**Søknad om midlar til kvalitetsforbetring LTMV 2020**

**Prosjekttittel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMASJON OM SØKAR** | |
| **Navn** |  |
| **Yrke** |  |
| **Arbeidsstad** |  |
| **Helseforetak** |  |
| **Helseregion** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-post** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORANKRING LOKALT** | |
| **Avklaring av deltaking i prosjekt er gjort med leiar** | |
| **Navn og e-post til leiar** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **BESKRIVING AV PROSJEKTET** | |
| **Kort prosjektbeskriving** |  |
| **Formål med prosjektet** |  |
| **Metode** | 1. Kunnskapsgrunnlag 2. Beskrivelse av tiltaket 3. Utfallsmål 4. Måling av effekt av prosjektet – korleis skal det evaluerast? |
| **Angår prosjektet** | Barn JA NEI  Voksen JA NEI  LTMV Register  JA NEI |
| **Angår prosjektet** | Samhandling?  JA NEI  Kompetanseoppbygging?  JA NEI  Inngår prosjektet i regional handlingsplan for LTMV? JA NEI  Er prosjektet ei forlenging av tidlegare prosjektmidlar frå NKH?  JA NEI  Anna: |
| **Kven får nytte av prosjektet** | Primærhelseteneste JA NEI  Spesialisthelseteneste JA NEI  Pasient JA NEI  Helsepersonell JA NEI  Andre: |
| **Tidsplan for prosjektet** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ØKONOMI** | |
| **Budsjett**  **–** korleis skal midlane disponerast?  (lønn, innkjøp, dekning av andre  utgifter, kva skal evt eigen  arbeidsstad bidra med) |  |

|  |
| --- |
| **VEDLEGG** |
| **Evt tidligere erfaring med prosjektarbeid** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATO/STED** | |
| Dato |  |
| Sted |  |
| Søknad sendt av |  |

Sendast til:

Søknadsskjema må leverast elektronisk, som vedlegg per e-post til [hjemmerespirator@helse-bergen.no](mailto:hjemmerespirator@helse-bergen.no) innan 28.02.20.

Eventuelle spørsmål kan rettast til senterleiar Ove Fondenes på e-post ove.fondenes@helse-bergen.no eller telefon 55978482 / 95890446