

## Överenskommelse för studentterapi under handledning inom ramen för Karolinska Institutets psykoterapeutprogram

Intyget gäller för studenter antagna till utbildningsplan 2PT26

I egenskap av arbetsgivare intygar jag härmed

1. att den anställda för närvarande har förutsättningar att bedriva psykoterapi för vuxna/unga vuxna inom ramen för sin anställning. Med psykoterapi menas tillgång till bedömningssamtal inför behandling, diagnostisk utredning, samt veckovisa strukturerade samtalskontakter i behandlande syfte (således inte konsultativa, pedagogiska eller rådgivande kontakter).

2. att jag accepterar att arbetstagaren under utbildningstiden får handledning, som bekostas av Karolinska Institutet, på de psykoterapeutiska samtal som bedrivs inom ramen för utbildningen, samt att de psykoterapeutiska samtalen i utbildningssyfte kan komma att spelas in, under förutsättning att de behandlas konfidentiellt, med inhämtat medgivande av patient. Vidare accepterar jag att det insamlade utbildningsmaterialet (skriftliga rapporter inklusive symptomskattningar och inspelade handlednings- och behandlingssessioner) kan komma att kvalitetssäkras av Karolinska Institutet, samt att studenten/arbetstagaren och dennes patienter kan komma att tillfrågas om medverkan i forskningsstudier gällande det insamlade utbildningsmaterialet.

3. att arbetsgivaren behåller det övergripande vård- och/eller behandlingsansvaret för de patienter/klienter som arbetstagaren behandlar under utbildningen. Om det under handledningen framkommer så allvarliga brister i studentens kunskaper, färdigheter eller förhållningssätt i genomförandet av psykoterapin, att patientsäkerheten eller patienternas förtroende för vården riskeras, ansvarar Karolinska Institutet för att informera arbetsgivaren om detta.

-----  
Datum

-----  
Underskrift av arbetsgivare

-----  
Namnförtydligande

-----  
Titel/funktion

-----  
Arbetsplats

-----  
Telefonnummer

-----  
Email

I egenskap av anställd, och tillika student vid Karolinska Institutets psykoterapeutprogram, intygar jag härmed att jag är införstådd med de förutsättningar som beskrivs ovan gällande patientarbetet under utbildningen.

-----  
Datum

-----  
Underskrift av anställd

-----  
Namnförtydligande

-----  
Titel/funktion

-----  
Arbetsplats