 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Prinsipper for dokumentstyring i Elektronisk kvalitetshåndbok
Kategori: Ledelse og styringssystem/Kvalitet og pasientsikkerhet/Dokumentstyring	Dato gyldig til: 19.03.2024
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 3.01 /19.03.2023
Dok. eier: Marta Ebbing	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Tone Nordtveit Dale	Dok.id: D61637

Innhold

1	Hensikt	2
2	Målgruppe og avgrensning	2
3	Andre foretaksovergrepene dokumenter i EK som omhandler dokumentstyring:	2
4	Begreper, forkortelser og definisjoner	2
5	Elektronisk kvalitetshåndbok (EK)	2
5.1	Styrte dokumenter i EK	3
5.2	Ikke-styrte dokumenter i EK	3
5.3	Resultatdokumenter i EK	3
6	Ansvar, roller og oppgaver i EK	3
6.1	Systemeier for EK	4
6.2	Systemansvarlig for EK	4
6.3	Innholds ansvarlig for EK	4
6.4	Tilganger i EK	4
7	Livssyklus for dokumenter i EK	4
8	Prinsipper for å opprette og vedlikeholde dokumenter i EK	5
8.1	Bruk av dokumentmal	5
8.2	Valg av dokumenttype	5
8.3	Skriveregler for dokumenter i EK	6
8.3.1	Tittel i dokumentet – skal gi mening	6
8.3.2	Teksten i dokumentet, bruk et aktivt språk	7
8.3.3	Siteringer, henvisninger	7
8.3.4	Referanser og vedlegg	7
8.4	Høring	7
8.5	Godkjenning	7
8.5.1	Hvem godkjenner?	7
8.6	Oppdatering og revisjon	8
9	Tilgjengelighet og distribusjon av dokumenter	8
9.1	Ekstern publisering	8
9.1.1	Funksjon i EK for publisering til internett	8
9.1.2	Prinsipper som vurderes ved publisering	9
9.2	Bruk av Kompetanseportalen i forbindelse med revisjon av dokumenter	9
9.3	Prinsipper for utskrift av dokumenter fra EK	9
9.4	Arkivering av dokumenter	10
10	Referanser	10
11	Endringer siden forrige versjon	10

1 Hensikt

Beskrive prinsippene for dokumentstyring i Elektronisk kvalitetshåndbok (EK).

2 Målgruppe og avgrensning

Alle medarbeidere som skriver og/eller godkjenner styrende dokumenter i Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, heretter Helse Bergen.

3 Andre foretaksovergrepene dokumenter i EK som omhandler dokumentstyring:

- [Dokumentstyring i Helse Bergen HF](#)
- [Praktisk veileder for EK Del 1](#)

4 Begreper, forkortelser og definisjoner

Begrep/forkortelse	Definisjon
Dokumentområde	Viser til et område i kapittelstrukturen i EK For hvert område på nivå 1 er det opprettet et områdeansvar (tidligere kategori/kategoriansvarlig)
Dokumentstyringssystem	Verktøy for å opprette og drifte styrende dokumenter
Ekstern EKweb	Dokumenter som kan søkes opp og leses av alle på internett
EKweb	Nettside for alle medarbeidere i Helse Bergen, og i Helse Vest RHF, som er tilgjengelig fra intranett (Innsiden)
Elektronisk kvalitetshåndbok (EK)	Dokumentstyringssystem i Helse Bergen, levert av Datakvalitet AS
HBHF	Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus
Styrte dokumenter/dokumentasjon	Dokumentasjon som styres ved at det er knyttet ansvarlige roller til dokumentene
Styrende dokumenter/dokumentasjon	Dokumenter som stiller formelle krav til organisasjonen
Styringssystem	Beskriver hvordan helseforetaket planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer virksomhetens aktiviteter slik at det er i samsvar med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen, jf. § 4 i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Viser til systematiske tiltak som anvendes for at helseforetaket skal oppnå sine mål og tilfredsstillende krav til virksomheten.

