leger innenfor samme spesialitet. Og leger som legger vekt på de samme kvalitetene i dokumentasjonen, kan likevel velge ulike løsninger.

Det ble begynnelsen på en ny erkjennelse.
Hvis vi vil forstå hvorfor en teknologi skaper verdi for noen leger, men ikke for andre, må vi først forstå hvordan dokumentasjonen inngår i det kliniske arbeidet.

Fokuset i undersøkelsen flyttet seg derfor fra teknologiene til selve dokumentasjonsarbeidet.

Intervjuene peker på at forskjellene handler om langt mer enn hvordan journalen blir skrevet. De handler også om hvilken rolle dokumentasjonen spiller i den kliniske tenkningen, hvor den klinisk relevante informasjonen oppstår, hvilken betydning legens egne formuleringer har, og hva det gir mening å standardisere.

Samme spesialitet – ulike valg

Allerede i de første intervjuene blir det tydelig at teknologivalg ikke kan forklares med spesialiteten alene.

To øre-nese-halsleger legger begge stor vekt på effektivitet og en smidig pasientflyt. Likevel organiserer de dokumentasjonsarbeidet forskjellig.

For den ene er styrken ved klassisk talegjenkjenning at journalen kan ferdigstilles mens pasienten fortsatt er i konsultasjonen.

> ”Journalen skal være ferdig før pasienten går.”

Den andre bruker både klassisk talegjenkjenning og ambient scribe, og velger mellom teknologiene avhengig av oppgaven. Ved korte kontroller og standardiserte undersøkelser bruker han primært talegjenkjenning sammen med egne standardtekster. Her kan han raskt ferdigstille journalen med utgangspunkt i en kjent struktur. Ved lengre førstegangskonsultasjoner og mer omfattende problemstillinger bruker han ambient scribe. Her tar anamnesen større plass, og teknologien hjelper ham med å bevare pasientens fortelling og detaljene som kommer frem i samtalen.

> ”Når det er korte journaler og kontroller, bruker jeg mest [talegjenkjenning].
> Ved mer omfattende problemstillinger bruker jeg [samtaleløsningen].”

Forskjellen handler ikke om at den ene ønsker effektivitet og den andre kvalitet. Begge legger vekt på en effektiv og smidig pasientflyt. Men det fører ikke nødvendigvis til samme teknologivalg, fordi dokumentasjonen inngår forskjellig i arbeidet deres – og fordi det er forskjellig hva de har behov for hjelp til å bevare.

Samme teknologi – ulike arbeidsformer

En tilsvarende variasjon viser seg blant to psykiatere som begge arbeider med ambient scribe.

For den ene har teknologien blitt en naturlig del av hverdagen. Den skaper mer ro i konsultasjonen og frigjør tid. Samtidig opplever legen at noe viktig endrer seg. Noe går tapt. Den tidligere dikteringen hadde vært en del av den faglige bearbeidingen av pasientens historie.

> ”Det gode er at jeg sparer tid ... Men selve den bearbeidingsfasen etterpå er jo slutt.”

Den andre psykiateren beskriver den samme teknologien fra en annen vinkel. Her oppleves ambient scribe nettopp som en styrke fordi dokumentasjonen kan tre i bakgrunnen under konsultasjonen. Teknologien gjør det mulig å være mer til stede og fungerer samtidig som et ”ekstra øre” som kunne bevare detaljer og nyanser fra samtalen.

Den samme teknologien skaper altså verdi i begge situasjoner. For den ene blir det tydelig at dokumentasjonen også har fungert som faglig bearbeiding. For den andre ligger verdien blant annet i å kunne frigjøre oppmerksomhet fra selve dokumentasjonsoppgaven under samtalen.

Et tredje intervju peker på enda en variasjon. Her beskriver legen hvordan ambient scribe fungerer godt for pasientens fortelling, mens objektive funn og bildediagnostiske beskrivelser fortsatt dokumenteres best med klassisk talegjenkjenning:

> ”Pasientens fortelling fungerer godt med ambient.
> De objektive funnene dikterer jeg fortsatt selv.”

Her blir teknologiene ikke oppfattet som alternativer, men som verktøy for ulike deler av dokumentasjonsarbeidet.

En ny forståelse av dokumentasjonsarbeidet

På tvers av intervjuene tegner det seg gradvis et mønster.

Flere av de erfarne brukerne beskriver ikke én teknologi som den beste. Tvert imot er de pragmatiske. De velger – og kombinerer – teknologier ut fra den konkrete situasjonen og oppgaven dokumentasjonen skal løse.

Det endrer også analysens retning.

Hvis rapporten skal hjelpe andre leger med å ta kvalifiserte valg, er det ikke nok å sammenligne teknologienes funksjoner. Vi må først forstå hvordan dokumentasjon inngår i det kliniske arbeidet.

Det første gjennomgående funnet blir derfor at klinisk dokumentasjon ikke kan forstås som én ensartet arbeidsoppgave. Leger arbeider med dokumentasjon på ulike måter, og dokumentasjonen spiller ulike roller i det kliniske arbeidet. Det stiller også ulike krav til teknologiene som skal understøtte arbeidet.

