Förfrågan om invånarmedverkan från Intressebanken

Detta är ett formulär för dig som önskar att invånare, patient, närstående, brukare, kund eller motsvarande, ska medverka och bidra med sina erfarenheter och kunskaper för förbättring.

|  |
| --- |
| Förfrågan om medverkan |
| **För förbättring** |  | Vid arbetsplatsträff eller korridorsmöte |
|  | I förbättringsteam |
|  | I arbets- projekt- eller processgrupp |
|  | Vid riskanalys/händelseanalys |
|  | I fokusgrupp |
|  | Vid barnkonsekvensanalys |
|  | ”Barnrond” |
|  | Vid brukarrevision |
|  | I workshop |
|  | Vid konferens |
|  | Annat:  |
|  |  |
| **I ledningssammanhang** |  | I lednings- eller styrgrupp |
|  | I brukargrupp inom Länsgemensam ledning  |
|  | Annat:  |
|  |  |
| **Område/tema för medverkan** |  |
| **Målsättning** - vad ska medverkan bidra till? |  |
| **Vilken roll förväntas den medverkande ha?**Ex. Vara med som grupp-medlem, vara moderator/ föreläsare. |  |
| **Övriga deltagare/målgrupp** |  |
| **Hur många personer behövs till uppdraget?** |  |
| **Frekvens för medverkan** | [ ]  En gång | [ ]  Veckovis | [ ]  Månadsvis | [ ]  Annat: |
| **Uppskattad tidsåtgång per tillfälle (timmar)**  |  |
| **Datum för medverkan** |  |
| **Klockslag för medverkan** |  |
| **Var ska medverkan ske** |  |
| Ansvarig för förfrågan |
| **Datum** |  |
| **Verksamhet** |  |
| **Beställare/uppdragsgivare:  namn** |  |
|  **titel** |  |
|  **telefon**  |  |
|  **mailadress** |  |
| **Ansvarig chef** |  |

När personer för medverkan är identifierade, tillfrågade och har tackat ja till medverkan i denna aktivitet, returneras din förfrågan till dig med uppgifterna nedan ifyllda.

Dessa personer inväntar då personlig kontakt från dig med mer information kring aktiviteten. Förtydliga uppdraget, mål, förväntningar osv. Använd gärna samma formuleringar som i din förfrågan. Bjud också gärna in till ett förberedande möte för att skapa trygghet och för att identifiera ev. behov av stöd för medverkande inför aktiviteten.

Efter genomförd aktivitet, återkoppla till medverkande. Både om vad det ledde till, vad som planeras vidare och lite kring betydelsen av personernas medverkan. Återkoppla också till utvecklingsledaren för invånarmedverkan. Kontaktuppgifter finns på sida om Invånarmedverkan på Vårdgivare – Region Kalmar län.

Obs! Vid mailkontakt kommunicera med varje person enskilt. Om mail till fler personer, lägg mailadresserna som ”hemlig kopia”. Då röjs inte identiteten av enskild person. Detta enligt GDPR.

|  |
| --- |
| Medverkande |
| **Namn** | **Mail** | **Telefon** | **Huvudsaklig erfarenhet** |
|  |  |  |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Invånare som medverkar ska erbjudas arvode och reseersättning. Det kan också vara bra att veta att personer som medverkar omfattas av Region Kalmar läns kollektiva olycksfallsförsäkring.

Skicka din förfrågan till Invanarmedverkan@regionkalmar.se