# **REDOGÖRELSE ÖVER PSYKOTERAPEUTISKT PATIENTARBETE UNDER UTBILDNINGEN AV SÖKANDE TILL PSYKOTERAPEUTUTBILDNINGEN VID HELSINGFORS UNIVERSITET**

I psykoterapeututbildningarna vid Helsingfors universitet ingår 300 timmar handlett psykoterapeutiskt patientarbete, som inleds under det första studieåret. För att kunna bli antagen till utbildningen måste den sökande ha möjlighet att genomföra sådant arbete under sina studier.

Utbildningspatienterna rekommenderas ha en vårdrelation till en legitimerad enhet inom social- eller hälsovården, där vårdansvaret för patienten kvarstår under hela behandlingsarbetet. När det gäller barn och unga finns det skäl att fästa särskild vikt vid patientsäkerheten. Det rekommenderas med särskilt eftertryck att psykoterapeutiskt patientarbete med barn och unga genomförs i samarbete med en hälso- och sjukvårdsenhet och en behandlande läkare.

Om en student som deltar i psykoterapeututbildningen inte är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska det psykoterapeutiska arbete som ingår i utbildningen genomföras under överseende av en organisation inom social- eller hälsovårdssektorn.

**Ta med dig denna blankett med underskrift till intervjun**. Blanketten ska dessutom lämnas till Mejlans studentservice antingen per post (Biomedicum 1, Haartmansgatan 8, PB 63, 00014 Helsingfors universitet) eller som skannad per e-post till meilahti-specialist@helsinki.fi. Blanketten ska vara framme senast 4.5.2026. Den som leder patienternas/kundernas vård/tjänster vid en enhet kan lämna motsvarande uppgifter per e-post. I så fall ska den sökande ta med sig en kopia av e-postmeddelandet till intervjun. Av e-postmeddelandet ska framgå samma uppgifter som av blanketten.

|  |
| --- |
| **Namn på den som söker till utbildningen:** |
| **Namn på den enhet som tillhandahåller utbildningspatienter för den sökande under psykoterapeututbildningen:** |
| **Arbetar den sökande vid enheten?** |
| **Här anges var anteckningarna i patientjournalerna görs och om det psykoterapeutiska patientarbetet omfattas av enhetens försäkring:** |

|  |
| --- |
| **Ort och datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Underskrift och namnförtydligande av den som ansvarar för patienternas/kundernas vård/tjänster vid enheten**  |
| **Undertecknarens position vid enheten/organisationen** |