For å kunne beskrive denne variasjonen har vi utviklet **dokumentasjonskompasset**. Kompasset samler fire forhold som på tvers av intervjuene har betydning for hvordan dokumentasjonen inngår i det kliniske arbeidet – og dermed også for hvordan ulike dokumentasjonsteknologier kan skape verdi. Det skal ikke vise én riktig retning, men hjelpe med å orientere seg i forholdene som har betydning for valget og bruken av dokumentasjonsteknologi. Kompasset plasserer ikke den enkelte legen i en fast posisjon. Svarene kan variere mellom ulike konsultasjoner og dokumentasjonsoppgaver – også for den samme legen.


omilon

DOKUMENTASJONS-KOMPASSET

Hvor oppstår den klinisk relevante informasjonen?

Hva gir det mening å standardisere?



Hvilken rolle spiller dokumentasjonen i den kliniske tenkningen?

Hvilken betydning har legens egne formuleringer?

Hvor oppstår klinisk relevant informasjon?



Pasientens fortelling



Objektive funn

Klinisk relevant informasjon oppstår ikke alltid på det samme sted. I noen konsultasjoner er pasientens fortelling den primære kilden til den kliniske forståelsen, mens det i andre er den objektive undersøkelsen og dde kliniske funnene

Den klinisk relevante informasjonen oppstår ulike steder

Alle kliniske konsultasjoner rommer både pasientens fortelling og legens egne observasjoner, undersøkelser og kliniske vurderinger. Begge deler inngår i de aller fleste pasientforløp og er nødvendige for å kunne ta kliniske beslutninger.

Intervjuene viser imidlertid at den klinisk relevante informasjonen ikke alltid oppstår på samme sted i konsultasjonen.

I noen konsultasjoner er pasientens fortelling den viktigste kilden til informasjon. Her er det gjennom samtalen legen får kunnskapen som danner grunnlag for den kliniske forståelsen. Dokumentasjonen blir tett knyttet til legens evne til å bevare, strukturere og sammenfatte pasientens historie.

I andre konsultasjoner oppstår den klinisk relevante informasjonen i større grad gjennom legens egne observasjoner, den objektive undersøkelsen og de kliniske funnene. Her skal dokumentasjonen først og fremst kunne beskrive presist hva legen ser, undersøker og vurderer.

Det er altså ikke enten–eller. De fleste konsultasjoner rommer både samtale og undersøkelse eller observasjon. Forskjellen ligger i hvor informasjonen som skal bevares i journalen, primært oppstår.

Det er det første spørsmålet i Dokumentasjonskompasset:

Hvor oppstår den klinisk relevante informasjonen?

Legenes stemmer

Psykiater

”Ambient scribe fanger også opp noen detaljer som jeg kanskje ikke selv har lagt merke til under samtalen. Altså fakta. Så kan jeg velge om jeg vil bruke dem eller ikke.”

Øre-nese-halslege

”Jo flere funn du gjør, desto mer presist må du kunne beskrive det. Hvis det feiler dem noe, hvis det er litt mer komplisert, hvis jeg finner noe jeg skal beskrive, er det veldig godt å bruke talegjenkjenning...”

Dermatolog

”Mens jeg dermatoskoperer pasienten, beskriver jeg ofte det jeg ser underveis. De objektive funnene blir mye bedre på den måten enn med en KI-løsning.”

Allmennlege

”Jeg kan ikke i en samtale med pasienten si:
‘Nå skal jeg lytte på hjertet.
Nå skal jeg lytte på lungene.
Nå skal jeg måle blodtrykket.’”

På tvers av intervjuene

Ved første øyekast kan forskjellene synes å følge spesialitetene. Psykiateren arbeider vanligvis med samtalen som en sentral del av konsultasjonen, mens dermatologen eller øre-nese-halslegen i større grad arbeider med objektive funn.

Intervjuene peker imidlertid på at denne forklaringen er for enkel. Også innenfor samme spesialitet kan det være forskjeller, og den enkelte legen kan arbeide forskjellig fra konsultasjon til konsultasjon.

Det avgjørende er derfor ikke spesialiteten, men hvor den klinisk relevante informasjonen primært oppstår i den konkrete situasjonen.

Det har betydning for hva journalen skal kunne bevare. Når pasientens fortelling er den viktigste informasjonen, skal dokumentasjonen kunne fange opp og sammenfatte samtalen. Når de kliniske funnene er sentrale, blir presis gjengivelse av observasjoner, undersøkelser og vurderinger viktig.

Forskjellen går altså på tvers av både spesialiteter og kliniske situasjoner. Den samme legen kan derfor også ha ulike behov for teknologi avhengig av typen konsultasjon.

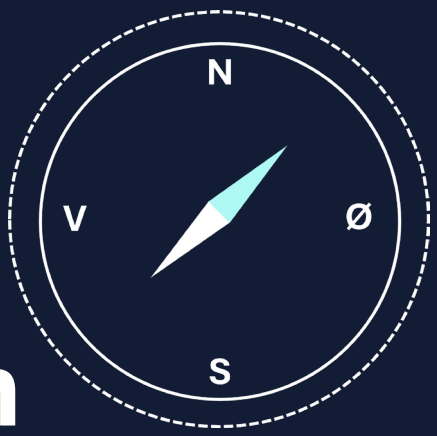
Perspektiv

Det får betydning for hvilken teknologi som best understøtter arbeidet.

En teknologi som er god til å bevare og sammenfatte pasientens fortelling, er ikke nødvendigvis like godt egnet til å dokumentere objektive funn og kliniske observasjoner – og omvendt.

Det er en viktig forklaring på hvorfor den samme teknologien kan skape stor verdi i én situasjon og mindre verdi i en annen. Teknologien skal ikke bare passe til spesialiteten eller legen, men også til den typen informasjon som skal bevares i den konkrete konsultasjonen.

