

PLEC D'ESPECIFICACIONS DE CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS EN LA PRESTACIÓ DE SERVEI DE PRESTACIÓ D'HEMODIÀLISI AMBULATÒRIA EN CENTRES AUTORITZATS, PER AL TRACTAMENT DELS PACIENTS AMB INSUFICIÈNCIA RENAL CRÒNICA EN L'ÀMBIT DE TOT CATALUNYA

Aquest plec recull les especificacions de contraprestació per resultats aplicables als contractes basats.

1. MODEL DE CONTRAPRESTACIÓ PER RESULTATS

- Amb la finalitat de vetllar per la qualitat, l'accessibilitat, l'adherència al tractament i l'atenció centrada en la persona en la prestació del servei d'hemodiàlisi ambulatoria amb càrrec al Servei Català de la Salut, la contractació i prestació de l'objecte del contracte ha d'incloure l'avaluació anual dels resultats dels serveis prestats per les empreses proveïdores.
- En el cas de la provisió de serveis d'hemodiàlisi ambulatoria, l'empresa proveïdora li podrà correspondre una quantitat de fins a un 5 % de l'activitat **facturada i acceptada pel Servei Català de la Salut**, sempre que aquesta no superi el 5 % de l'import total contractat.
- La formulació d'aquests objectius contractuals inclosos en l'avaluació s'ha de centrar en les prioritats que estableixen el Pla de salut de Catalunya, així com en els objectius estratègics de la compra de serveis del Servei Català de la Salut.
- L'avaluació dels resultats dels objectius definits l'han de dur a terme anualment les regions sanitàries del Servei Català de la Salut.
- La regió sanitària que correspongui és la responsable d'emetre l'informe d'assoliment, que l'ha d'aplicar a la facturació (vegeu el plec d'especificacions d'activitat, sistema de facturació i sistema de pagament per a la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria).
- Per la recollida de la informació, el Servei Català de Salut aporta la informació de les fonts de dades necessàries per a l'avaluació dels indicadors i pot demanar al proveïdor la informació necessària que ha d'evidenciar objectivament el compliment de l'indicador. El proveïdor té l'obligació de reportar les dades necessàries, dins el termini i en la forma escaient, al registre habilitat pel Servei Català de la Salut.
- En cas que l'indicador no pugui ser avaluat o existeixi la necessitat per raons estratègiques, per manca de dades, en les fonts de dades del Servei Català de la Salut, es podran utilitzar altres fonts d'informació i se n'ha d'informar els proveïdors. En cas que no sigui possible l'obtenció de dades de qualitat, el Servei Català de la Salut podrà fer un canvi d'indicador per raons d'interès públic.
- Els indicadors es poden veure modificats per motius d'actualització de les bones pràctiques clíniques basades en l'evidència científica.

2. METODOLOGIA D'AVALUACIÓ DE LA QUALITAT EN LA PRESTACIÓ DE SERVEIS

L'avaluació de la qualitat vinculada a la contraprestació per resultats dels serveis d'hemodiàlisi ambulatoria s'ha de realitzar mitjançant la construcció d'un índex sintètic de qualitat (ISQ). Aquest índex és l'eina per obtenir el resultat de l'apartat 3.1, Objectius i indicadors de qualitat, d'aquest plec, als quals s'assigna una puntuació ponderada d'acord amb la taula de graus d'assoliment i puntuacions (taula 1). L'ISQ té un rang de puntuació de 0 a 100 punts.

