Søknad om **innovasjonsmidler** i Helgelandssykehuset

**Prosjektets Tittel:**

|  |
| --- |
|  |

***Prosjektsøknaden skal være på maks 6 sider***

**Informasjon om Søker:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Navn:**  |  | **Arbeidssted (lokasjon):** |  |
| **Stilling:**  |  | **E-post:**  |  |
| **Adresse:** |  | **Mobil tel:**  |  |
| **Avdeling:**  |  | **Avdelingsleder:**  |  |
| **Klinikk:**  |  | **Klinikksjef:**  |  |

**Formål for søknaden:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Innovasjonsplanlegging - Idétesting (Såkorn) **(Ja/Nei)**  |  | **Søknadsbeløp** (Opptil kr. 50 000)  |  |
| Patent/IP-undersøkelser/ markedsundersøkelser **(Ja/Nei)** |  | **Søknadsbeløp** (Opptil kr. 75 000)  |  |
| Frikjøp av arbeidstid **(Ja/Nei)1** |  | **Søknadsbeløp:**  |  |
| Utgifter i.fm prosjektteam/ reisestøtte **(Ja/Nei)** |  | **Søknadsbeløp** (Opptil kr. 25 000)  |  |
| Potensiell anvendelse og prototype **(Ja/Nei)** |  | **Søknadsbeløp** (Opptil kr. 75 000) |  |
| Midler for å adoptere ideer fra andre HF i Induct **(Ja/Nei)** |  | **Søknadsbeløp** (Opptil kr. 50 000) |  |
| Stimuleringsmidler – eksternt samarbeid **(Ja/Nei)**  |  | **Søknadsbeløp** (Opptil kr. 75 000) |  |
| Prosjektmidler – Tjeneste-/ produktinnovasjon **(Ja/Nei)**  |  | **Søknadsbeløp** (Opptil kr. 150 000) |  |
|  |  | **Totalt prosjekt- og såkornsmidler det søkes om (kr):** |  |

**1** Ved frikjøp må 14,3 % feriepenger, 5,1 % arb. giv. avg. og 18 % pensjonsutgifter legges til lønnsutgifter.

**Prosjektideen2**

|  |
| --- |
|  |

**2** Maks. 100 ord. Kort beskrivelse av prosjektideen:

**Innovasjonsområde, kvalitet, originalitet og dets potensiale**

|  |
| --- |
| **Hva er status for hvordan tjenesten/produktområdet utføres i dag?****Beskriv nyhetsgraden:** **Oppgi forskning som kan belyse tjenesteinnovasjonen:** **Beskriv behovet for den foreslåtte løsningen i helsetjenesten og potensial for regional spredning og /eller kommersialisering:**  |

**Nytteverdi for helsetjenesten**

|  |
| --- |
| **Beskriv innovasjonens nytte og hvorfor det er behov for denne løsningen mht punktene (a-f):****a) Bedre pasientsikkerhet/ pasientforløp /nye arbeidsformer/bruk av teknologi:** **b) Reduksjon av uønsket variasjon i kvalitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet:** **c) Økt arbeidsbesparelse og effektivisering/ selvbetjeningsteknologi:** **d) Bedre samhandlingsformer mellom foretak, kommune og/eller brukere av helsetjenester:** **e) Fokus på pasientgrupper: Skrøpelige eldre, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, kronikere, barn og unge:****f) Øvrig samfunnsnytte – muligheter for bred anvendelse:**  |

**Gjennomførbarhet**

|  |
| --- |
| **Beskriv tilgjengelig kompetanse, utstyr og ressurser for prosjektet:****Implementering av prosjektet**. Herunder metoder, risikoer, evt. forretningsplaner, IPR-avtaler. Beskriv også antatt **tidsrom** for prosjekt m/milepæler:**Nødvendig regulatorisk godkjenning? (REK, Legemiddelverket, etc?):** |

**Prosjektets budsjett og finansiering3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Utgifter**  | **Inntekter** | **Utgifter** |
| Lønn |  |  |
| Reiser |  |  |
| Utstyr/innkjøp av tjenester/drift |  |  |
| Andre |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Inntekter** |  |  |
| Nye innovasjonsmidler fra Helgelandssykehuset |  |  |
| Overførte innovasjonsmidler fra Helgelandssykehuset |  |  |
| Andre (spesifiser) |  |  |
| Andre (spesifiser) |  |  |
| Egne midler |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Balanse (SUM Utgifter og Inntekter)** |  |  |

3 detaljert totalbudsjett legges ved)

|  |  |
| --- | --- |
| **Innovasjonsmidler tidligere mottatt fra Helgelandssykehuset (totalsum):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antatt tidsrom for hele prosjektet (Dato fra – til)** |  |

**Organisering og samarbeid**

|  |
| --- |
| **Gi en kort beskrivelse av:****a) Prosjektleder og internt miljø** **b) Plan for samarbeid med eksterne (andre HF, TTO, næringsaktører og/eller andre).****c) Brukermedvirkning4****d) Plan for formidling til alle relevante interessenter** |

4 **Brukermedvirkning:** Det skal redegjøres for i hvilken grad bruker (pasient, pårørende, helsepersonell) er involvert i planlegging og gjennomføring av prosjektet, eventuelt hvorfor dette ikke er relevant. Om det ikke er brukermedvirkning i prosjektet skal det gjøres rede for hvorfor dette er fraværende.

|  |  |
| --- | --- |
| **Søkerens klinikksjef er informert om søknaden og har samtykket Ja/Nei)?**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sted, dato og søkers underskrift**  |  |

**Vedlegg:**

* CV for søkeren (1 side)
* Bekreftelse at ansvarlig leder er informert om søknaden og har samtykket
* **DOFI** (*Disclosure of Invention*), evt **Oppfinneravtale**, er eventuelt registrert i foretaket (særlig for produktinnovasjon).

Melding om vedtak med evt. betingelser sendes fra innovasjonsutvalget til søker, aktuell klinikksjef og til økonomiavdelingen som grunnlag for utbetaling

**Utfylt skjema for søknad om prosjektmidler eksporteres til PDF-fil. Vedlegg skannes inn og sendes som *én* PDF-fil til innovasjonspostkassen:** **HSYK-Innovasjon@helgelandssykehuset.no****.**