Hvilken rolle spiller dokumentasjonen i den kliniske tenkningen?



Dokumentasjon som registrering ⟷ Dokumentasjon som klinisk resonnering

Dokumentasjon spiller ikke den samme rollen i den kliniske arbeidsprosessen. For noen klinikere er det å formulere journalen en del av den kliniske resonneringen, mens dokumentasjonen for andre først begynner når vurderingen allerede er avklart.

Dokumentasjon er ikke alltid bare en registreringsoppgave

Når en journal skrives, kan det umiddelbart se ut som om dokumentasjonen bare beskriver det kliniske arbeidet som allerede er utført.

Intervjuene viser imidlertid at dokumentasjonen ikke alltid spiller den samme rollen i den kliniske arbeidsprosessen.

For noen leger er det å formulere journalen en del av den kliniske tenkningen. Når de formulerer journalen, skaper de samtidig oversikt, prøver ut sammenhenger og kvalifiserer vurderingen av pasienten. Dokumentasjonen blir dermed en del av prosessen der den kliniske forståelsen tar form.

For andre er den kliniske vurderingen i større grad på plass før dokumentasjonen begynner. Her blir journalens oppgave først og fremst å registrere og formidle en beslutning som allerede er tatt.

Det er ikke et spørsmål om at den ene måten er riktigere enn den andre. Forskjellen ligger i når dokumentasjonen kommer inn i den kliniske tenkningen – og hvilken rolle den spiller i den.

Det er det andre spørsmålet i Dokumentasjonskompasset: **Hvilken rolle spiller dokumentasjonen i den kliniske tenkningen?**

Legenes stemmer

Psykiater

”Når jeg skriver, har jeg også en aktiv tankeprosess. Det er ikke bare en ferdig tekst som jeg skal redigere og legge til noe i, men jeg bruker det til å tenke gjennom hele pasientens situasjon, altså forløpet, diagnosen...”

Øre-nese-halslege

Pasienten kommer inn, presenterer problemet sitt, og så lager vi en plan... Jeg lager som oftest planen før pasienten har gått.”

Fastlege

Man blir mye mer bevisst på hvordan man bygger opp konsultasjonen ... man blir mye bedre til å la pasienten snakke og oppsummere.”

På tvers av intervjuene

Det som kunne se ut som en forskjell i måten journalen blir skrevet på, viste seg i intervjuene også å handle om noe mer grunnleggende: nemlig når og hvordan dokumentasjon inngår i den kliniske tenkningen.

For noen leger hjelper selve formuleringen av journalen med å skape oversikt og kvalifisere den kliniske vurderingen. Dokumentasjonen er altså ikke bare et resultat av den kliniske prosessen – den er en del av den.

For andre er vurderingen og planen i større grad på plass før journalen blir skrevet. Her skal dokumentasjonen først og fremst bevare det legen allerede har vurdert og besluttet.

Forskjellen følger ikke nødvendigvis spesialiteten eller teknologien legen bruker. Den handler om rollen dokumentasjonen spiller i legens arbeid.

Perspektiv

Hvis dokumentasjonen er en del av tenkearbeidet, må man være oppmerksom på hva som skjer med dette tenkearbeidet når KI overtar mer av formuleringen.

KI kan imidlertid overta ulike deler av dokumentasjonsarbeidet. Ved KI-strukturering formulerer legen fortsatt selv det kliniske innholdet, mens KI hjelper med å organisere det i journalens struktur. Her endres arbeidsdelingen på en annen måte enn ved ambient scribe, fordi legen fortsatt står for formuleringen.

Det trenger ikke bety at den faglige bearbeidingen blir mindre. KI kan potensielt frigjøre tid til refleksjon, fordi legen ikke trenger å bruke like mye tid på selve formuleringen. Et KI-generert utkast kan samtidig brukes aktivt som utgangspunkt for å tenke videre, justere og kvalifisere den kliniske vurderingen.

Men det skjer ikke av seg selv. Hvis KI-utkastet primært leses gjennom og godkjennes, kan noe av den faglige bearbeidingen som tidligere lå i dokumentasjonsarbeidet, gå tapt. Legen må derfor selv sette seg i førersetet og bruke teknologien aktivt som en del av det videre kliniske arbeidet.

Hvis dokumentasjonsarbeidet er en del av den kliniske tenkningen, blir spørsmålet derfor ikke bare hvor mye KI kan overta, men hvordan arbeidsdelingen mellom lege og teknologi bør legges opp, slik at den faglige bearbeidingen fortsatt får en aktiv plass.

Dette er også relevant i diskusjonen om risikoen for kompetansetap – de-skilling – når KI overtar deler av det faglige arbeidet. Oppgaven er ikke bare å være oppmerksom på en mulig risiko, men aktivt å utvikle arbeidsprosesser der teknologien avlaster, samtidig som det fortsatt er rom for klinisk refleksjon og faglige vurderinger.

Hvor viktig er det at formuleringene er mine egne?



Egne formuleringer har stor betydning

Egne formuleringer har liten betydning

Leger tillegger sine egne ord ulik betydning. For noen er det viktig at journalen gjenspeiler deres egne ord og måten de formulerer den kliniske vurderingen på. For andre er det viktigste at journalinnholdet er korrekt, tilstrekkelig og anvendelig – uansett hvordan teksten har blitt til.

Det er ikke alltid likegyldig hvem som har formulert teksten

Når en journal leses, kan det umiddelbart virke underordnet hvem som har formulert teksten, så lenge innholdet er korrekt.