Taula 1. Taula de graus d'assoliment i puntuacions		
Objectiu	Puntuació	Valoració
HD01	12	IHD01 A <0,15 IHD01 B <0,5 : 15 punts IHD01 A ≥0,15 IHD01 B ≥0,5 : 0 punts
HD02	10	> 75%: 5 punts ≤ 75%: 0 punts
HD03	10	> 80%: 10 punts ≤ 80%: 0 punts
HD04	10	> 95%: 10 punts De 90% a 95%: 5 punts < 90%: 0 punts
HD05	12	≥ 95%: 12 punts < 95%: 0 punts
HD06	10	> 80% 10 punts ≤ 80 % 0 punts
HD07	12	< 0,5 episodis / 100 pacients-mes calculant els 12 mesos de l'any:12 punts ≤ 0,5 episodis / 100 pacients-mes calculant els 12 mesos de l'any: 0 punts
HD08	12	> 90 %: 12 punts ≤ 90 %: 0 punts
HD09	12	> 90 %: 12 punts ≤ 90 %: 0 punts
TOTAL	100	

La vinculació de la puntuació resultant de l'ISQ amb la contraprestació per resultats és la que determina la taula següent (taula 2).

Taula 2. Taula de trams d'assoliment de la contraprestació per resultats	
% obtingut	% d'assoliment
≥ 95	5 %
85,00 – < 95	4,5 %
75,00 - < 85	4 %
65,00 - < 75	3,5 %
55,00 - < 65	3 %
45,00 - < 55	2,5 %
35,00 - < 45	2 %
25,00 - < 35	1,5 %
15,00 - < 25	1 %
5,00 - < 15	0,5 %
< 5	0 %

3. OBJECTIUS DE QUALITAT DE L'ATENCIÓ

Una de les finalitats de l'actual procediment de contractació és garantir la vinculació de la prestació del servei d'hemodiàlisi ambulatoria a l'obtenció de resultats en salut. Per fer-ho, s'ha prioritzat l'elecció d'aquells indicadors referents a les dimensions que avaluen la satisfacció del usuari, la qualitat de la sessió de la diàlisi, les cures de l'accés vascular i la coordinació amb la resta de la xarxa assistencial, tot des de la perspectiva d'atenció centrada en la persona en la prestació de serveis.

3.1. Objectius i indicadors de qualitat

HD01. Taxa anual de trombosis de fístules arteriovenoses (FAV).

- **Indicador HD01 A:** taxa de trombosis en FAV natives durant l'any a avaluar respecte al nombre total de pacients portadors de FAV nativa.
- **Indicador HD01 B:** taxa de trombosis en FAV protèsiques durant l'any a avaluar respecte al nombre total de pacients portadors de FAV protèsica.

HD02. Percentatge de pacients prevalents amb més de 3 mesos en programa d'hemodiàlisis que es dialitzen a través de fístula arteriovenosa.

- **Indicador HD02:** percentatge de pacients prevalents amb més de 3 mesos en programa d'hemodiàlisi que a 31 de desembre de l'any a avaluar que es dialitzen a través de fístula arteriovenosa.

HD03. Assolir que en un percentatge mínim de determinacions de la conductivitat de l'aigua tractada sigui amb valors per sota de < 5 microsiemens.

- **Indicador HD03:** percentatge de determinacions amb valors < 5 microsiemens respecte al total de determinacions o el nombre mínim durant l'any a avaluar.

HD04. Assolir un percentatge mínim de valoracions integral de pacients majors de 65 anys amb freqüència màxima anual en pacients en tractament amb hemodiàlisi durant l'any d'avaluació

- **Indicador HD04:** percentatge de pacients > de 65 anys amb VIG en les seves quatre esferes realitzada durant l'any d'avaluació.

HD05. Assolir un percentatge mínim de pacients majors de 65 anys, amb fragilitat intermèdia i avançada, que siguin avaluats per l'equip referent hospitalari de nefrologia i/o Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària (UFISS) i/o atenció primària / Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES).

- **Indicador HD05:** percentatge de pacients majors de 65 anys amb IF-VIG de $\geq 0,36$ que s'ha realitzat una interconsulta amb l'equip multidisciplinari (referent hospitalari de nefrologia, UFISS, atenció primària / PADES).

HD06. Assolir un percentatge mínim de pacients amb rang de ferritina òptims de l'última determinació a 31 de desembre de l'any a estudi.