5 Elektronisk kvalitetshåndbok (EK)

I Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus benyttes EK som dokumentstyringssystem.

Alle styrende dokumenter av varig karakter skal skrives, godkjennes, oppdateres og gjøres tilgjengelige på EKweb, med mindre de er utarbeidet i et annet godkjent prosedyreverktøy på en annen plattform, jf. [Dokumentstyring i Helse Bergen HF](#).

Helse Bergens styrende dokumentasjon skal som hovedregel ikke legges i andre systemer, i andre applikasjoner eller på nettsider. Dersom det er nødvendig med unntak fra denne hovedregelen, skal det godkjennes av Foretaksledelsen. Regelen hindrer ikke at det kan legges lenker, henvisninger eller kortere beskrivelser av dokumenter i andre systemer.

Nivå 2-leder har ansvar for å sikre at medarbeidere har tilgang til nødvendig styrende dokumentasjon og at all styrende dokumentasjon er koordinert og samsvarer.

5.1 Styrte dokumenter i EK

Styrende dokumenter i EK er dokumenter som stiller krav til organisasjonen og gir grunnlag for planlegging, organisering og gjennomføring av aktiviteter og tjenester, som mål- og strategidokumenter, planverk, prosedyrer, instruksjer, retningslinjer mv. Dette er levende dokumenter som må holdes oppdatert og à jour – dvs. de er styrte dokumenter – og må håndteres etter spesielle regler, slik det beskrives i dette dokumentet.

Leder sørger for at enhetens styrte dokumenter i EK følges opp systematisk og at dokumentasjonen er i tråd med førende prinsipper i helseforetaket.

Behovet for nye dokumenter bør vurderes nøye. Alle ledere skal bidra til at antall dokumenter i EK holdes på et nøkternt nivå og at det ikke opprettes og tas i bruk unødvendige dokumenter.

5.2 Ikke-styrte dokumenter i EK

I et dokumentstyringssystem vil det som regel være dokumenter som ikke krever oppfølging i samme grad som styrte dokumenter. Dette kan være vedlegg, skjema og andre støttedokumenter, eventuelt dokumenter som er utarbeidet og vedlikeholdes utenfor egen organisasjon, men som det likevel er relevant å inkludere i eget styringssystem. Denne type dokumenter kan håndteres som ikke-styrte dokumenter i EK. Ikke-styrte dokumenter godkjennes ikke, og vil da ha et forenklet «livsløp».