Intervjuene viser imidlertid at formuleringene for noen leger rommer mer enn informasjon. **For noen er egne formuleringer en viktig del av den faglige verdien i dokumentasjonen.** De er en del av måten legen gjenkjenner sine egne tanker på, husker pasienten og opplever faglig eierskap.

For andre er det viktigste at journalen er korrekt, fyllestgjørende og anvendelig – uansett hvordan teksten har blitt til.

Det er det tredje spørsmålet i Dokumentasjonskompasset: **Hvor viktige er legens egne formuleringer?**

Legenes stemmer

Dermatolog

”Det føles litt godt når det kommer fra mitt eget hode. Jeg gjenkjenner mine egne tanker neste gang jeg har pasienten.”

Psykiater

”Jeg ønsker at tekstforslaget skal gjenspeile personen. At pasienter som går i psykoterapi, ikke ligner så mye på hverandre. At man kan se mer av personligheten bak notatet.”

Psykiater

”Jeg var raskere til å få oversikt når jeg hadde skrevet det selv. Altså når jeg er forfatteren av det.”

På tvers av intervjuene

Det som kan se ut som et spørsmål om personlige skrivepreferanser, viste seg i intervjuene å handle om mer enn bare preferanser.

Det avgjørende er ikke bare om legen foretrekker å skrive selv eller bruke KI-genererte formuleringer. Det handler om hvilken betydning egne formuleringer har for legen.

For noen leger er språket tett knyttet til den kliniske vurderingen. Når de selv formulerer journalen, kan formuleringene bidra til å bevare nyansene som gjør det lettere å skille pasienter og pasientforløp fra hverandre. Det kan ha betydning når legen senere skal huske pasienten og foreta nye kliniske vurderinger. Samtidig kan egne formuleringer være tett knyttet til opplevelsen av faglig eierskap til dokumentasjonen.

For andre ligger verdien først og fremst i journalens innhold. Her er det avgjørende at dokumentasjonen er korrekt, dekkende og anvendelig – uansett om formuleringene kommer fra legen selv, en sekretær eller et KI-generert utkast.

Forskjellen handler dermed om mer enn preferansen for egne eller andres formuleringer. Den handler om hvilken funksjon egne ord har for legen.

Perspektiv

Når KI formulerer journalen, blir det viktig å være oppmerksom på hva som skjer med nyansene legen selv ville ha lagt inn i teksten.

For noen leger kan et KI-generert notat være både korrekt og fyllestgjørende, men likevel oppleves som for generisk. Hvis ulike pasienter og forløp blir for like i journalen, kan nyanser som har betydning for å huske pasienten og foreta senere kliniske vurderinger, gå tapt.

For andre leger har egne formuleringer mindre betydning. Her kan det viktigste være at journalen er fyllestgjørende, uansett hvem som har formulert teksten.

Det avgjørende er derfor ikke bare om KI kan formulere et godt journalnotat, men også om notatet bevarer nyansene som har betydning for det videre kliniske arbeidet.

Hva gir det mening å standardisere?



Frigjøre tid ⟷ Skape gjenkjennelighet

Standardisering brukes ikke bare til å effektivisere dokumentasjonen. Intervjuene viser at den også skaper gjenkjennelighet og en felles struktur i journalen. Dermed blir standardisering et verktøy som både understøtter kvaliteten på dokumentasjonen og frigjør tid til de delene av det kliniske arbeidet som krever faglig skjønn.

Standardisering frigjør tid til det som ikke er standard

Standardisering forbindes ofte med effektivisering og ensartede arbeidsprosesser. Intervjuene viser imidlertid at standardisering kan ha en bredere funksjon i dokumentasjonsarbeidet.

På tvers av spesialiteter beskriver legene hvordan maler, standardtekster og faste arbeidsprosesser kan redusere rutinearbeid og skape en gjenkjennelig struktur i dokumentasjonen.

Det betyr ikke at hele journalen skal standardiseres. Tvert imot kan faste arbeidsprosesser og standardisering av de tilbakevendende delene av dokumentasjonen frigjøre tid og oppmerksomhet til det som krever klinisk vurdering, faglig skjønn og individuelle formuleringer.

Det er det fjerde spørsmålet i Dokumentasjonskompasset: **Hva gir det mening å standardisere?**

Legenes stemmer

Barnelege

”Det er ikke nok med bare et kronologisk opptak og en utskrift av det vi har snakket om. Det er også en sortering.”

Allmennlege

”Jeg dikterer selv, men alt blir strukturert for meg, og det kommer inn i journalen.”

Ortopedkirurg

”En mal er jo ikke bare en ramme for et journaldokument. Den er også en huskeliste: Husk å undersøke det som står på listen.” Jeg vil jo gjerne at det er jeg som bestemmer hvordan malen min skal se ut. Jeg lager mine egne maler. Her bruker jeg erfaringen min.

På tvers av intervjuene

I intervjuene ser vi ulike måter å bruke standardisering på.

Hos noen leger er store deler av dokumentasjonen preget av faste strukturer, maler og tilbakevendende pasientforløp. Her blir standardisering et naturlig verktøy for å skape oversikt, ensartethet og effektivitet. For noen av de erfarne legene rommer de faste strukturene samtidig mange års klinisk erfaring. Malene er ikke bare en måte å spare tid på, men gjenspeiler også solid erfaring med hva som er viktig å dokumentere, og hvordan informasjonen skal organiseres.