- **Indicador HD06:** percentatge de pacients amb ferritina amb rang òptim 100-500 $\mu\text{g/L}$ de l'última determinació a 31 de desembre de l'any a estudi.

HD07. Establir un programa de vigilància sobre esdeveniments relacionats amb la infecció sistèmica o local de l'accés vascular en pacients en hemodiàlisi crònica ambulatoria per a un taxa de bacterièmia 0

- **Indicador HD07:** taxa d'infeccions del catèter vascular.

HD08 Assolir que en un determinat percentatge mínim de pacients, la puntuació autodeclarada en relació l'organització de les sessions d'hemodiàlisi siguin "perfecta", "molt bona" o "bona".

- **Indicador HD08:** percentatge de pacients la puntuació autodeclarada dels quals, en relació amb l'organització d'hemodiàlisi, és "perfectes", "molt bons" o "bons".

HD09. Assolir que, en un determinat percentatge mínim de pacients, la puntuació autodeclarada en relació a la informació suficient sobre els protocols d'actuació i les normes de funcionament sigui "sempre" "gairebé sempre" "sovint".

- **Indicador HD09:** percentatge de pacients la puntuació autodeclarada dels quals, en relació a la informació suficient sobre els protocols d'actuació i les normes de funcionament sigui "sempre" "gairebé sempre" "sovint"

Ignasi Carrasco Miserachs
Director de l'Àrea Assistencial

Fitxes tècniques del indicadors d'avaluació

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD01	Taxa anual de trombosis de fístules arteriovenoses
Indicador HD01	A: taxa de trombosis en FAV natives (FAVn) durant l'any a avaluar respecte al nombre total de pacients portadors de FAVn. B: taxa de trombosis en FAV protèsiques (FAVp) durant l'any a avaluar respecte al nombre total de pacients portadors de FAVp.
Descripció	Percentatge de pacients prevalents en programa d'hemodiàlisi que, a 31 de desembre de l'any a avaluar, es dialitzen a través de fístula arteriovenosa.
Unitat proposant	Pla director de la malaltia renal crònica.
Font dades	<i>Registre:</i> CMBD. Entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català determini). <i>Unitat responsable:</i> regió sanitària.
Fórmula	A: <i>Numerador:</i> nombre de trombosis en FAVn l'any a avaluar. <i>Denominador:</i> nombre total de pacients en risc* amb FAVn l'any a avaluar. B: <i>Numerador:</i> nombre de trombosis en FAVp l'any d'estudi. <i>Denominador:</i> nombre total de pacients/any en risc* amb FAVp l'any d'estudi.
Definicions	<i>Trombosi:</i> és l'anul·lació funcional de la FAV, és a dir, el flux sanguini (QA) és de 0 mL/min, que es tradueix en l'absència del fremit i del buf en l'exploració física del pacient. <i>Nombre de pacients en risc*:</i> Nombre de dies que el pacient està amb un determinat tipus d'accés vascular al llarg d'un any (màxim 365) dividit entre 365. Per exemple, pacients amb FAVn i dies de diàlisi: pacient A 365, pacient B 200, pacient C 165, la suma és 730 dies. Si dividim 730 entre 365, el nombre de pacients / any en risc amb una FAVn és de 2.
Referències	A: FAVn estàndard: < 0,15 trombosis/pacient/any. B: FAVp estàndard: < 0,50 trombosis/pacient/any.
Observacions	Indicar el grau d'implementació dels programes estructurats de seguiment de l'accés vascular. Per complir l'indicador s'han d'assolir l'indicador A i B. Indicador Guia SEN per a centres d'hemodiàlisi, 2021¹

¹ <https://revistanefrologia.com/es-guia-unidades-hemodialisis-2020-articulo-S0211699521001685>

