

Informasjon og samtykke – symptomkartlegging

Mal for helsepersonell med pasientansvar, blant annet avtalespesialister med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Feltene med lys bakgrunn kan fylles ut direkte i PDF-en.

Behandleren din ønsker å bruke et kartleggingsskjema for symptomer som en del av behandlingen. Dette skrivet forklarer hvilke opplysninger som samles inn, hvorfor, hvordan de oppbevares og hvilke rettigheter du har. Til slutt ber vi om samtykke til det som er frivillig.

Ansvarlig for opplysningene (behandlingsansvarlig)

Praksisens navn

Organisasjonsnummer

Adresse

E-post

Telefon

Behandler

Navn

Tittel

Hvorfor vi bruker kartleggingsskjemaet

Du vurderer en rekke symptomer på en skala fra 0 til 10 før oppstart og på fastsatte tidspunkter underveis i behandlingen. Svarene hjelper behandleren din med å planlegge behandlingen og å følge med på om den virker. Du får se utviklingen din, slik at endringer blir synlige også når det er lett å glemme hvordan det var før.

Grunnlaget for å behandle opplysningene

Som helsepersonell har behandleren din plikt til å gi forsvarlig helsehjelp og til å dokumentere den i en pasientjournal. Opplysningene i skjemaet behandles derfor med hjemmel i disse pliktene, ikke på grunnlag av samtykke:

- personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c (rettslig forpliktelse) og artikkel 9 nr. 2 bokstav h (helsehjelp)
- helsepersonelloven § 4 (forsvarlighet) og §§ 39 og 40 (plikt til å føre journal og journalens innhold)
- pasientjournalloven og pasientjournalforskriften

Behandleren din har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21. Opplysningene deles ikke med andre uten at du samtykker eller at loven gir grunnlag for det.

Samtykke til selve helsehjelpen gir du etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Det er noe annet enn samtykket nederst i dette skrivet.

Hvilke opplysninger som samles inn

- dine vurderinger av symptomer innen søvn, oppmerksomhet og læring, sansing, atferd, følelser, kropp og smerter

- eventuell diagnose og medisiner
- om du har hatt hjernerystelse eller hodetraume, og om du har opplevd fysiske eller psykiske traumer
- datoen for hver kartlegging

Spørsmålene om diagnose, medisiner og traumer er frivillige.

Oppbevaring og sikkerhet

Resultatene føres i pasientjournalen din og oppbevares etter reglene for pasientjournal i pasientjournalforskriften og arkivregelverket. Utfylte skjemaer på papir skannes eller overføres til journalen og makuleres deretter. Praksisen følger *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren* (Normen).

Journalssystem

Kvalitetsforbedring og samlet oversikt

Behandleren din kan bruke resultatene til å vurdere og forbedre egen behandling, jf. helsepersonelloven § 26 om opplysninger til virksomhetens ledelse for internkontroll og kvalitetssikring.

Hvis du samtykker, blir skårene dine i tillegg med i en samlet oversikt over erfaringer med metoden, uten navn eller andre opplysninger som kan identifisere deg. Oversikten viser bare tall for grupper på minst 10 personer, aldri for enkeltpersoner. Skal resultatene brukes i forskning, krever det egen godkjenning fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven, og du blir spurt på nytt.

Dine rettigheter

- **Innsyn:** Du har rett til innsyn i journalen din og til kopi, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.
- **Retting og sletting:** Du kan be om at feil rettes. Sletting av journalopplysninger kan bare skje på vilkårene i helsepersonelloven §§ 42 og 43. Et avslag kan klages inn til Statsforvalteren.
- **Trekke samtykke:** Du kan når som helst trekke samtykket nederst i dette skrivet. Da tas skårene dine ut av den samlede oversikten. Det som allerede er ført i journalen, blir likevel stående, fordi journalplikten gjelder.
- **Frivillighet:** Sier du nei til den samlede oversikten, påvirker det ikke behandlingen.
- **Klage:** Du kan klage til Datatilsynet om behandlingen av personopplysninger, og til Statsforvalteren om helsehjelpen og journalføringen.

Samtykke

- ☐ Jeg har lest informasjonen over.
- ☐ **Frivillig:** Jeg samtykker til at skårene mine, uten navn eller andre opplysninger som kan identifisere meg, brukes i en samlet oversikt over erfaringer med metoden. Jeg kan si nei til dette og likevel få behandling.

Navn

Fødselsdato

Sted og dato

Signatur

For pasienter under 16 år skriver foreldre eller andre med foreldreansvar under, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4. Ungdom mellom 12 og 16 år skal få si sin mening.

Malen er utarbeidet av Nevrofeedback Norge AS og er ikke juridisk kvalitetssikret. Hver praksis er selv ansvarlig for å tilpasse den.