Hos andre er dokumentasjonen i større grad preget av komplekse problemstillinger og individuelle vurderinger. Også her kan standardisering spille en viktig rolle – ikke ved å standardisere hele dokumentasjonen, men ved å skape en stabil struktur rundt delene som kan standardiseres.

På tvers av intervjuene blir standardisering dermed ikke en erstatning for den kliniske vurderingen. Tvert imot brukes den til å redusere rutinepregede oppgaver og frigjøre tid og oppmerksomhet til delene av arbeidet som krever klinisk vurdering, faglig skjønn og individuelle formuleringer.

Perspektiv

Ulike dokumentasjonsteknologier kan understøtte standardisering på ulike måter.

For flere av legene som foretrekker talegjenkjenning, er standardtekster og maler en viktig del av effektiviteten. De kan raskt hente frem en kjent tekst og erstatte, legge til eller tilpasse delene som er annerledes for den konkrete pasienten.

KI-strukturering kan understøtte standardisering på en annen måte. Her kan legen formulere innholdet fritt, mens KI organiserer det i den ønskede journalstrukturen. En fast struktur trenger dermed ikke bety at legen må tilpasse selve dikteringen til strukturen.

Ambient kan også understøtte standardisering. Her kan maler sette rammen for det KI-genererte notatet og dermed bidra til en fast og gjenkjennelig struktur i dokumentasjonen.

Ny teknologi skal derfor ikke nødvendigvis erstatte eksisterende strukturer. For noen leger ligger en del av verdien nettopp i at teknologien kan fungere sammen med malene og arbeidsprosessene som allerede fungerer. Men standardisering handler også om hvem dokumentasjonen skal være gjenkjennelig for. Det som fungerer som en effektiv og gjenkjennelig struktur for den enkelte legen, er ikke nødvendigvis det samme som en felles struktur som skaper gjenkjennelighet på tvers.

Samtidig må det være en balanse i forhold til individualisering. En felles struktur skal fortsatt gi plass til nyanser og individuelle formuleringer som kan ha betydning for den enkelte pasienten og den kliniske vurderingen.

Det avgjørende er derfor ikke bare hvor mye teknologien kan standardisere, men hva det gir mening å standardisere – for den enkelte legen og på tvers av organisasjonen.

Hvilken verdi har dokumentasjonen for legene?

Dokumentasjonskompasset skaper en ramme for å forstå hva som er med på å forme måten leger arbeider med dokumentasjon på.

Men intervjuene peker også på en mer grunnleggende erkjennelse: Forskjellene handler ikke bare om hvordan leger dokumenterer, men også om hvilken verdi dokumentasjonen skal skape i det kliniske arbeidet.

Et gjennomgående mønster i intervjuene er at legene beskriver god dokumentasjon ut fra hva den gjør mulig i arbeidet deres.

Ulike kvalitetsidealer

Intervjuene viser dermed at legene ikke bare dokumenterer forskjellig. De kan også legge vekt på ulike kvaliteter når de vurderer hva som er god dokumentasjon.

For noen er kvalitet tett knyttet til at dokumentasjonen understøtter den kliniske tenkningen eller bevarer nyanser som har betydning for det videre pasientforløpet. For andre handler kvalitet i større grad om presisjon, struktur og muligheten til raskt å orientere seg i journalen. Og for andre igjen er en viktig kvalitet at dokumentasjonen understøtter en effektiv arbeidsprosess og frigjør tid og oppmerksomhet til pasienten og den kliniske oppgaven.

Kvalitetene utelukker ikke hverandre. Den samme journalen skal ofte kunne ivareta flere hensyn samtidig, men ulike kvaliteter kan få ulik betydning avhengig av legen, pasienten og den konkrete kliniske situasjonen.

Det henger også sammen med hvem dokumentasjonen skal fungere for, og hva den skal informere om. Det som er et godt og anvendelig notat som legens eget kliniske arbeidsverktøy, er ikke nødvendigvis det samme som en annen kliniker eller faggruppe har behov for. Egne formuleringer og individuelle nyanser kan for eksempel ha stor verdi for legen selv, mens en felles og gjenkjennelig struktur kan gjøre det lettere for andre raskt å finne og forstå relevant informasjon.

Journalen skal ofte fungere for flere mottakere samtidig. Det betyr at kvalitet ikke bare handler om hvorvidt dokumentasjonen er korrekt og fyllestgjørende, men også om den relevante informasjonen er tilgjengelig og anvendelig for dem som skal bruke den. Sett i et bredere perspektiv gjelder det også pasienten, som kan ha andre behov for informasjon enn klinikerne som bruker journalen i arbeidet sitt.

Det finnes derfor ikke ett enkelt kvalitetsideal for god dokumentasjon. Det som er en viktig kvalitet i én sammenheng, kan være mindre viktig i en annen – og ulike kvaliteter kan noen ganger stå i et spenningsforhold til hverandre. Et detaljert notat kan for eksempel bevare kliniske nyanser, men samtidig gjøre det vanskeligere raskt å finne informasjonen som er relevant for den neste kliniske oppgaven. En høy grad av standardisering kan skape gjenkjennelighet på tvers, men skal samtidig gi plass til individuelle forskjeller som har klinisk betydning.

Fra kvalitetsideal til krav til teknologien

De ulike kvalitetsidealene blir dermed også relevante når dokumentasjonsteknologier skal vurderes. Spørsmålet er ikke bare hva teknologien kan, men hvilke kvaliteter i dokumentasjonen og det kliniske arbeidet den skal understøtte.

