



Hej, du har genomgått en handkirurgisk operation som följs upp via det handkirurgiska kvalitetsregistret HAKIR, se [HAKIR patientinformation](#). Dina svar gällande symptom och upplevelser är mycket värdefulla och hjälper oss att förbättra vården.

Tack för din medverkan, Handkirurgiskt kvalitetsregister HAKIR

Alla insamlade data behandlas enligt Patientdatalagen samt Dataskyddsförordningen (www.IMY.se).

Vi inom handkirurgin vill kunna erbjuda bästa möjliga vård. Därför skulle vi uppskatta om du har möjlighet att svara på dessa frågor som gäller dina upplevelser av vården före, under och efter din handkirurgiska operation. Dina svar ska spegla hela vårdförloppet och mötet med samtliga yrkeskategorier.

Operationsdatum:

--

Opererad sida: Vänster Höger

Vänligen svara på frågorna i skala 1-5, där **1= Nej, inte alls** och **5= Ja, helt och hållet**

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Upplevde du att du blev opererad inom rimlig tid? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fungerande smärtlindringen tillfredställande när du kommit hem efter operationen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kände du förtroende för den vårdpersonalen du träffade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Skulle du rekommendera mottagningen/enheten till någon i din situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tack för din medverkan!

Om du har ytterligare synpunkter som du vill framföra, kontakta gärna enheten där du behandlades.