5.3 Resultatdokumenter i EK

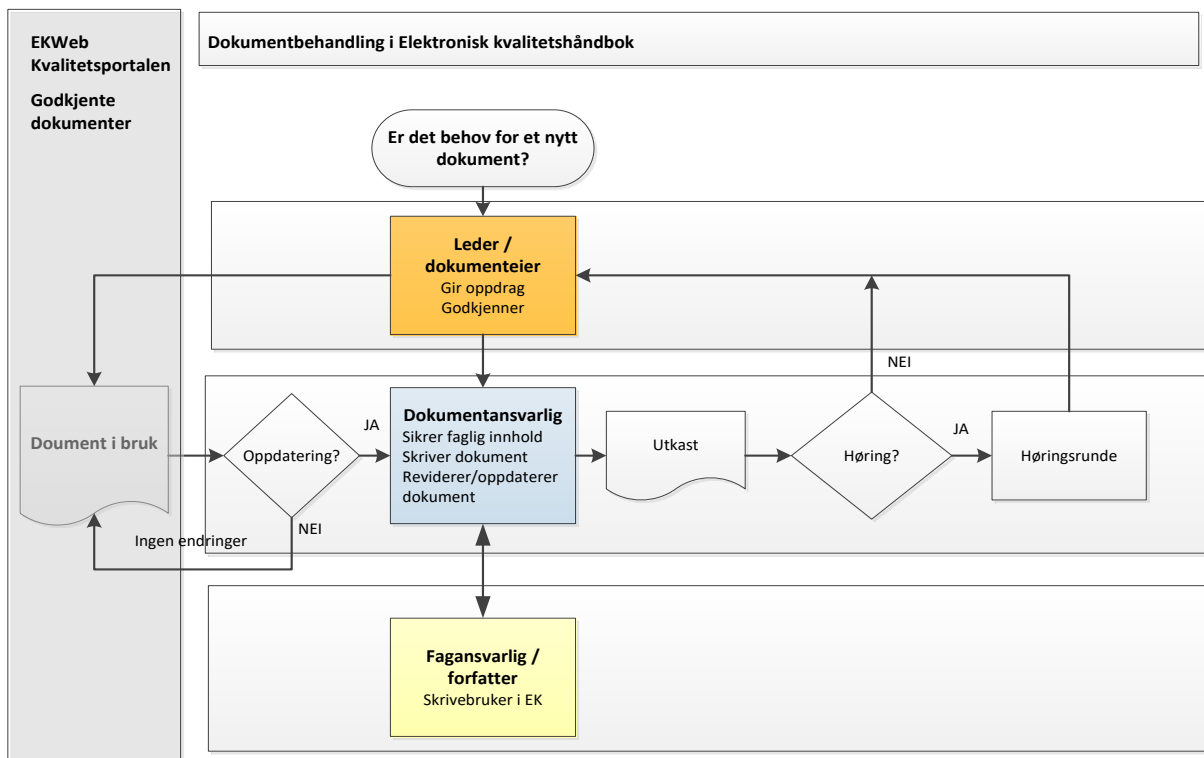
Resultatdokumenter vil være registreringer og andre beskrivelser av resultater fra gjennomførte aktiviteter (av betydning for styring).

Eksempler på resultatdokumentasjon som lagres i EK er HMS-rapporter, brandokumentasjon og resultat fra Ledelsens gjennomgang.

6 Ansvar, roller og oppgaver i EK

I det praktiske arbeidet med dokumenter i EK får brukere tildelt ulike roller, og dermed ulike oppgaver og rettigheter til dokumentene, se [EK - Del 1 - Organisering av styrende dokumentasjon](#).

Figur: Presentasjon av oppgaver og roller i EK



6.1 Systemeier for EK

Systemeier har ansvar for å sikre utvikling og oppfølging av EK som system i Helse Bergen.

6.2 Systemansvarlig for EK

Systemansvarlig for EK har ansvar for daglig oppfølging av systemet, samt kontakt med systemforvalter i Helse Vest IKT og ekstern leverandør (Datakvalitet AS).

6.3 Innholds ansvarlig for EK

Linjeleder har ansvar for at det utarbeides, godkjennes og gjøres tilgjengelig relevant, oppdatert dokumentasjon, jf. [Dokumentstyring i Helse Bergen HF](#).

6.4 Tilganger i EK

Leder bestiller nødvendig tilgang for medarbeidere til EK.

Medarbeidere som har dokumentansvar og/eller EK-ansvar, må ha kunnskap om dokumentstyring i EK, slik at dokumenter blir opprettet, utarbeidet og godkjent i tråd med helseforetakets retningslinjer.

7 Livssyklus for dokumenter i EK

- Opprette dokumenter
- Skrive/redigere dokumenter
- Høring
- Godkjenne dokumenter
- Endre/revidere dokumenter
- Distribusjon av dokumenter
- Papirkopier av dokumenter
- Arkivering av dokumenter

Alle praktiske oppgaver i EK er beskrevet i [Praktisk veileder for Elektronisk kvalitetshåndbok](#).

8 Prinsipper for å opprette og vedlikeholde dokumenter i EK

Før det opprettes et nytt dokument, skal det alltid gjøres et søk i EK, for å undersøke om det allerede er etablert dokumentasjon om emnet.

