

**Evaluering av turnusteneste for fysioterapeutar**

Namn på turnusfysioterapeut:

Kommune/helseinstitusjon:

Tidsrom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Introduksjon** | **Ja** | **Nei** |
| Fekk du skriftleg orientering frå tenestestaden før oppstart  |  |  |
| Blei det utarbeidd plan for innhald i turnustenesta  |  |  |
| Blei planen følgt opp  |  |  |
| Fekk du delta i opplæringsprogram for nytilsette  |  |  |
| Fekk du informasjon om interne samarbeidsrutinar  |  |  |
| Fekk du informasjon om samarbeidsrutinar med andre einingar/etatar  |  |  |
| Fekk du tilstrekkeleg opplæring/innføring i arbeidsoppgåver  |  |  |
| Dersom opplæring/innføring ikkje var tilstrekkeleg, kva mangla |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rettleiing**  | **Ja** | **Nei** |
| Hadde du ein fast rettleiar på tenestestaden/avdelinga (bruk evt. kommentar­feltet for utfyllande opplysningar)  |  |  |
| Blei det avsett tid til systematisk rettleiing gjennom heile turnusperioden  |  |  |
| Blei det gjennomført halvvegs og sluttevaluering av turnustenesta  |  |  |
| Fekk du tilstrekkeleg fagleg rettleiing i tilknyting til konkrete arbeidsoppgåver  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeidsforhold og arbeidsmiljø på tenestestaden** | **Ja** | **Nei** |
| Eigen arbeidsplass, eventuelt eige kontor  |  |  |
| Arbeidsplass/kontor på same stad som rettleiar |  |  |
| Var arbeidsplass/kontor føremålstenleg utstyrt  |  |  |
| Var arbeidsmengda tilpassa dine behov for førebuingar til oppgåvene  |  |  |
| Dersom du hadde oppgåver utover ordinær arbeidstid, var dette |  |  |
| - poliklinikk |  |  |
| - vaktordning |  |  |
| - undervisning  |  |  |
| - anna: |  |  |
| Kva andre yrkesgrupper har du samarbeidd med  |
| Korleis var arbeidsmiljøet på turnusstaden |
| **Innhald i turnustenesta generelt**, har du fått | **Ja** | **Nei** |
| Erfaring og auka kunnskap om styring og prioriteringar i helsetenesta  |  |  |
| Erfaring og auka kunnskap om ansvars- og oppgåvefordeling i helsetenesta  |  |  |
| Erfaring og auka kunnskap om systematisk kvalitetsforbetring i fysioterapitenesta |  |  |
| Erfaring med utarbeiding og evaluering av behandlingsopplegg |  |  |
| Leie grupper (dersom turnusstaden gir informasjon eller behandling i grupper) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Turnusteneste i kommunehelsetenesta** |  |  |
| Kva arbeidsområde har du fått erfaring frå | **Ja** | **Nei** |
| * helsefremjande og førebyggjande arbeid generelt
 |  |  |
| * oppgåver ved helsestasjon
 |  |  |
| * oppgåver i skulehelsetenesta
 |  |  |
| * oppgåver tilknytt oppfølging av barn i barnehage og/eller skule
 |  |  |
| * diagnose og behandling i heimen til pasienten
 |  |  |
| * diagnose og behandling i institusjon
 |  |  |
| * formidling av tekniske hjelpemiddel
 |  |  |
| * oppgåver som inngår i habilitering og rehabilitering
 |  |  |
|  |  |  |
| Tal timar pr. veke brukt til |  |  |
| * kurativt arbeid
 |  |  |
| * førebyggjande arbeid
 |  |  |
| * anna (beskriv kva)
 |  |  |

**Turnusteneste i spesialisthelsetenesta**

|  |
| --- |
| Tenesta blei utført ved følgjande avdelingar  |
| Arbeidsoppgåvene var i hovudsak:  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Tal timar pr. veke brukt til | **Timar** |
| - råd og rettleiing  |  |
| - undersøking og behandling av pasientar  |  |
| - anna (beskriv kva)  |

**Bustad**

Husleige pr. mnd. Areal

Var bustaden som blei stilt til disposisjon (kryss av) møblert [ ] eller umøblert [ ]

Avstand til arbeidsstaden (km):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontakt med Statsforvaltaren eller fysioterapeututdanninga i turnus­perioden** | **Ja** | **Nei** |
| Har du hatt behov for å kontakte Statsforvaltaren i tenestefylket  |  |  |
| Har du hatt behov for å kontakte høgskolen  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kursdeltaking** |  |  |
| Har du deltatt på kurs for turnuskandidatar i kommunehelsetenesta  |  |  |
| Andre kurs du fekk delta på  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fikk du dekt utgifter i samband med deltaking  |  |  |
| Dersom nokre utgifter ikkje blei dekt, kva var dette  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anbefalar du turnusstaden** |  |  |
| **Har turnustenesta svart til forventningane dine**  |  |  |
| Var kunnskapen din frå utdanninga tilstrekkeleg til å utføre tildelte oppgåver  |  |  |
| Dersom nei, kva var det som mangla  |

**Andre kommentarar**

Ved avslutta turnusteneste sendes ferdig utfylt skjema til sfropost@statsforvalteren.no