|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
|  | Förvaltning  Datum | |  |
|  | 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](mailto:halsoochsjukvard@regionhalland.se).  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 kontaktperson  E-post | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