Det skal ikke opprettes nye dokumenter som er rene kopier av eksisterende dokumenter, og tekst skal i utgangspunktet ikke kopieres fra ett dokument til et annet. Bruk funksjonen for interne referanser i EK for å lenke sammen informasjon, se skrivehjelp i [Praktisk veileder for EK](#).

Når det opprettes et nytt EK-dokument, er det viktig at dokumentet legges i det dokumentområdet der det faglig og innholdsmessig hører til. Dokumenter opprettes da i mappe for egen enhet.

Dokumenter som kan gjelde for flere enheter bør legges høyest mulig i mappestrukturen, slik at flest mulig enheter kan bruke dokumentet. Slik sikres god kvalitet og likhet i utøvelse av tjenestene, og ressursbruk til arbeid med dokumenter kan reduseres.

I noen tilfeller vil en fagprosedyre kunne gjelde for mange eller tilnærmet alle enheter i helseforetaket. Slike dokumenter skal gjennom en egen prosess for utarbeiding, hvor fagdirektøren eller den som fagdirektøren delegerer oppgaven til er godkjenner.

Fagprosedyrer og pasientforløp bør i størst mulig grad være kunnskapsbaserte. Se skrivehjelp i [Praktisk veileder for EK del 3](#).

8.1 Bruk av dokumentmal

For å sikre gjenkjennerbar og ensartet utforming av dokumenter i EK, er det utarbeidet maler for ulike dokumenttyper. Forhåndsvalgt format for tekst og overskrifter skal brukes.

Dokumenter som opprettes ved hjelp av dokumentmaler, vil naturlig inneholde styringssignaler i form av pålagte krav eller anbefalte retningslinjer.

Malene sikrer:

- entydig identifikasjon av dokumentene
- informasjon om godkjennings- og versjonsstatus
- informasjon om dokumenttype
- informasjon om plassering i kapittelstrukturen
- angivelse av sidenummer og antall sider

8.2 Valg av dokumenttype

Når det opprettes et nytt dokument, gis dokumentet en dokumenttype. Følgende dokumenttyper kan velges i EK:

Dokumenttype	Beskrivelse
Avtale	En avtale, eller kontrakt er en skriftlig enighet mellom to eller flere parter. Etter hovedregelen i avtaleloven blir en avtale til ved at en part aksepterer et tilbud som den andre part har fremsatt, og det er overensstemmelse mellom tilbud og aksept. Eksempel på avtaler i EK er interne og eksterne samarbeidsavtaler.
Bruerveiledninger (Manualer)	Anvisninger for bruk av systemer og utstyr, for eksempel for medisinsk teknisk utstyr

