|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Kommune/tilskuddsmottaker** |
|  |  | (skriv navnet på kommune/tilskuddsmottaker her) |
| **1** | **a** | **Heltidsutvikling i omsorgstjenesten - Hva er status i arbeidet med å etablere flere hele stillinger?** |
|  |  | (skriv svaret her) |
|  | **b** | **Har kommunen benyttet seg av andre verktøy eller metoder i arbeidet med å redusere deltid, ut over KS/TØRN? Beskriv evt.**  |
|  |  | (skriv svaret her) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | **a**  | **Skriv kort om hvordan dere vurderer kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenesten nå** (kompetanseutfordringer, rekrutteringsbehov mv.) |
|  |  | (skriv svaret her) |
|  | **b**  | **Ble målene for kompetanseheving og kompetanseutvikling i 2024 nådd?** |
|  |  | (skriv svaret her) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3** | **a** | **Skriv kort om hvordan kommunen vurderer bruken av opplæringstilskudd til BPA** (type opplæring og nytteverdi) |
|  |  | (skriv svaret her) |
|  | **b** | **Er opplæringsmålene for 2024 nådd?** |
|  |  | (skriv svaret her) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | **a** | **Tjenesteutvikling - beskriv kort hva tiltaket gikk ut på (5-10 linjer)** |
|  |  | (skriv svaret her) |
|  | **b** | **Beskriv brukernes og pårørendes erfaringer og opplevde nytte av tiltaket** |
|  |  | (skriv svaret her) |
|  | **c** | **Kan dere se effekt av prosjektet som gjør at behovet for kompenserende tjenester er blitt redusert, beskriv i tilfelle hvordan** (kort) |
|  |  | (skriv svaret her) |
|  | **d** | **Beskriv i hvilken grad nye løsninger har gitt kvalitative og økonomiske gevinster for brukerne og kommunen** |
|  |  | (skriv svaret her) |
|  | **e** | **Har prosjektet overføringsverdi til andre kommuner? Beskriv** |
|  |  | (skriv svaret her) |

*Dersom dere har skrevet egne rapporter om tjenesteutviklingstiltaket, tar vi gjerne imot
disse som vedlegg*