**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