Dokumenttype	Beskrivelse
	Bruksanvisning er en innføring i en bestemt bruk – ofte også montering og/eller kopling av noe som er produsert og anskaffet.
Informasjon	Dokumenttype med et orienterende / informerende innhold
Mandat	Et mandat er en som har fått en fullmakt, er tildelt en oppgave, eller er valgt for å representere noen. Mandatet skal inneholde beskrivelse av mål, arbeidsomfang og tids- og kostnadsrammer. Hensikten er å oppnå definerte gevinster.
Prosedyre	Prosedyre beskriver en angitt fremgangsmåte for å utføre en aktivitet. Mens retningslinjer angir hva som bør gjøres i gitte situasjoner, er prosedyrer konkrete beskrivelser av hvordan avgrensede oppgaver bør utføres. Prosedyrer kan i tillegg til å beskrive en anbefalt metode også inneholde detaljert informasjon om hvem som skal gjøre hva, hvor nødvendig utstyr finne med mer.
Prosess	En overordnet definisjon av en prosess er bevegelsen fra en tilstand til en annen - altså hvordan man kommer seg fra A til B. En prosess omtales også som en systematisk rekkefølge av aktiviteter som til sammen skaper et ønsket resultat f.eks. standardiserte pasientforløp.
Retningslinje	En retningslinje (guideline på engelsk) har som regel et smalere og mer handlingsrettet innhold enn en veileder og er ofte knyttet til kliniske problemstillinger. Nasjonale retningslinjer er det bare Helsedirektoratet som kan utgi, og bruk av disse forankres ofte i oppdragsdokumenter.
Sjekkliste	En sjekkliste er en type jobbhjelp som brukes i repeterende oppgaver for å redusere feil ved å kompensere for potensielle grenser for menneskelig hukommelse og oppmerksomhet/årvåkenhet. Sjekklister er med på å sikre konsistens og helhet i gjennomføringen av en oppgave og redusere risiko for kjente feil, for eksempel sjekkliste for trygg kirurgi.
Skjema	Brukes for å dokumentere registreringer. Må knyttes til en forklarende prosedyre eller en selvforklarende tekst for eksempel opplærings skjema, brannvernrunder, ledelsens gjennomgang med mer.
Vedlegg	Vedlegg er dokumentasjon som brukes som grunnlag for prosedyren eller retningslinjen. Aktuelt ved store referanselister. Kan være informasjon fra leverandør eller skjema.

8.3 Skriveregler for dokumenter i EK

Dokumenter bør ha et begrenset omfang, en logisk, tematisk inndeling og innholdet må skrives på en tydelig, enkel og lettfattelig måte.

Dokumenter i EK skal ikke inneholde pasientopplysninger

8.3.1 Tittel i dokumentet – skal gi mening

Tittelen er viktig for at det skal være lett å finne dokumentet ved søk i EK/EKweb. Tittelen skal være kort, gjerne stikkordsmessig, og skal inneholde minst et par meningsbærende ord fra dokumentet.

For styrende dokumenter i EK er det mulig å legge til alternative søkeord i feltet Søkeord/synonymer.

Ikke bruk punktum i tittel. Følg anvisningen i hjelpeteksten i malen.

8.3.2 Teksten i dokumentet, bruk et aktivt språk

Skriv aktivt ved å begynne med verb og eventuelt subjekt. Passiv form gjør teksten tung å lese, og det blir lett å bruke flere ord enn nødvendig, jf. [10 skrivetips for pasientinformasjon](#).

Følg vanlig rettskriving. Vanskelige ord forklares (definisjoner) og eventuelle forkortelser forklares innledningsvis.

Del opp teksten i avsnitt med mellomoverskrifter. Dette gjør teksten mer oversiktlig og lesbar. Mellomtitlene må være meningsbærende. De skal beskrive teksten under og kunne stå for seg selv. Mellomtitlene fungerer som skilting, og hjelper brukerne å orientere seg i teksten. Uthev nøkkelord. Ha fokus på ryddig innhold, og ikke pynt med formateringer.

8.3.3 Siteringer, henvisninger

Ikke gjenta krav fra lovverk, bruk heller henvisninger og formuler *hvordan* kravene i lovverket etterlevs hos oss. Legg eventuelt inn lenke til lovverket som finnes på lovdata.no.

8.3.4 Referanser og vedlegg

Henvis til andre dokumenter når det er nødvendig, se [veileder for interne og eksterne kryssreferanser](#).

8.4 Høring

Dokumentansvarlig må sikre at det er enighet om innholdet i et dokument. Før et dokument tas i bruk, kan det derfor være nyttig å sende dokumentet på høring til aktuelle personer. Etter høringsrunde sendes dokumentet til godkjenning hos den som har godkjenningsmyndighet.

De som får dokumentet til høring, kan bruke denne sjekklisten:

- Fant du det du lette etter, er innholdet riktig og er språket klart og konsist?
- Er budskapet klart? Foreslå eventuelt rettelser som kan forenkle budskapet for mottaker.
- Er det unødvendige setninger eller avsnitt? Gjør eventuelle forenklinger og ta bort det som er unødvendig.

