**Överenskommelse mellan patient-/ närståendeföreträdare och uppdragsgivare**

# Överenskommelsen upprättas mellan uppdragsgivare och patient- och närståendeföreträdare för att förtydliga medverkan i sjukvårdsregionala grupper inom Sydöstra sjukvårdsregionen.

|  |
| --- |
| **Patient-/närståendeföreträdare** Namn:  E-post:  Tfn: |
| **Ansvarig processtödjare (**uppdragsgivare och kontaktperson)  Namn:  E-post:  Tfn: |
| **Uppdrag**  grupp för regionalt programområde (RPO) avseende  annan grupp avseende  workshop avseende  konferens avseende  annat avseende |
| **Tidsperiod**  Startdatum  Slutdatum  Uppdraget som patient/närståendeföreträdare kan förlängas alternativt avslutas i förtid efter överenskommelse. |
| **Uppdragsbeskrivning** *(beskriv kortfattat uppdraget, mål och syfte för medverkan, vilken roll patient-/närståendeföreträdare förväntas ha samt vad som förväntas av båda parter)* |

|  |
| --- |
| **Mötesform och frekvens** *(ange mötesform och uppskattad tidsåtgång inklusive eventuell färdtid)*  Fysiskt möte på följande ort:  en gång vid följande datum:  antal/månad:  antal/termin:  antal/år:  Tidsåtgång per tillfälle:  heldag, mer än 4 timmar  halvdag, 2–4 timmar  upp till 2 timmar  annat:  Distansmöte via telefon eller video  en gång vid följande datum:  antal/månad:  antal/termin:  antal/år:        Tidsåtgång per tillfälle:  heldag, mer än 4 timmar  halvdag, 2–4 timmar  upp till 2 timmar  annat:  Tid för planering, förberedelser och eventuellt efterarbete ska vara begränsad. |

**Arvode och reseersättning**

Patient-/närståendeföreträdare erbjuds arvode och reseersättning enligt ersättningsmodell nedan.

**Introduktion**

Patient- och närståendeföreträdare introduceras i uppdraget av uppdragsgivaren.

**Hantering av personuppgifter**

Dina personuppgifter (namn, postadress, e-postadress och telefonnummer) sparas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning GDPR. Uppgifterna behövs för att vi ska kunna kontakta dig i ditt uppdrag, distribuera information, minnesanteckningar, nyheter med mera. Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är allmänt intresse.

**Ersättningsmodell vid patient- och närståendemedverkan**

Ersättning vid patient- och närståendemedverkan baseras på skattepliktigt arvode och reseersättning. Sydöstra sjukvårdsregionen följer den ersättningsmodell som är nationellt beslutad och som bygger på prisbasbeloppet. Administration av ersättning för ovan angivna sjukvårdsregionala uppdrag handläggs av respektive regions processtöd och lokala administrativa utbetalningsrutiner.

**Grunder för ersättning**

Ersättning betalas ut till person med erfarenhet som patient eller närstående när programområde, samverkansgrupp eller arbetsgrupp kallar till uppdrag och efterfrågar patients eller närståendes kunskap och erfarenhet i arbeten de bedriver.

**Ersättning**

För medverkan i möten/aktiviteter utgår ersättning enligt den nationella modellen med:

* 3,6 procent av prisbasbelopp för heldag (mer än fyra timmar inklusive eventuell färdtid)
* 1,8 procent av prisbasbelopp för halvdag (mellan två till fyra timmar inklusive eventuell färdtid)

alternativ för kortare insatser:

* 0,9 procent av prisbasbelopp för kortare insatser, (upp till två timmar inklusive eventuell färdtid) eller 0,5 procent av prisbasbelopp/timme

Med möten menas såväl fysiska möten som distansmöten via telefon eller video.

För ersättning av möte/aktivitet inkluderas i normalfallet även för- och efterarbete enligt uppdragsbeskrivningen. Vid behov kan överenskommelse om extra ersättning för förarbete eller efterarbete göras.

Inkomstbortfall ersätts inte utöver ersättning enligt ovan.

Ersättning utgår inte vid allmänna öppna möten av informationskaraktär eller till anställd i en patientorganisation där uppdraget ingår i tjänsten.

Vid samtidig ersättning från Försäkringskassan kontaktar patienten/den närstående Försäkringskassans handläggare för aktuella regler.

**Reseersättning**

Reseersättning utgår. Resor ska bokas med god framhållning och i möjligaste mån ska billiga och miljövänliga alternativ nyttjas. Bilersättning utbetalas enligt Skatteverkets regler.

**Underskrifter**

--------------------------------------------- ------------------------------------------------------  
Ort och datum Ort och datum

--------------------------------------------- ------------------------------------------------------  
Ansvarig för uppdraget Patient-/närståendeföreträdare

--------------------------------------------- -------------------------------------------------------  
Namnförtydligande Namnförtydligande