

Beslutningskonfliktskala – før konsultationen

Patientens CPR nummer: _____

Tænk på det valg om forebyggende strålebehandling du skal til at træffe.

Marker hvor enig eller uenig du er i disse bemærkninger ved at sætte et kryds i den firkant fra (meget enig) til (meget uenig), som bedst viser, hvordan du har det med den beslutning, du skal til at træffe.

		Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig
1	Jeg ved hvilke muligheder, jeg har til rådighed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeg ved hvilke fordele, der er ved hver mulighed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jeg ved hvilke risici og følgerikninger, der er ved hver mulighed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Det er klart for mig, hvilke fordele, der betyder mest for mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Det er klart for mig, hvilke risici og følgerikninger, der betyder mest for mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Det er klart for mig, hvad der er vigtigst for mig (fordele eller risici og følgerikninger).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Jeg har tilstrækkelig støtte fra andre til at træffe et valg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Jeg vælger uden pres fra andre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Jeg har modtaget tilstrækkelig rådgivning til at træffe et valg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Det er klart for mig, hvad der det vigtigste for mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Jeg føler mig sikker på, hvad jeg skal vælge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Denne beslutning er nem for mig at træffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vend venligst spørgeskemaet for at svare på de sidste spørgsmål.

Patient

Patient

Patient

Hvor langt er du i din beslutning om hvorvidt du ønsker strålebehandling?

- Har ikke tænkt over mulighederne
- Tænker over mulighederne
- Tæt på at træffe en beslutning
- Har allerede truffet en beslutning
- Ved ikke

Hvor meget information ønsker du at få om strålebehandling mod brystet?

- Mindst mulig information
- Moderat information
- Mest mulig information
- Ved ikke

Hvad er vigtigst for dig i denne situation?

Hvad er din største bekymring i denne situation:

	Lidt	Moderat	Meget	Ved ikke
Risiko for tilbagefald af brystkræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risiko for bivirkninger / senfølger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre bekymringer omkring denne beslutning?

Ønsker du, ud fra den viden du har nu, at modtage forebyggende strålebehandling?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Vil du gerne være med til at træffe beslutningen om, hvorvidt du skal modtage strålebehandling?

- I høj grad
- I nogen grad
- En smule
- Slet ikke
- Ved ikke