Henvisning:

- [10 skrivetips for pasientinformasjon](#)
- [10 gode råd for kompetanseplaner](#)
- [Praktisk veileder for EK del 3](#)

8.5 Godkjenning

Når et dokument sendes til godkjenning, vil godkjenner motta en e-post med informasjon om at et dokument er klart til godkjenning. Leder må da vurdere om dokumentet skal godkjennes, eller returneres til dokumentansvarlig for endring.

Skrivehjelp i EK Veileder: [Praktisk veileder for EK - Del 1.2 - EK Classic - Høring, varsling, godkjenning og revidering av dokumenter](#)

8.5.1 Hvem godkjenner?

Interne dokumenter i helseforetaket Opplysninger om hvem som har ansvar for å godkjenne dokumenter finnes under *Ansvar for å utarbeide og godkjenne dokumenter* i [Dokumentstyring i Helse Bergen HF](#).

Eksterne dokumenter som er utarbeidet og godkjent utenfor Helse Bergen, håndteres vanligvis via funksjonen «Eksterne referanser i EK». Enheter kan ha egne lister med eksterne referanser, som de selv vedlikeholder.

Dersom et eksternt dokument legges inn i kapittelstrukturen, vil det som regel håndteres som et ikke-styrt dokument, jf. [punkt 5.2](#).

Regionale dokumenter for Helse Vest RHF er utarbeidet av og for alle helseforetakene i regionen. Det enkelte foretak i regionen tar selvstendig avgjørelse om bruk, publiserer implementerer og sørger for dokumentstyring i EK.

8.6 Oppdatering og revisjon

Leder har ansvar for at dokumenter oppdateres og revideres, og må passe på at det til enhver tid er en dokumentansvarlig medarbeider som ivaretar oppgaven med oppfølging av dokumenter.

Dokumentansvarlig skal sikre at dokumenter oppdateres/revideres når det er nødvendig og senest innen fastsatt dato. Dersom dokumentansvarlig slutter, går ut i permisjon eller av andre årsaker blir fraværende en lengre periode, må leder peke ut ny dokumentansvarlig for dokumentet.

[EK-brukerstøtte](#) kan være hjelpelig med å oppdatere dokumentansvarlig for dokumenter. Oppdateringer kan gjøres før fastsatt revisjonsdato, på bakgrunn av faglig behov, for eksempel etter uønskede hendelser, funn fra revisjoner, tilsyn, tilbakemeldinger fra brukere, ny kunnskap, nytt lovverk, ny praksis eller nye rutiner.

Alle styrende dokumenter i EK skal revideres regelmessig. Standard revisjonsintervall i EK er 12 måneder, men dette kan endres om nødvendig. Det anbefales 24 måneders intervall, dersom det er mulig iht. tema.

En måned før revisjonsdato vil EK-ansvarlig for dokumentet få e-post om at dokumentet nærmer seg revisjonsdato. EK-ansvarlig kontakter dokumentansvarlig, som er faglig ansvarlig for innholdet i dokumentet, og som, eventuelt sammen med forfatter(e), reviderer dokumentet.

Se EK Veileder: [Praktisk veileder for EK - Del 1.2 - EK Classic - Høring, varsling, godkjenning og revidering av dokumenter](#)

9 Tilgjengelighet og distribusjon av dokumenter

Mens all dokumentstyring foregår i EK-klienten, som er tilgjengelig bare for personer som har fått skrive-, godkjennings- eller administratortilgang i EK, kan alle godkjente dokumenter leses av alle medarbeidere i EK sin åpne del på intranett, [EKweb](#) og noen på [ekstern EKweb](#).