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD02	HD02. Percentatge de pacients prevalents amb més de 3 mesos en hemodiàlisi que es dialitzen a través de fístula arteriovenosa
Indicador HD02	Percentatge de pacients prevalents amb més de 3 mesos en programa d'hemodiàlisi que a 31 de desembre de l'any a avaluar es dialitzen a través de fístula arteriovenosa.
Descripció	El centre de diàlisi té un paper fonamental en la promoció de l'ús i seguiment de la fístula arteriovenosa per a la diàlisi, en aquells pacients candidats, que inicien la diàlisi per un accés vascular perifèric. Existeix evidència en la disminució de la mortalitat i l'hospitalització de persones dialitzades per FAV.
Unitat proposant	Pla director de la malaltia renal crònica.
Font dades	<i>Registre:</i> Entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català determini). CMBD. <i>Unitat responsable:</i> regió sanitària
Fórmula	<i>Numerador:</i> nombre de pacients amb més de 3 mesos en programa d'HD que s'estigui dialitzant a través d'una FAV funcionant a 31 de desembre de l'any a avaluar $\times 100$. <i>Denominador:</i> nombre de pacients amb més de 3 mesos en programa d'HD que s'estigui dialitzant en el centre de diàlisi a 31 de desembre de l'any a avaluar.
Definicions	<i>Fístula arteriovenosa (FAV)</i>
Referències	$\geq 75 \%$
Observacions	Indica el grau d'implementació dels programes estructurats de seguiment de la FAV. Indicador Guia clínica espanyola de l'accés vascular per hemodiàlisi ² Per avaluar l'indicador es tindrà en compte aquells pacients que hagin iniciat el programa d'hemodiàlisi en el centre a avaluar fa ≥ 3 mesos.

² <https://revistanefrologia.com/es-guia-clinica-espanola-del-acceso-vascular-hemodialisis-articulo-S0211699517302175>

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD03	Assolir que en un percentatge mínim de determinacions de la conductivitat de l'aigua tractada que sigui amb valors per sota de < 5 microsiemens
Indicador HD03	Percentatge de determinacions amb valors de < 5 microsiemens respecte al total de determinacions o el nombre mínim durant l'any a avaluar.
Descripció	L'aigua purificada ha de tenir una conductivitat màxima de 4,3 microsiemens cm ⁻¹ a 20 °C, segons especifica la Real Farmacopea Espanyola i les guies europees. En llocs on l'aigua d'aportació sigui molt dura, de forma transitòria, es pot admetre 20 microsiemens cm ⁻¹ .
Unitat proponent	Pla director de la malaltia renal crònica.
Font dades	<i>Registre:</i> entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català de la Salut determini). <i>Unitat responsable:</i> regió sanitària.
Fórmula	<i>Numerador:</i> 100 x nombre de determinacions amb valors < 5 microsiemens. <i>Denominador:</i> nombre total de determinacions de conductivitat d'aigua tractada l'any d'avaluació.
Definicions	<i>La conductivitat</i> de l'aigua tractada és un indicador de la concentració de sodi.
Referències	> 80%
Observacions	Registre de periodicitat mensual i a la plataforma que el Servei Català del Salut determini pel seguiment. Indicador Guia SEN per a centres d'hemodiàlisi, 2021 ¹

¹ <https://revistanefrologia.com/es-guia-unidades-hemodialisis-2020-articulo-S0211699521001685>

