**Överenskommelse mellan patient-, brukar- och närståendeföreträdare respektive uppdragsgivare**

# En överenskommelse ska upprättas mellan uppdragsgivare och patient-, brukar- och närståendeföreträdare för att tydliggöra medverkan i grupper inom Region Halland. Parterna erhåller varsitt exemplar.

|  |
| --- |
| **Patient/närståendeföreträdare** Namn:  E-post:  Tfn: |
| **Ansvarig processtödjare -** är uppdragsgivare och första kontakt för patient-, brukar- och närståendeföreträdare Namn:  E-post:  Tfn: |
| **Uppdrag** *-* medverkan i:  grupp avseende  workshop avseende  konferens avseende  annat avseende |
| **Tidsperiod** *(ange datum för uppdragets start/slut*)  From  Tom  Uppdraget som patient-, brukar- och närståendeföreträdare kan förlängas alternativt avslutas i förtid efter överenskommelse. Detta kan först ske efter samtal/kontakt med berörda personer och verksamheter. |
| **Uppdragsbeskrivning** *(beskriv kortfattat uppdraget, målet/syftet, vad medverkan ska bidra till, vilken roll* patient-, brukar- och närståendeföreträdare *förväntas ha samt vad som förväntas av båda parter)* |
| **Mötesform och frekvens** *(ange mötesform och uppskattad tidsåtgång)*  Fysiskt möte – på följande ort:  Planerat antal gånger – vid följande datum:  Planerad tidsåtgång per tillfälle:  Distansmöte – via telefon eller video  Planerat antal gånger – vid följande datum:  Planerad tidsåtgång per tillfälle:  Annan planering:  Tid för planering/förberedelser och eventuellt efterarbete ska vara begränsad. |
| **Behov av tillgänglighetsanpassning** (arbetsformer, information, kommunikation) |
| **Arvode och reseersättning**  Patient-, brukar- och närståendeföreträdare erbjuds arvode och reseersättning, se nedan. |
| **Introduktion** Patient- och närståendeföreträdare introduceras i uppdraget av uppdragsgivaren. |
| **Hantering av personuppgifter**  Dina personuppgifter (namn, postadress, e-postadress och telefonnummer) sparas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning – GDPR. Uppgifterna behövs för att vi ska kunna kontakta dig i ditt uppdrag, distribuera information, minnesanteckningar, nyheter med mera. Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är allmänt intresse. |

|  |
| --- |
| **Region Hallands Ersättningsmodell vid patient-, brukar och närståendemedverkan**    **Grunder för ersättning**  \* uppdrag, syfte, och förutsättningar om vad som förväntas av den enskilde individen ska tydligt framgå  \* ersättning betalas ut som skattepliktigt arvode  \* ersättning utgår med 0,5 % av innevarande års prisbasbelopp per timmes medverkan i aktivitet. (Ex. prisbasbelopp 2020, 47 300 kr \* 0,5 %=236,50 kr)  \* restidsersättning utgår för resor som överskrider 30 minuter enkel väg från hemorten enligt samma ersättning som ovan  \* inkomstbortfall ersätts inte  \* ersättning för resa utgår i första hand som biljett med kollektivtrafik, alternativt som milersättning: 29 kr per mil (18,50:- skattefritt)  [Region Hallands rutin för ersättning vid patient- och närståendemedverkan](https://intra.regionhalland.se/styrda-dokument/_layouts/RHWordViewer.aspx?id=/styrda-dokument/PublishingRepository/46806fd6-b730-4141-b1d7-b1a241969c14/Patient-%20och%20n%C3%A4rst%C3%A5endeinvolvering%20%E2%80%93%20ers%C3%A4ttning.docx&Source=https://intra.regionhalland.se/styrda-dokument/_layouts/RHI_CDViewer.aspx?OWAStatus=0&DefaultItemOpen=1)  **Utbetalning av ersättning**  Den medverkande får själv ansvara för att fylla i och lämna in ersättningsblanketten till ansvarig projektledare.  [Blankett Patient- och närståendeinvolvering – ersättningsblankett](https://intra.regionhalland.se/styrda-dokument/_layouts/RHWordViewer.aspx?id=/styrda-dokument/PublishingRepository/bc80900e-22ec-4d37-b6bb-2e3c11836221/Brukar-%20och%20n%C3%A4rst%C3%A5endemedverkan%20-%20ers%C3%A4ttningsblankett.docx&Source=https://intra.regionhalland.se/styrda-dokument/_layouts/RHI_CDViewer.aspx?OWAStatus=0&DefaultItemOpen=1) (länk)    *För att ersättning ska kunna betalas ut behöver också blankett Anmälan/Ändring av löntagaruppgifter (Nordea) Länk till regionhalland.se fyllas i av patient/närstående.*  **På kommunal/lokal nivå följs lokala anvisningar.  Ersätter då den regionala ersättningsmodellen.** |

--------------------------------------------- ------------------------------------------------------ Ort och datum Ort och datum

--------------------------------------------- ------------------------------------------------------

Ansvarig för uppdraget Patient-, brukar eller närståendeföreträdare

--------------------------------------------- -------------------------------------------------------

Namnförtydligande Namnförtydligande