|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Kommune/tilskuddsmottaker** |
|  |  | Skriv navnet på kommunen her |
| **1** | **A** | **Skriv kort om hvordan kommunen vurderer kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenesten nå** (kompetanseutfordringer, rekrutteringsbehov mv.) |
|  |  | Skriv svaret her |
|  | B | Ble målene for kompetanseheving og kompetanseutvikling i 2020 nådd? |
|  |  | Skriv svaret her |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | **A** | **Skriv kort om hvordan kommunen vurderer bruken av opplæringstilskudd til BPA** (type opplæring og nytteverdi) |
|  |  | Skriv svaret her |
|  | B | Er opplæringsmålene for 2020 nådd? |
|  |  | Skriv svaret her |
|  | C | Antall personer (arbeidsledere, saksbehandlere og assistenter, **spesifiser**) som har gjennomført opplæringstiltak knyttet til BPA i 2020 |
|  |  | Skriv svaret her |