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD04	Assolir un percentatge mínim de valoracions integral de pacients majors de 65 anys amb freqüència màxima anual en pacients en tractament amb hemodiàlisi durant l'any d'avaluació
Indicador HD04	Percentatge de pacients > de 65 anys amb valoració geriàtrica integral (VIG) en les seves quatre esferes ³ realitzada durant l'any d'avaluació.
Descripció	La VGI és l'estàndard de referència de la valoració multidimensional en persones de perfil geriàtric > 65 anys.
Unitat proponent	Pla director de la malaltia renal crònica.
Font dades	Registre: HC3 (SISAP). Entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català determini). Nombre de pacients > 65 anys atesos durant l'any (activitat facturada al Servei Català de la Salut). Unitat responsable: regió sanitària.
Fórmula	Numerador: nombre de pacients > 65 anys amb valoració geriàtrica integral en les seves quatre esferes ³ durant l'any a avaluar. Denominador: nombre de pacients > 65 anys atesos durant l'any a avaluar.
Definicions	<i>Valoració geriàtrica integral:</i> és un procés de diagnòstic i d'abordatge multidisciplinari que identifica les condicions mèdiques, psicològiques i funcionals en una persona major i/o fràgil, amb l'objectiu de dissenyar i elaborar un pla d'atenció individualitzat. Per aquesta raó, es requereix l'avaluació de diferents àmbits de la salut, incloent-hi els problemes clínics, l'estat funcional (les activitats bàsiques e instrumentals), mental (cognitiu i emocional) i social.
Referències	> 95 %
Observacions	En cas que el pacient tingui registrada, en la seva història clínica, una VIG aquell any, i no presenti signes de davallada, no cal realitzar-ne una de nova. Però si s'haurà de registrar a la plataforma que el Servei Català de la Salut determini per a fer el seguiment. En cas que no en disposi, l'han de realitzar els professionals del centre d'HD, prèvia formació, i registrar-la a l'HC3. Document de consens tractament conservador en malaltia crònica avançada (2022) ³ VIG: càlcul índex fràgil VIG ⁴ . Valoració funcional (escala Lawton i Brody. Barthel), mental (Mini Mental i/o Pfeiffer), social (escala de Gijón) i nutricional (Mini-Nutritional Assessment).

3

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9209/consens_interdisciplinari_sobre_abordatge_persona_malaltia_renal_cronica_avancada_pla_operatiu_malaltia_renal_cronica_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4 <https://es.c3rg.com/index-fragil-vig>

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD05	Assolir un percentatge mínim de pacients majors de 65 anys, amb fragilitat intermèdia i avançada (IF-VIG ≥ 0.36), que siguin avaluats per l'equip referent hospitalari de nefrologia i/o UFISS i/o atenció primària/PADES
Indicador HD05	Percentatge de pacients major de 65 anys, amb IF-VIG de ≥ 0.36 , interconsulta amb l'equip referent (referent hospitalari de nefrologia, UFISS, atenció primària / PADES).
Descripció	La valoració geriàtrica integral (VGI) ens permet detectar persones amb fragilitat intermèdia i avançada que es beneficien de l'avaluació per part de l'equip referent dels diferents nivells assistencial. Conjuntament, elaboraran el Pla d'intervenció individualitzat amb la participació del pacient i la família. L'índex fràgil VIG (IF-VIG) ⁴ es una eina senzilla (respecte el contingut), ràpida (en el temps d'administració), amb capacitat discriminativa (en el diagnòstic situacional) i predictiva (amb elevada correlació amb la mortalitat).
Unitat proponent	Pla director de la malaltia renal crònica.
Font dades	Registre: HC3 (SISAP). Entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català determini). Unitat responsable: regió sanitària.
Fórmula	<i>Numerador:</i> nombre de pacients amb valoració geriàtrica integral en les seves quatre esferes durant l'any a avaluar. <i>Denominador:</i> nombre de pacients amb IF-VIG ≥ 0.36 .
Definicions	<i>Valoració geriàtrica integral:</i> és un procés de diagnòstic i d'abordatge multidisciplinari que identifica les condicions mèdiques, psicològiques i funcionals en una persona major i/o fràgil, amb l'objectiu de dissenyar i elaborar un pla d'atenció individualitzat. Per aquesta raó, es requereix l'avaluació de diferents àmbits de la salut, incloent-hi els problemes clínics, l'estat funcional (les activitats bàsiques e instrumentals), mental (cognitiva i emocional) i social. <i>IF-VIG⁴</i> és una eina senzilla i ràpida. Té capacitat discriminativa i predictiva amb elevada correlació amb mortalitat.
Referències	$\geq 95 \%$
Observacions	El proveïdor haurà de registre els resultats del IF-VIG ⁴ i les derivacions a l'equip referent del pacient a la plataforma que el Servei Català de la Salut determini per a fer seguiment. Aquest indicador es dona com a no assolit, si no s'assoleix l'objectiu HD04. Pel fer que l'assoliment de l'objectiu HD04 evidència la realització de la VIG a les persones > de 65 anys.

