|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  |  | | Dato 24-10-2023 | AED | | Sagsnr 07-9900-82 |  | |  |

**Ansøgning om deltagelse i afprøvning af model til nedbringelse af antipsykotisk medicin til borgere med demens**

ANSØGNINGSSKEMA

|  |  |
| --- | --- |
| Frist for indsendelse af ansøgning  **4. december 2023 kl. 12.00** | Skemaet sendes til  [aedpulje@sst.dk](mailto:aedpulje@sst.dk)  Skriv i emnefeltet ” 07-9900-82 – Ansøgning om deltagelse i afprøvning af model til nedbringelse af antipsykotisk medicin til borgere med demens [kommunens/enhedens navn]” |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøger**  Adresse  Tlf.nr.  E-mail | [*Hovedansøger = Kommune/ privat leverandør*]  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| Kontaktperson/projektleder for forløbet  Tlf.nr.  E-mail | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  *[Skriv her, navn og stilling på medarbejder, der vil varetage tovholderfunktionen]* |

**Oplysninger om deltagende plejehjem**

|  |  |
| --- | --- |
| **Plejehjem:**  Navn på leder af plejecenter  Tlf.nr.  E-mail  Antal medarbejdere i enheden  Antal borgere i enheden  Antal borgere med kognitive funktionsnedsættelser eller demens | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Plejehjem:**  Navn på leder af plejecenter  Tlf.nr.  E-mail  Antal medarbejdere i enheden  Antal borgere i enheden  Antal borgere med kognitive funktionsnedsættelser/ demens | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Plejehjem:**  Navn på leder af plejecenter  Tlf.nr.  E-mail  Antal medarbejdere i enheden  Antal borgere i enheden  Antal borgere med kognitive funktionsnedsættelser eller demens | Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

**Underskrifter**

|  |
| --- |
| **Chef for relevant forvaltning/ansvarlig leder for leverandørers personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Leder af plejecenters personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Leder af plejecenters personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |
| **Leder af plejecenters personlige underskrift:**  Sted: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Navn: Klik eller tryk her for at skrive tekst.  Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato: Klik eller tryk her for at skrive tekst. |

**Kriterier ved udvælgelse af kommuner/-plejeenheder**

|  |  |
| --- | --- |
| Beskrivelse af organisationens behov og motivation for at deltage i afprøvningen og organisatorisk arbejde med at nedbringe antipsykotisk medicin, herunder organisationens/ansøgers udfordringer og forventninger til udbytte af deltagelse. | *[Beskriv her, hvad I forventer at få ud af at deltage i afprøvningen, beskriv organisations behov for at arbejde med netop dette område. Beskriv jeres målsætning med deltagelsen. Giv om muligt oplysninger om, hvor mange af jeres borgere som i % får antipsykotisk medicin]* |
| Overvejelser om organisering af afprøvningen, herunder hvordan deltagelsen i afprøvningen er funderet i ledelsen, så fx den faglige ledelse sikrer forankring i hverdagen. | *[Beskriv her, hvem der har ledelsesansvaret, og hvordan ledelsen vil indgå i og støtte op om afprøvningsaktiviteterne i hverdagen. Beskriv hvordan I vil sammensætte projektgruppen, så den indeholder nødvendige personer og funktioner ift. afprøvningen. Beskriv herunder projektgruppens og tovholderens rolle.*  *Beskriv også hvordan kommunen / plejehjemmet vil organisere og tilrettelægge deltagelse i afprøvningen, og hvordan I vil afsætte de fornødne ressourcer]* |
| Beskrivelse af, hvordan der sikres sammenhæng til tidligere og igangværende indsatsområder eller forløb på demensområdet, og hvordan deltagelse i afprøvningen evt. hænger sammen med andre relevante strategiske indsatser. | *[Beskriv og begrund her, hvordan I ser, at deltagelse i afprøvningen hænger sammen med jeres nuværende eller fremtidige demensindsatser]* |