Alle medarbeidere må sette seg inn i og kjenne søkefunksjonene i EKweb og eventuelt i ekstern EKweb. Ledere på alle nivåer, som har ansvar for å godkjenne dokumenter, har også ansvar for distribusjon av nye og reviderte styrende dokumenter innen sine fagområder.

Hovedhensikten med å publisere dokumenter til EK-internett er å gjøre disse tilgjengelig for sykehusets medarbeidere når de ikke er pålogget en sykehus-PC, eksterne samarbeidspartnere, pasienter, utdanningsinstitusjoner og allmennheten for øvrig.

9.1 Ekstern publisering

9.1.1 Funksjon i EK for publisering til internett

Alt innhold i fellesdokumentasjon blir publisert på ekstern EKweb, bortsett fra mappene *02.1.1.8 Informasjonssikkerhet og IKT-sikkerhet* og *02.1.5 Beredskap*.

Dokumentasjon som tilhører den enkelte avdeling/klinikk/divisjon blir ikke automatisk publisert, men enhetene må vurdere hvilken dokumentasjon som skal publiseres.

Systemansvarlig bistår enheter som ønsker å publisere. Dersom nivå 2-ledere ønsker at deres superbrukere skal kunne publisere, må det bestilles egen tilgang og opplæring via Kundeweb.

9.1.2 Prinsipper som vurderes ved publisering

- **Kriminalitet og terror.** Interne opplysninger kan benyttes for å skade foretaket. Dette kan være enkelte beredskapsdokumenter, dokumenter med informasjon om foretakets infrastruktur og IKT-systemer, risikovurderinger eller dokumenter med opplysninger om oppbevaring, transport og sikkerhetsrutiner for informasjon, verdier, narkotika m.m. Det samme gjelder dokumenter som inneholder informasjon om brukernavn, passord eller annen informasjon som ikke skal utleveres.
- **Personopplysninger.** Personopplysninger skal ikke finnes i EK. Ansatte bør omtales med stillingstittel eller funksjon. Navn på godkjenner og dokumentansvarlig blir publisert i alle dokumenter.
- **Konkurransesituasjon.** Deler av foretaket er i en konkurransesituasjon i forhold til private virksomheter. Ikke publiser dokumenter dersom de kan gi kommersielle konkurrenter fordeler som vil være uheldig for foretaket.
- **Bruk av bilder, filmer, tegninger og diagrammer.** Når bilder fra interne systemer brukes i brukerveiledere eller lignende **må aldri** bilder med pasientopplysninger benyttes. Dette gjelder alle EK-dokumenter. Foretaket kan ikke publisere andres materiale på internett eller på annen måte gjøre det tilgjengelig for allmennheten (for eksempel lage publikasjoner, informasjonshefter til pasienter og pårørende) uten at en i forkant har innhentet samtykke/tillatelse fra rettighetshaver. Se også [Lyd-, foto og filmopptak ved Haukeland universitetssjukehus \(helse-bergen.no\)](http://Lyd-, foto og filmopptak ved Haukeland universitetssjukehus (helse-bergen.no)).
- **Dokumenttittel og innhold** gjennomgås med tanke på bruk av språk og ord. Innholdet kan virke støtende for en leser uten intern kjennskap til foretak/sykehus og fagområder. Lesere kan også få et feilaktig inntrykk av tjenester som foretaket/sykehuset faktisk kan gi. Dette kan gi grunnlag for misforståelser og ev. erstatningssøksmål.
- **Kilder, henvisninger og lenker.** Kilde og forfatter skal oppgis når innholdet bygger på disse. Sitater må gjengis korrekt, og sitatet må være publisert offentlig eller klarert av rettighetshaver.

Ved eventuelle brudd på prinsippene over meldes det som hendelse i Synergi.

9.2 Bruk av Kompetanseportalen i forbindelse med revisjon av dokumenter

Ledere må sørge for å informere medarbeidere om nye eller reviderte dokumenter i EK. Ettersom viktig dokumentasjon ofte vil være knyttet til kompetansekrav i Kompetanseportalen, kan Kompetanseportalen brukes til å informere om nye/reviderte dokumenter og å dokumentere at dokumentene er lest.