⁴ <https://es.c3rq.com/index-fragil-vig>

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD06	Assolir un percentatge mínim de pacients amb rang de ferritina òptims.
Indicador HD06	Percentatge de pacients amb ferritina amb rang òptim 100-500 µg/L en l'última determinació a 31 de desembre de l'any a estudi.
Descripció	Els pacients amb malaltia renal crònica amb hemodiàlisi han de tenir dipòsits de ferro suficients per obtenir i mantenir una concentració d'hemoglobina > 11 g/dL i < 12 g/dL.
Unitat proponent	Pla director de la malaltia renal crònica.
Font dades	<i>Registre:</i> HC3. Entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català determini). <i>Unitat responsable:</i> regió sanitària.
Fórmula	<i>Numerador:</i> 100 x nombre de pacients amb ferritina entre 100-500 µg/L en l'última determinació del període d'estudi a 31 de desembre de l'any a estudi. <i>Denominador:</i> nombre de pacients prevalents a data 31 de desembre de l'any a avaluar.
Definicions	Els nivells de ferritina sèrica per sota de 100 µg/L són inadequats per a la regeneració d'hemoglobina i suggereixen dèficit absolut de ferro.
Referències	> 80 %
Observacions	Periodicitat bimestral. Es prendrà com a referència l'últim resultat de ferritina de la periodicitat bimestral a 31 de desembre de l'any a estudi. El proveïdor haurà de registrar els resultats a la plataforma que el Servei Català de la Salut determini per a fer seguiment. Indicador Guia SEN per a centres d'hemodiàlisi. 2021 ¹

¹ <https://revistanefrologia.com/es-guia-unidades-hemodialisis-2020-articulo-S0211699521001685>

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD07	Establir un programa de vigilància sobre esdeveniments relacionats amb la infecció sistèmica o local de l'accés vascular en pacients en hemodiàlisi crònica ambulatoria per a un bacterièmia 0
Indicador HD07	Taxa d'incidència de bacterièmia relacionada amb l'accés vascular.
Descripció	Les infeccions representen la segona causa de mortalitat i ocasionen elevats costos per al sistema sanitari. Diferents guies recomanen la vigilància sistemàtica d'esdeveniments adversos relacionats amb la infecció sistèmica o local de l'accés vascular i l'establiment de mesures de prevenció.
Unitat proponent	<i>Registre:</i> HC3. Entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català determini). <i>Unitat responsable:</i> Vigilància d'infeccions nosocomials de Catalunya (VINCat)
Font dades	Dades reportades pel laboratori clínic contractat pel centre de diàlisi que reporta al VINCAt. Cal seguir el circuit que defineixi el VINCAt. Entitat proveïdora (plataforma que el Servei Català determini).
Fórmula	<i>Numerador:</i> nombre de bacterièmies relacionades amb l'accés vascular durant l'any a avaluar. <i>Denominador:</i> nombre de pacients tractats amb hemodiàlisi ambulatoria durant l'any a avaluar.
Definicions	Fa referència a tots els pacients que desenvolupen bacterièmia per infecció de l'accés vascular durant un període establert. Les taxes de bacterièmia s'han de calcular trimestralment per cada centre ajustades per nombre de pacients/mes en hemodiàlisi crònica i s'han d'estratificar per tipus d'accés vascular. El centre ha de reportar les dades mensualment.
Referències	Taxa < 0,5 episodis/100 pacients-mes calculant els 12 mesos de l'any.
Observacions	Freqüència mensual Pujol M, Limon E. Programa de vigilància de les infeccions relacionades amb l'accés vascular en pacients en hemodiàlisi crònica ambulatoria: programa VINCAt. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2023 ⁵

