

HAKIR 008 PATIENTENKÄT PREM 0-12 år

1177 meddelande: Hej, Ditt barn har genomgått en handkirurgisk operation som följs upp via det handkirurgiska kvalitetsregistret HAKIR, se [patientinformation](#). Ditt barns svar gällande upplevelsen av vården/behandlingen är mycket värdefulla och hjälper oss att förbättra vården. Enkäten består av ett mindre antal frågor. 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 som vårdnadshavare tillsammans med ditt barn* eller om *ditt barn självständigt* har möjlighet att svara på dessa frågor som gäller upplevelser av vården före, under och efter den handkirurgiska operationen. *Svaren* ska spegla hela vårdförloppet och mötet med samtliga yrkeskategorier.

Operationsdatum: (ifyllt)

 - -

Opererad sida: (ifyllt) 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 tidigare kontakter med vården i den utsträckning *du/ditt barn* önskade?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Var *du/ditt barn* delaktig i besluten beträffande vården/behandlingen i den utsträckning *du/ditt barn* önskade?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Var informationen om vården/behandlingen tillräckligt bra?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Upplevde *du/ditt barn* att operationen utfördes 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/ditt barn* 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/ditt barn* 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/ditt barn* förtroende för vårdpersonalen?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Skulle *du/ditt barn* rekommendera mottagningen/enheten till någon i samma situation?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tack för din/er medverkan! Om *du/ditt barn* har ytterligare synpunkter som ni vill framföra, kontakta gärna enheten där *du/ditt barn* behandlades.