Alle medarbeidere skal holde seg orientert om og lese dokumenter som er aktuelle for egne arbeidsoppgaver.

9.3 Prinsipper for utskrift av dokumenter fra EK

Dokumenter i EK er primært laget for lesing på skjerm på PC, nettbrett eller mobil, men de kan også skrives ut dersom det er nødvendig, i en pdf-utgave. Enheter som velger å skrive ut dokumenter, enten som enkeltdokumenter, eller som håndbøker, har selv ansvar for å følge opp at utskriftene til enhver tid er i gyldig versjon.

9.4 Arkivering av dokumenter

Dersom leder, i samråd med dokumentansvarlig, mener at et dokument bør tas ut av bruk, skal dokumentet arkiveres. Dokumentansvarlig må da fjerne dokumentet fra det aktive dokumentstyringssystemet, slik at dokumentet legges i arkivet i EK. Dokumentet blir da ikke lenger synlig i EK, på EKweb eller ekstern EKweb.

Vi skiller mellom sletting og arkivering i EK. Dokumenter som ikke er blitt publisert/godkjent/satt i bruk kan slettes. Dokumenter som er publisert/godkjent/satt i bruk må arkiveres. Når man arkiverer dokumenter, blir hele historikken og tidligere versjoner arkivert. Arkiverte dokumenter er tilgjengelig i EK sitt arkiv og kan gjenopprettes.

Se EK Veileder: [Praktisk veileder for EK - Del 1.3 - EK-Classic - Flytte, arkivere og slette dokument](#) i EK-classic eller [EK - Del 5 - Referanser](#) i EK3 for veiledning i hvordan arkivere og slette dokumenter.

Utdaterte dokumenter som ikke er blitt revidert de siste 5 til 10 årene bør arkiveres eller [revideres](#) så snart som mulig. Frem til beslutningen er tatt bør dokumentet settes som «[skjult på web](#)».

[Dupliserte](#) dokumenter må arkiveres så snart man har mulighet og settes som «[skjult på web](#)» i mellomtiden.

10 Referanser

1.1.8-04	Kvalitetsstyringssystemet til Helse Bergen HF
1.1.8.2-01	Dokumentstyring i Helse Bergen HF
1.1.8.2.1-01	EK - Del 1 - Organisering av styrende dokumentasjon
1.1.8.2.1-03	EK - Del 3 - Opprette dokumenter
1.1.8.2.1-05	EK - Del 5 - Referanser
1.1.8.2.1-15	EK - Del 15 - Ekstern EK-pålogging (2-faktor pålogging)
1.1.8.2.1.1-01	Praktisk veileder for EK - Del 1 - EK-classic - Opprett nytt dokument
1.1.8.2.1.1-02	Praktisk veileder for EK - Del 1.1 - EK classic - Vedlegg, referanser, bilder og tillegg i dokumentet
1.1.8.2.1.1-03	Praktisk veileder for EK - Del 1.2 - EK Classic - Høring, varsling, godkjenning og revidering av dokumenter
1.1.8.2.1.1-04	Praktisk veileder for EK - Del 1.3 - EK-Classic - Flytte, arkivere og slette dokument
1.1.8.2.1.1-05	Praktisk veileder for EK - Del 1.4 - EK-Classic - Mapper
1.1.8.2.1.1-06	Praktisk veileder for EK - Del 1.5 - Nyttig kunnskap om EK-classic
1.3.2.1-04	Kompetanseportalen - Ti gode råd for kompetanseplaner

11 Endringer siden forrige versjon

Lagt inn mer informasjon om arkivering

Lenket til EK-veileder

Lagt inn bokmerker

Ikke skriv fritekst her. Endringer noteres under «Merknader» i dokumentvindue