⁵ <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10568>

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD08	Assolir que, en un determinat percentatge mínim de pacients, la puntuació autodeclarada en relació amb l'organització de les sessions d'hemodiàlisi sigui "perfecta", "molt bona" o "bona"
Indicador HD08	Percentatge de pacients la puntuació autodeclarada dels quals, en relació amb l'organització d'hemodiàlisi, és "perfecta", "molt bona" o "bona".
Descripció	L'organització de l'hemodiàlisi ha d'adaptar-se a la conciliació personal i laboral de la persona. Els temps d'espera han de ser els mínims amb coordinació amb el transport sanitari. Han d'existir espais confortables per als moments d'espera i de transició.
Unitat proposant	Pla director de malaltia renal crònica.
Font dades	<i>Registre:</i> enquesta anual. <i>Unitat responsable:</i> Gerència d'Atenció Ciutadana.
Fórmula	<i>Numerador:</i> nombre de pacients atesos enquestats amb puntuació de l'organització de les sessions de diàlisi com a "perfecta", "molt bona" o "bona" <i>Denominador:</i> nombre de pacients atesos enquestats.
Definicions	<i>La pregunta que s'ha de fer és:</i> Quina opinió té de l'organització de les sessions d'hemodiàlisi (com ara el torn, l'ordre de punxada, lloc del llit ,etc.)? <i>Les respostes:</i> 5. Perfecta 4. Molt bona 3. Bona 2. Regular 1. Malament 9. NS/NC (inclou no se'n recorda)
Referències	Valor de referència: > 90 % (àrea d'excel·lència).
Observacions	Per a la recollida d'informació es seguirà la metodologia que el Servei Català de la Salut determini sent en el moment de publicació del Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA). Sempre assegurant l'anonimat del pacient. El Servei Català de la Salut durant la vigència del contracte pot delegar la recollida d'informació a l'entitat proveïdora en el temps i forma que determini.

Línia contractual: serveis en la prestació d'hemodiàlisi ambulatoria	
Objectiu HD09	Assolir que, en un determinat percentatge mínim de pacients, la puntuació autodeclarada en relació a la informació suficient sobre els protocols d'actuació i les normes de funcionament sigui "sempre" "gairebé sempre" "sovint"
Indicador HD09	Percentatge de pacients la puntuació autodeclarada dels quals, en relació a la informació suficient sobre els protocols d'actuació i les normes de funcionament sigui "sempre" "gairebé sempre" "sovint"
Descripció	L'organització de l'hemodiàlisi ha d'informar el pacient i assegurar-se que ha entès la informació donada respecte als riscos i beneficis de cada tipus d'accés vascular, i fomentar la utilització de FAV, en cas que no existeixi contraindicació.
Unitat proposant	Pla director de malaltia renal crònica.
Font dades	<i>Registre:</i> enquesta anual. <i>Unitat responsable:</i> Gerència d'Atenció Ciutadana.
Fórmula	<i>Numerador:</i> nombre de pacients atesos enquestats amb puntuació en la informació suficient sobre els protocols d'actuació i les normes de funcionament com a "sempre", "gairebé sempre" o "sovint". <i>Denominador:</i> nombre de pacients atesos enquestats.
Definicions	<i>La pregunta que s'ha de fer és:</i> Disposa de la informació suficient sobre els protocols d'actuació i les normes de funcionament? <i>Les respostes:</i> 5. Sempre 4. Gairebé sempre 3. Sovint 2. Poques vegades 1. Mai/Gairebé mai 9. NS/NC (inclou no se'n recorda)
Referències	Valor de referència > 90 % (àrea d'excel·lència).
Observacions	Per a la recollida d'informació es seguirà la metodologia que el Servei Català de la Salut determini sent en el moment de publicació PLAENSA. Sempre assegurant l'anonimat del pacient. El Servei Català de la Salut durant la vigència del contracte pot delegar la recollida d'informació a l'entitat proveïdora en el temps i forma que determini.