Dokumentasjonen skaper verdi ved å	Dette kan bety	Det blir viktig å støtte opp om
Skaper klinisk refleksjon	Journalarbeidet hjelper legen med å tenke videre og kvalifisere vurderingen	Mulighet for faglig bearbeiding
Bevarer kliniske nyanser	Detaljer og individuelle forskjeller har betydning ved senere pasientkontakt	Relevante nyanser og individualitet
Formidler klinisk kompetanse presist	Funn, vurderinger og planer skal gjengis presist	Presisjon og kontroll over det kliniske innholdet
Skaper struktur og oversikt	Relevant information skal være lett å finne	Gjenkjennelig struktur og oversikt
Fungerer for ulike mottakere	Legen selv, andre klinikere og i noen sammenhenger pasienten har ulikt informasjonsbehov	Relevant og anvendelig informasjon for den som skal bruke den
Understøtter arbeidsprosessen	Rutinearbeid fyller mindre	Effektivitet og sammenhenger i den kliniske arbeidsgangen

Tabellen skal ikke forstås som seks ulike typer dokumentasjon eller leger. Flere kvaliteter vil vanligvis være relevante samtidig. Poenget er at betydningen deres kan variere – og at det derfor også vil variere hva teknologien skal være god til.

De ulike kvalitetsidealene gir dermed et annet utgangspunkt for å se på dokumentasjons-teknologi. I stedet for bare å spørre hva teknologien kan, blir det relevant først å spørre hva dokumentasjonen skal gjøre mulig – og for hvem.

Det er dette spørsmålet vi tar med oss videre når vi i neste kapittel ser nærmere på hvordan ulike dokumentasjonsteknologier understøtter ulike deler av dokumentasjonsarbeidet.

Når dokumentasjons-praksis møter teknologi

Det finnes ikke én riktig dokumentasjonsteknologi

> *Skal vi velge ambient scribe? Eller er klassisk talegjenkjenning fortsatt den beste løsningen?"*

Det er et spørsmål mange klinikere og avdelinger står overfor i disse årene. Debatten kommer lett til å handle om teknologien: Hva kan den? Hvilke oppgaver kan den overta? Og hvor mye tid kan den spare?

Intervjuene peker på at det ikke er her man skal begynne.

Når ulike kvaliteter i dokumentasjonen har betydning i ulike kliniske sammenhenger, vil den samme teknologien heller ikke skape den samme verdien for alle.

Intervjuene tegner et mer nyansert bilde enn fortellingen som ofte preger debatten. Noen leger opplever at ambient scribe endrer dokumentasjonsarbeidet deres markant til det bedre. Andre opplever fortsatt at klassisk talegjenkjenning er den mest effektive løsningen i det kliniske arbeidet deres. Og med KI-strukturering ser vi en økende interesse for en tredje mulighet, der legen fortsatt formulerer det kliniske innholdet, mens KI hjelper med å organisere det i journalens struktur.

Flere beskriver hvordan de bruker ulike teknologier til ulike typer konsultasjoner – eller skifter mellom dem i løpet av den samme konsultasjonen.

Valget handler derfor ikke først og fremst om å finne den nyeste eller mest avanserte løsningen, men om å forstå hva man ønsker hjelp til – og hvilke kvaliteter teknologien skal understøtte.

Teknologier flytter ulike deler av dokumentasjonsarbeidet

Intervjuene viser at de tre teknologiske tilnærmingene ikke bare skiller seg fra hverandre i graden av automatisering. De flytter ulike deler av dokumentasjonsarbeidet mellom lege og teknologi.

Ved klassisk talegjenkjenning er det fortsatt legen som samler inn informasjon, formulerer journalen og strukturerer dokumentasjonen. Teknologien understøtter først og fremst den presise omsettingen av legens egne ord til tekst.

Ved KI-strukturering formulerer legen fortsatt selv det kliniske innholdet, mens KI overtar arbeidet med å organisere innholdet i journalens struktur. Legen styrer dermed fortsatt hva som formuleres, men trenger i mindre grad å håndtere dokumentasjonens struktur selv.

Ved ambient scribe tar dokumentasjonen utgangspunkt i samtalen mellom lege og pasient. KI omsetter samtalen til et første journalutkast, som legen deretter gjennomgår, redigerer og godkjenner.

Det betyr at forskjellen mellom teknologiene ikke primært handler om hvor mye kunstig intelligens de bruker. Den handler om hvilke oppgaver KI overtar – og hvilke oppgaver legen fortsatt løser selv.

	Talegjenkjenning	KI-strukturering	Ambient scribe
	Legen dikterer	Legen dikterer	Samtale mellom lege og pasient
Innhold	Legen formulerer	Legen formulerer	KI utarbeider et forslag på bakgrunn av samtalen
Struktur	Legen strukturerer	KI strukturerer	KI strukturerer
Legens rolle	Formulerer og strukturerer	Formulerer og validerer	Gjennomgår, redigerer og godkjenner

Oversikten viser at det kliniske ansvaret fortsatt ligger hos legen. Det som endrer seg, er arbeidsdelingen mellom lege og teknologi.

Teknologiene har ulike styrker

En av undersøkelsens viktigste innsikter er at teknologiene ikke løser den samme oppgaven. De understøtter ulike deler av dokumentasjonsarbeidet og ulike kvaliteter i dokumentasjonen.

Klassisk talegjenkjenning fremstår særlig som en styrke når presise kliniske formuleringer er avgjørende. Legen formulerer selv objektive funn og kliniske vurderinger og kan bruke det spesialitetsspesifikke språket og detaljeringsgraden som situasjonen krever. For erfarne brukere kan kombinasjonen med standardtekster samtidig gjøre dokumentasjonen svært effektiv: Det tilbakevendende kan standardiseres, mens legen selv formulerer det individuelle.

