

## Pårørandeskulen si målsetting

- ✓ Gi pårørende auka kunnskap om demenssjukdomar.
- ✓ Gi innsikt i metodar for kommunikasjon og samhandling med personar med demens.
- ✓ Bidra til at pårørende får betre kjennskap til rettigheter og aktuelle lover, og korleis ein får kontakt med hjelpeapparatet.
- ✓ Tilby støtte gjennom å møte andre pårørende som er i same situasjon.

På pårørandeskulen vektlegg vi openheit i trygge omgjevnadar. Fortrulige opplysningar som kjem fram, skal forbli mellom deltakarane.

Ta kontakt viss du har behov for avlastning for å kunne delta på kurset. Vi vil prøve å være behjelpelig med det.



### Påmelding sendast til:

Ergoterapeut Anita Skarstein  
Avdeling for fysio- og ergoterapi  
Stryn Omsorgssenter  
Myrane 18  
6783 Stryn

# PÅRØRANDESKULEN i STRYN KOMMUNE

**Kurs for pårørende  
til personar med demens  
VÅREN 2024**



**Arrangør: Hukommelsesteamet i Stryn Kommune**

## Kva er pårørandeskulen?

Pårørandeskulen er eit kurstilbod til deg som har eit familiemedlem eller ein nær venn med demenssjukdom. Personen med demens kan bu heime eller på institusjon. Gjennom faglige førelesningar, plenums- og gruppesamtaler får du kunnskap om demens og innsikt i kva fylgjer sjukdommen kan ha for personen med demens, deg som pårørande og øvrig familie. Du treff andre pårørande i same situasjon og fagpersonar med kompetanse på området.

## Kva inneheld kurset?

Kurset er lagt opp over 5 samlingar med fylgjande tema:

- ✓ demenssjukdomen
- ✓ kommunikasjon og samhandling
- ✓ endra åtferd
- ✓ aktivitet og meistring
- ✓ pårørande fortel

## Praktiske opplysningar

**Stad:** Stryn Omsorgssenter, Buketten

**Første kurssamling:** torsdag 04.04

**Varighet:** I alt 5 samlingar på fylgjande datoar frå kl.18:30 til 21:00

04.04	11.04	18.04	25.04	02.05
-------	-------	-------	-------	-------

**Påmelding:** Innan torsdag 23.03

**Kursavgift:** gratis

**For nærmare opplysningar, kontakt:**

Anita Skarstein

94 82 59 79

anita.skarstein@stryn.kommune.no



### Påmeldingsslipp:

Namn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr. \_\_\_\_\_

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

Kryss av dersom det er behov for avlastning kurskveldane

Er du:  Ektefelle/sambuar  Barn  Sysken  Anna.....

Din alder: \_\_\_\_ år

Personen med demens bur:  I eigen heim  På institusjon