**Samtalegruppens mål**

* Tilby støtte gjennom å møte andre pårørende som er i samme situasjon.
* Være en møteplass der du som pårørende kan sette ord på dine opplevelser.
* Få hjelp til å finne løsninger og måter å mestre hverdagen og familielivet på.

**Ta kontakt hvis du har behov for avlastning for å kunne delta i samtalegruppen. Vi vil prøve å være behjelpelig med det.**

**……………………………………………………………**

**Påmeldingen kan legges i en konvolutt og sendes til:**

***(gruppeleders navn)***

***(adresse)***

**Eller du kan melde deg på kurset via**

**(e-post) og/eller (telefon)\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**SAMTALEGRUPPE for pårørende til personer med demens**

**Våren/Høsten 20\_\_**

****

**Arrangør: \_\_\_\_\_\_ i samarbeid med \_\_\_\_\_\_\_\_**

*Plass til logoer*

**Hva kan deltakelse i en samtalegruppe bety for deg?**

Samtalegruppen er et tilbud til deg som har et familiemedlem eller en nær venn med demens. Personen med demens kan bo i eget hjem eller på institusjon.

Deltakelse i samtalegruppene blir ofte evaluert som verdifullt. Pårørende kan få gode råd og tips av hverandre. Å treffe andre i samme situasjon, og fortelle om egne og høre om andres erfaringer, er svært viktig for de fleste.

Mange opplever at de både kan få og gi støtte i disse samtalene. Prosessen i gruppene skal bidra til at pårørende i større grad kan akseptere sin situasjon. Fellesskapet i gruppene skal bidra til gjenkjennelse og alminneliggjøring av opplevelsene den enkelte har, og kan være en støtte i rollen som pårørende.

I samtalegruppen vektlegger vi åpenhet i trygge omgivelser. Fortrolige opplysninger som kommer frem, skal forbli mellom deltakerne**.**

**Gruppeledere:**

**Praktiske opplysninger**

**Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Første samling: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oppstart:** Det legges opp til samlinger med møtetid

Hver uke/hver annen uke (fjern det som ikke passer)

på \_\_\_\_\_\_dager

med oppstart\_\_\_\_\_\_\_\_

fra kl. \_\_\_ til \_\_\_\_

**Påmelding: Innen *(dato)***

**Deltakeravgift: \_\_\_** kr. per deltaker (inkluderer veiledning av erfarent personale og enkel servering)

**For nærmere opplysninger, kontakt:**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------![MCj03223390000[1]]()----------------------------

**Påmeldingsslipp:**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Postnr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kryss av dersom det er behov for avlastning på samlingene

Er du: Ektefelle/samboer Barn Søsken Annet \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Din alder: \_\_\_\_\_ år

Personen med demens bor: I eget hjem På institusjon

Opplysningene er viktige for å tilrettelegge samtalegruppen på en best mulig måte.