|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | FörvaltningDatum |  |
|  | Förfrågan om utvecklingsmedel* utvecklingsinsatser och förbättringsarbete

Mallen är ett stöd i arbetet med att ta fram underlag som beskriver utvecklingsinsatser/förbättringsarbete som kräver särskilda utvecklingsmedel. Underlaget ska skickas till Regionkontoret via RK Post Hälso- och sjukvård. Obs! Frågor markerade med en \* ska bara besvaras om insatsen ska genomföras inom ramen för en nationell överenskommelse.  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Övergripande information |  |
| Insatsens namn |  |
| Aktuell nationell överenskommelse\*  |  |
| Startdatum |  |
| Slutdatum |  |
| Ansvarig verksamhet |  |
| Ansvarig kontaktperson (e-post) |  |
| Beräknad kostnad för insatsen |  |

 |  |  |



**Beskrivning av insatsen**

|  |
| --- |
| **Syfte** |
|   |

|  |
| --- |
| **Mål** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv på vilket sätt insatsen bidrar till måluppfyllelse i överenskommelsen\*** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv vilka aktiviteter som ska genomföras** |
|  |

|  |
| --- |
| **Ange tidsplan för insatsen, tänk på att:** * **tidsplanen ska motsvara den period utvecklingsmedlen ska användas**
* **det finns möjlighet att planera för insatser som löper över mer än ett år**
 |
|  |



**Samverkan och delaktighet**

|  |
| --- |
| **Kommer insatsen genomföras i samverkan med annan verksamhet och/eller förvaltning? Om ja, beskriv på vilket sätt.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Ange om patienter, brukare eller närstående kommer att involveras och i så fall på vilket sätt. För information och stöd** [**se vårdgivarwebben**](https://vardgivare.regionhalland.se/patientens-rattigheter-och-medverkan/patient-brukar-och-narstaendemedverkan/rad-och-stod/)**.**  |
|  |

**Uppföljning och effekter**

|  |
| --- |
| **Beskriv hur insatsen ska följas upp**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv förväntade effekter av insatsen på kort och lång sikt**  |
|   |





**Kostnader**

|  |
| --- |
| **Ange beräknad kostnad, tänk på att:** * **inkludera kostnad för eventuell intern process- eller projektledning**
* **ange önskemål om hur medlen ska fördelas (årsvis) vid eventuella fleråriga insatser**
 |
|  |

**Övrigt**

|  |
| --- |
| **Beskriv eventuellt behov av stöd från Regionkontoret, så som med samordning och kommunikation. Detta ingår i Regionkontorets uppdrag och ska inte räknas med som en kostnad\*** |
|  |

|  |
| --- |
| **Förvaltning**  |
| Förnamn Efternamn*Titel* | Förnamn Efternamn*Titel* |

|  |
| --- |
| Namn ansvarig kontaktpersonE-post |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |

