|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  |  | | 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.dk  Mrk. ” 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]* |