

**Evaluering av turnustjeneste for fysioterapeuter**

Navn på turnusfysioterapeut:

Kommune/helseinstitusjon:

Tidsrom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Introduksjon** | **Ja** | **Nei** |
| Fikk du skriftlig orientering fra tjenestestedet før oppstart |  |  |
| Ble det utarbeidet plan for innhold i turnustjenesten  |  |  |
| Ble planen fulgt opp  |  |  |
| Fikk du delta i opplæringsprogram for nyansatte  |  |  |
| Fikk du informasjon om interne samarbeidsrutiner  |  |  |
| Fikk du informasjon om samarbeidsrutiner med andre enheter/etater  |  |  |
| Fikk du tilstrekkelig opplæring/innføring i arbeidsoppgaver  |  |  |
| Dersom opplæring/innføring ikke var tilstrekkelig, hva manglet |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Veiledning**  | **Ja** | **Nei** |
| Hadde du en fast veileder på tjenestestedet/avdelingen (bruk evt. kommentar­feltet for utfyllende opplysninger) |  |  |
| Ble det avsatt tid til systematisk veiledning gjennom hele turnusperioden  |  |  |
| Ble det gjennomført halvveis- og sluttevaluering av turnustjenesten |  |  |
| Fikk du tilstrekkelig faglig veiledning i tilknytning til konkrete arbeidsoppgaver  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeidsforhold og arbeidsmiljø på tjenestestedet** | **Ja** | **Nei** |
| Egen arbeidsplass, eventuelt eget kontor  |  |  |
| Arbeidsplass/kontor på samme sted som veileder  |  |  |
| Var arbeidsplass/kontor hensiktsmessig utstyrt  |  |  |
| Var arbeidsmengden tilpasset dine behov for forberedelse til oppgavene  |  |  |
| Hvis du hadde oppgaver utover ordinær arbeidstid, var dette |  |  |
| - poliklinikk |  |  |
| - vaktordning |  |  |
| - undervisning |  |  |
| - annet |  |  |
| Hvilke andre yrkesgrupper har du samarbeidet med  |
| Hvordan var arbeidsmiljøet på tjenestestedet |
| **Innhold i turnustjenesten generelt**, har du fått | **Ja** | **Nei** |
| Erfaring og økt kunnskap om styring og prioriteringer i helsetjenesten  |  |  |
| Erfaring og økt kunnskap om ansvars- og oppgavefordeling i helsetjenesten  |  |  |
| Erfaring og økt kunnskap om systematisk kvalitetsforbedring i fysioterapitjenesten |  |  |
| Erfaring med utarbeiding og evaluering av behandlingsopplegg |  |  |
| Lede grupper (om turnusstedet gir informasjon eller behandling i grupper) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Turnustjeneste i kommunehelsetjenesten** |  |  |
| Hvilke arbeidsområder har du fått erfaring fra | **Ja** | **Nei** |
| * helsefremmende og forebyggende arbeid generelt
 |  |  |
| * oppgaver ved helsestasjon
 |  |  |
| * oppgaver i skolehelsetjenesten
 |  |  |
| * oppgaver i tilknytning til oppfølging av barn i barnehage og/eller skole
 |  |  |
| * diagnose og behandling i pasients hjem
 |  |  |
| * diagnose og behandling i institusjon
 |  |  |
| * formidling av tekniske hjelpemidler
 |  |  |
| * oppgaver som inngår i habilitering og rehabilitering
 |  |  |
|  |  |  |
| Antall timer pr. uke brukt til |  |  |
| * kurativt arbeid
 |  |  |
| * forebyggende arbeid
 |  |  |
| * annet (beskriv hva)
 |  |  |

**Turnustjeneste i spesialisthelsetjenesten**

|  |
| --- |
| Tjenesten ble utført ved følgende avdelinger  |
| Arbeidsoppgavene bestod hovedsaklig av:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nei** |
| Deltok du i vaktordning  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Antall timer pr. uke brukt til | **Timer** |
| - råd og veiledning  |  |
| - undersøkelse og behandling av pasienter  |  |
| - annet (beskriv hva)  |

**Bolig**

Husleie pr. mnd.: Areal:

Var boligen som ble stilt til disposisjon (kryss av) møblert [ ] eller umøblert [ ]

Avstand til arbeidsstedet (km):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontakt med Statsforvalteren eller fysioterapeututdanningen i turnus­perioden** | **Ja** | **Nei** |
| Har du hatt behov for å kontakte Statsforvalteren i tjenestefylket  |  |  |
| Har du hatt behov for å kontakte høgskolen  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kursdeltakelse** |  |  |
| Har du deltatt på kurs for turnuskandidater i kommunehelsetjenesten  |  |  |
| Andre kurs du fikk delta på  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fikk du dekket utgifter i forbindelse med deltakelse  |  |  |
| Dersom noen utgifter ikke ble dekket, hva var dette  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anbefaler du turnusstedet** |  |  |
| **Har turnustjenesten svart til dine forventninger**  |  |  |
| Var din kunnskap fra utdanningen tilstrekkelig til å utføre tildelte oppgaver  |  |  |
| Dersom nei, hva var det som manglet  |

**Andre kommentarer**

Ved avsluttet turnusperiode sendes ferdig utfylt skjema til sfropost@statsforvalteren.no