**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 NEIVoksen JA NEILTMV Register  JA NEI |
| **Angår prosjektet**  | Samhandling?  JA NEIKompetanseoppbygging?  JA NEIInngår prosjektet i regional handlingsplan for LTMV? JA NEIEr prosjektet ei forlenging av tidlegare prosjektmidlar frå NKH?  JA NEIAnna: |
| **Kven får nytte av prosjektet** | Primærhelseteneste JA NEISpesialisthelseteneste JA NEIPasient JA NEIHelsepersonell JA NEIAndre: |
| **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 innan 28.02.20.

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