Ambient scribe har en annen styrke. Her fremhever legene særlig muligheten til å bevare pasientens fortelling og detaljene som kommer frem i samtalen. Teknologien kan fange opp informasjon som legen ellers må huske og formulere i etterkant, og reduserer samtidig behovet for en egen dokumentasjonsaktivitet. Journalutkastet krever likevel fortsatt faglig bearbeiding. Det gjelder særlig objektive funn og kliniske vurderinger, der flere leger legger vekt på sine egne formuleringer.

KI-strukturering løser en tredje oppgave. Her formulerer legen fortsatt selv det kliniske innholdet, mens KI organiserer det i den ønskede journalstrukturen. Verdien ligger dermed i å redusere arbeidet med struktur uten å overta formuleringen av det kliniske innholdet.

Teknologienes styrker gjenspeiler dermed ulike behov. Det avgjørende er ikke hvilken teknologi som kan mest, men hvordan styrkene passer til det dokumentasjonen skal gjøre mulig i den konkrete situasjonen.

Valget handler ikke nødvendigvis om én teknologi

Kanskje er undersøkelsens mest overraskende resultat at flere leger ikke beskriver teknologiene som gjensidig utelukkende alternativer.

Intervjuene inneholder eksempler på leger som bruker ulike teknologier til ulike oppgaver. Ambient scribe kan for eksempel brukes når pasientens fortelling tar stor plass, mens klassisk talegjenkjenning kan være mer hensiktsmessig når objektive funn eller kliniske vurderinger skal formuleres presist.

Intervjuene utfordrer dermed forestillingen om at én ny teknologi nødvendigvis erstatter den foregående. Teknologiene kan i stedet utfylle hverandre, fordi de understøtter ulike deler av dokumentasjonsarbeidet.

For noen leger vil én teknologi være den riktige løsningen. For andre vil verdien ligge i å kunne velge mellom flere – avhengig av konsultasjonstype, klinisk oppgave eller den enkelte pasientsituasjonen.

Valget handler derfor ikke nødvendigvis om én teknologi, men om den teknologien – eller kombinasjonen av teknologier – som best understøtter det kliniske arbeidet i den konkrete situasjonen.

Samtidig er teknologiene i stadig utvikling, og grensene mellom dem vil ikke nødvendigvis være like tydelige fremover. Nye funksjoner kan bygges på de eksisterende tilnærmingene og understøtte flere deler av dokumentasjonsarbeidet – for eksempel medisinsk koding, oversikt, identifisering av manglende informasjon eller bruk av relevant pasienthistorikk.

Det gjør det enda viktigere ikke bare å tenke i teknologikategorier, men i hvilke deler av det kliniske arbeidet teknologien skal understøtte – og hvilken verdi den skal skape.


TEKNOLOGI
KLINISK
PRAKSIS
UTVIKLING

Samspillet skal utvikles over tid

Å velge teknologien som passer best til oppgaven, er bare en del av arbeidet.

Intervjuene viser at verdien ikke oppstår gjennom teknologien alene. Den utvikles i samspillet mellom teknologi og klinisk praksis.

Flere intervjupersoner beskriver hvordan dette samspillet endrer seg over tid. De eksperimenterer med nye arbeidsprosesser, prøver ut teknologier i ulike typer konsultasjoner og finner gradvis frem til når en teknologi skaper verdi – og når den ikke gjør det. For noen betyr det at de bruker ulike teknologier til ulike oppgaver. For andre betyr det at de kombinerer teknologier eller endrer arbeidsprosessene sine etter hvert som de får erfaring.

Samtidig står teknologien ikke stille. Dokumentasjonsteknologiene utvikler seg raskt, nye funksjoner kommer til, og grensene mellom teknologiene kan flytte seg. Dokumentasjon kan for eksempel kobles med KI-basert koding, beslutningsstøtte, klinisk tilbakemelding eller andre former for støtte til det kliniske arbeidet.

Verken teknologien eller den kliniske praksisen er dermed et fast endepunkt som den andre bare skal tilpasses til. Begge utvikler seg – og det gjør samspillet mellom dem også.

Målet er ikke nødvendigvis å bevare den eksisterende arbeidsdelingen mellom lege og teknologi. Når KI overtar deler av dokumentasjonsarbeidet, kan legens arbeid endre karakter. Når arbeidsdelingen endres, må man både forholde seg til hva man risikerer å miste, og hva man har behov for å utvikle. Det gjelder både de faglige kompetansene og formene for bearbeiding vi risikerer å miste, og de nye kompetansene som den endrede arbeidsdelingen krever.

Implementering handler derfor ikke bare om å innføre en teknologi i eksisterende arbeidsprosesser. Det handler om løpende å utvikle måten teknologi, arbeidsprosesser og klinisk praksis spiller sammen på.

Dokumentasjonskompasset som dialogverktøy

Det krever en løpende dialog om dokumentasjonsarbeidet teknologien skal inngå i, og om hva man ønsker at teknologien skal understøtte.

Dokumentasjonskompasset er utviklet med dette formålet.

Kompasset er ikke utviklet for å plassere leger eller spesialiteter i faste kategorier. Det er et refleksjons- og dialogverktøy som kan hjelpe klinikere, ledere og implementeringsansvarlige med å undersøke dokumentasjonsarbeidet – både når nye teknologier skal vurderes, og når eksisterende løsninger og arbeidsprosesser utvikler seg.

