

Beslutningsstøtte

Lindrende behandling eller maskerespirator suppleret med lindrende behandling

1. Afklar din beslutning

Hvilken beslutning står du overfor?

Hvad er dine grunde til, at du skal træffe denne beslutning?

Hvornår er du nødt til at have truffet en beslutning?

Hvor langt er du i processen med at træffe en beslutning?

| | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Har endnu ikke tænkt over det | <input type="checkbox"/> Tæt på at beslutte mig |
| <input type="checkbox"/> Tænker over det | <input type="checkbox"/> Har besluttet mig |

2. Undersøg din beslutning

Viden

Skriv de fordele, ulemper og risici, du kender til.

Værdier

Bedøm hver fordel, ulempe og risiko ved at bruge stjerner (★) til at vise, hvor meget hver enkel af dem betyder for dig.

Vished

Vælg den mulighed med de fordele, som betyder mest for dig. Undgå muligheder med de ulemper og risici, som betyder mest for dig.

| | Grunde til at vælge denne mulighed (Fordele) | Hvor meget betyder det for dig: 0 ★ ikke noget 5 ★ rigtig meget | Grunde til at undgå denne mulighed (Ulemper og risici) | Hvor meget betyder det for dig: 0 ★ ikke noget 5 ★ rigtig meget |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Lindrende behandling | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Maskerespirator - eventuelt suppleret med lindrende behandling | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Hvilken mulighed foretrækker du?

| | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lindrende behandling | <input type="checkbox"/> Maskerespirator - eventuelt suppleret med lindrende behandling | <input type="checkbox"/> Er i tvivl |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

Hvem har indflydelse på din beslutning?

| | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Hvem er ellers involveret? | Hvem: | Hvem: | Hvem: |
| Hvilken mulighed foretrækker denne person? | | | |
| Presser denne person dig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Hvordan kan denne person støtte dig? | | | |
| Hvordan vil du gerne træffe denne beslutning? | <input type="checkbox"/> Dele beslutning med... <input type="checkbox"/> Beslutte selv efter at have talt med... <input type="checkbox"/> En anden træffer beslutning for mig... | | Hvem: |

3. Definér dine behov i forhold til at træffe en beslutning

| | | | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Viden | Kender du til fordele, ulemper og risici ved hver mulighed? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Værdier | Er du klar over, hvilke fordele, ulemper og risici som betyder mest for dig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Støtte | Får du nok støtte og rådgivning til at kunne træffe en beslutning? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Vished | Føler du dig sikker på, hvad der er den bedste beslutning for dig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |