|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Dato 21-08-2024  | HNHA/KIGW |
| Sagsnr. 07-1002-220 |   |

 |

|  |
| --- |
| **Deltagelse i demensrejsehold med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin** ANSØGNINGSSKEMA |

|  |  |
| --- | --- |
| **Frist for indsendelse af ansøgning er****mandag den 7. oktober 2024**  | **Skemaet sendes til** aedpulje@sst.dkMrk. ” 07-1002-220 – Ansøgning demensrejsehold [Ansøger]”  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøger:** | [*Hovedansøger = Kommune/ privat leverandør herunder selvejende*]       |
| Adresse: |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| Navn på chef for relevant forvaltning/ leverandør: |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Plejeenhed:** |       |
| Navn på leder af plejeenhed |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |      [*Angiv navn på deltagende enhed (hjemmepleje/plejecenter) og kontaktinformationer*] |
| **Plejeenhed:** |       |
| Navn på leder af plejeenhed |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |      [*Angiv navn på deltagende enhed (hjemmepleje/plejecenter) og kontaktinformationer*] |
| **Plejeenhed:** |       |
| Navn på leder af plejeenhed |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |      [*Angiv navn på deltagende enhed (hjemmepleje/plejecenter) og kontaktinformationer*] |
| **Kontaktperson for projektet:** |       |
| Tlf. nr.: |       |
| E-mail: |       |
| **Chef for relevant forvaltnings/ leverandørs personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| **Plejeenhedsleders personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| **Plejeenhedsleders personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| **Plejeenhedsleders personlige underskrift:**Sted:      Navn:      Underskrift:      Dato:      /      20      |
| Angiv projektkoordinator for demensrejseholdets aktiviteter |      *[Skriv her, hvilken medarbejder, der vil stå for projektledelsen og vedkommendes kompetencer og viden ift. demens og antipsykotisk medicin]* |
| Der er følgende mulige tidspunkter til forløb med demensrejseholdet:    | 1. halvår 2025       [Angiv 1., 2. eller 3. prioritet]2. halvår 2025       [Angiv 1., 2. eller 3. prioritet]1. halvår 2026       [Angiv 1., 2. eller 3. prioritet] *[Angivelsen for prioritet af opstart er vejledende for planlægning af indsatsforløbet. Der kan forekomme tilfælde, hvor ønsket prioritet ikke kan efterkommes.]*  |
| Målgruppe for indsatsforløbet  | Samlet antal borgere på enhed/erne      Antal borgere der aktuelt modtager antipsykotisk medicin      Antal borgere med demensdiagnose/ antal borgere med demenslignende symptomer      |
| Er der en sygeplejerske ansat på den plejeenhed/de plejeenheder som ansøger? |      [*Angiv årsværk fordelt på plejeenheden/-enhederne*] |
| Er der en demenskoordinator eller lignende kompetence tilknyttet plejeenheden/erne? |      [*Angiv årsværk og beskriv hvordan demenskoordinatoren forventes at indgå i forløbet*] |
| Er der en fast tilknyttet læge til plejeenheden/erne? |      *[Hvis ja angiv navn og kontaktoplysninger]* |
| Beskriv kort samarbejdet med relevant praktiserende læge/ plejehjemslæge og evt. andre om behandling af mennesker med demens herunder om der er er indgået aftaler vedr. forbruget af antipsykotisk medicin  |      [*Beskriv her samarbejdet*] |
| **Kriterier ved udvælgelse af projektkommuner:** |
| I hvilken grad ansøger kan beskrive organisationens behov for et demensrejseholdsforløb, og hvordan forløbet vil styrke demensindsatsen til gavn for borgere med demens, herunder nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin. |      *[Skriv og begrund her, hvorfor I søger om et demensrejseholdsforløb og hvordan I ser at forløbet kan styrke jeres demensindsats, herunder nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin]* |
| I hvilken grad projektet er funderet i ledelsen så fx den faglige ledelse sikrer forankring i hverdagen. |      *[Beskriv her, hvem der har ledelsesansvaret og hvorledes ledelsen vil indgå i – og støtte op om indsatsen]* |
| I hvilken grad ansøger kan redegøre for, at der sikres sammenhæng til tidligere/igangværende forløb på demensområdet, og at forløbet hænger sammen med andre relevante strategiske indsatser. |      *[Skriv og begrund her, hvordan I ser at demensrejseholdsforløb hænger sammen med jeres nuværende eller fremtidige demensindsats]* |