For eksempel kan følgende spørsmål danne utgangspunkt for dialogen:

- Hvor oppstår den klinisk relevante informasjonen?
- Hvilken rolle spiller dokumentasjonen i den kliniske tenkningen?
- Hvor viktig er legens egen formulering?
- Hva gir det mening å standardisere?
- Hva skal dokumentasjonen gjøre mulig – og for hvem?

De første fire spørsmålene utgjør Dokumentasjonskompasset. Det siste bygger videre på kompasset og retter oppmerksomheten mot kvalitetene dokumentasjonen skal understøtte.

Spørsmålene kan brukes til å ta mer kvalifisert stilling til hvilke teknologier som best understøtter det kliniske arbeidet – og om én teknologi er tilstrekkelig, eller om ulike teknologier med fordel kan kombineres.

Men de kan også brukes på nytt når teknologien får nye muligheter, eller når arbeidsprosesser og behov endrer seg. Kompasset gir dermed ikke ett svar på hvilken teknologi som er den riktige. Det gir et felles utgangspunkt for løpende å vurdere samspillet mellom teknologi og dokumentasjonsarbeid.

Hva skal teknologien overta – og hva skal den understøtte?

Intervjuene peker på et betydelig potensial for at teknologi kan understøtte dokumentasjonsarbeidet. Flere beskriver hvordan teknologien kan redusere administrative oppgaver, sikre en mer fyllestgjørende anamnese, understøtte dokumentasjonsstandarder eller fungere som et ekstra øre i konsultasjonen. Potensialet for å frigjøre tid og redusere den administrative belastningen er derfor tydelig.

Samtidig tegner det seg et mer nyansert bilde av dokumentasjonens rolle.

På tvers av intervjuene beskrives dokumentasjon ikke bare som en administrativ oppgave. For flere er dokumentasjonen tett forbundet med klinisk observasjon, faglig formulering og refleksjon. Beskrivelsen av objektive funn, formuleringen av den kliniske vurderingen og arbeidet med å omsette observasjoner til et presist fagspråk kan være en integrert del av det kliniske arbeidet.

Automatisering bør derfor ikke bare vurderes ut fra hvor mye arbeid teknologien kan overta. Det er også relevant å vurdere hvilken funksjon den delen av dokumentasjonsarbeidet som automatiseres, har for legen og det kliniske arbeidet.

Noen deler oppleves primært som rutinepregede og har et stort potensial for automatisering. Andre er tettere forbundet med klinisk tenkning, vurdering og faglig formulering. Her blir spørsmålet snarere hvordan teknologien kan understøtte arbeidet uten samtidig å fjerne den faglige bearbeidingen som dokumentasjonen bidrar til.

Men denne arbeidsdelingen er heller ikke nødvendigvis fast. Når teknologien utvikler seg og legene får erfaring med å bruke den, kan grensen mellom det teknologien overtar, og det legen gjør selv, flytte seg. Samtidig kan nye måter å arbeide på skape nye behov og stille nye krav til teknologien.

Oppgaven blir derfor ikke å fastlegge den optimale arbeidsdelingen mellom lege og teknologi én gang for alle. Den blir løpende å vurdere hvilke deler teknologien med fordel kan overta, hvilke den skal understøtte, og hvor legens aktive bearbeiding fortsatt skaper verdi.

Det gjør evnen til løpende å vurdere og utvikle samspillet mellom teknologi og klinisk praksis til en viktig organisatorisk kompetanse.

Målet er ikke å automatisere mest mulig, men å utvikle et samspill der teknologien frigjør legens tid og faglige kompetanse der de skaper størst verdi.



7 prinsipper ved valg av teknologi

Ta utgangspunkt i det kliniske arbeidet – ikke i teknologien.

Start med arbeidsprosessen og problemet som skal løses. Teknologien er et middel for å understøtte arbeidet – ikke utgangspunktet for å definere det.

Vær tydelig på hva teknologien skal hjelpe med.

Ulike teknologier understøtter ulike deler av dokumentasjonsarbeidet. Vær konkret om hva som skal bli lettere eller bedre, og hva teknologien skal understøtte eller overta.

Vurder den kliniske verdien – ikke bare tiden som spares.

Se også på hva teknologien betyr for tilstedeværelsen i samtalen, kvaliteten på dokumentasjonen, presisjon, klinisk refleksjon, oversikt og muligheten til å bevare pasientens historie.

Standardiser slik at det skaper gjenkjennelighet og sammenheng – og bevar plass til det individuelle.

Felles standarder kan gjøre dokumentasjonen lettere å lese og bruke for andre. Men de skal fortsatt gi plass til den enkelte pasienten, den kliniske vurderingen og relevante forskjeller.

Hold flere teknologiske muligheter åpne.

Én teknologi trenger ikke å løse alle dokumentasjonsoppgaver. Ulike teknologier kan være relevante i ulike situasjoner – og kan også utfylle hverandre.

Tilpass ikke bare teknologien til praksisen din – vær også åpen for å utvikle praksisen.

Ny teknologi kan gjøre mer enn å effektivisere det du allerede gjør. Prøv også ut om den åpner for andre og bedre måter å arbeide på.

Utvikle samspillet mellom teknologi og praksis løpende.

Verken teknologien eller den kliniske praksisen står stille. Nye muligheter og behov gjør det nødvendig å lære, justere og løpende vurdere hvordan teknologien best kan understøtte arbeidet.





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