

# Indicatorenset DHFA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2022.1, juni 2021

**Meer informatie op:**

- [www.transparantieportaal.nl](http://www.transparantieportaal.nl)
- [www.dica.nl](http://www.dica.nl)
- [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl)

**Samengesteld door:**

Organisaties van cliënten:

- PFN

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- NVT, NIV, NVKG, NOV

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

**Aanspreekpunt:**

DICA

indicatoren@dica.nl

**Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.**

## Inhoud

1	Overzicht indicatoren	4
2	Algemene informatie	5
2.1	Uitgangspunten	5
2.2	Populatiebepaling	5
2.3	Aanlevering van de gegevens	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	5
3	Vast te leggen gegevens	7
4	Indicatoren	8
5	Wijzigingstabel	21
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	23



## 1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron	Transparantie?
1	Deelname	DHFA	Verplicht
2	Registratie functionele uitkomstscore voor opname en 3 maanden na ontslag	DHFA	Verplicht
3A1	Functionele uitkomst van patiënten volledig mobiel voor incident (mobiliteitsscore 1)	DHFA	Verplicht
3A2	Functionele uitkomst van patiënten mobiel met 1 hulpmiddel voor incident (mobiliteitsscore 2)	DHFA	Verplicht
3B1	Functionele uitkomst na 3 maanden van patiënten volledig mobiel voor incident (mobiliteitsscore 1)	DHFA	Verplicht
3B2	Functionele uitkomst na 3 maanden van patiënten mobiel met 1 hulpmiddel voor incident (mobiliteitsscore 2)	DHFA	Verplicht
4A1	KATZ-6 ADL score 0 voor het incident	DHFA	Verplicht
4A2	KATZ-6 ADL score 1 voor het incident	DHFA	Verplicht
4B1	KATZ-6 ADL score na 3 maanden bij score 0 voor het incident	DHFA	Verplicht
4B2	KATZ-6 ADL score na 3 maanden bij score 1 voor het incident	DHFA	Verplicht

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DHFA kwaliteitsregistratie. Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

- Doel van deze indicatorset is:
  - o Interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
  - o Verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
  - o Het afleggen van externe verantwoording
  
- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor, onder andere:
  - o Zorgaanbieders en zorgverleners
  - o Zorgverzekeraars
  - o Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa > indirect gezien overeenkomst IGJ indicatoren.
  - o Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: onder andere:
  - Richtlijn proximale femurfracturen  
[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/proximale\\_femurfracturen/proximale\\_femurfracturen\\_-\\_startpagina.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/proximale_femurfracturen/proximale_femurfracturen_-_startpagina.html)
- o (Internationale) Indicatorenset, namelijk:
  - Common dataset van het Fragility Fracture Network  
<https://www.fragilityfracturenetwork.org/>

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Inclusie:

Alle volwassen patiënten die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH).

Exclusie:

- Patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte).
- Patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).

### 2.3 Aanlevering van de gegevens

Via [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

### 2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset DHFA bestond in 2021 uit de volgende personen:

Dhr. dr. J.H. Hegeman (voorzitter), namens de Nvvh/NVT  
Dhr. A Arends (Secretaris), namens de NVKG  
Mw. Dr. Prof. B.C. van Munster, namens de NIV  
Dhr. B Schutte, namens de NOV  
Mw. F.S. Würdemann, namens DICA

### 3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:<sup>1</sup>

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DHFA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dhfa/>

---

<sup>1</sup> Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

#### 4 Indicatoren

<b>Indicatornaam</b>	Deelname
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Aantal heupfracturen geregistreerd in de DHFA per ziekenhuislocatie.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de implementatie van de DHFA.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Implementatie DHFA monitoren.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Monitoren of zorginstellingen deelnemen aan de landelijke kwaliteitsregistratie DHFA.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller</b>	Aantal heupfracturen geregistreerd in de DHFA per ziekenhuislocatie.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle volwassen patiënten die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-1-2022 t/mt 31-12-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2017



<b>Indicator naam</b>	Registratie functionele uitkomstscore voor opname en 3 maanden na ontslag
<b>Indicator nummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten waarbij de functionele uitkomstcores bij ouderen ( $\geq 70$ jaar) met een proximale femurfractuur voor opname en 3 maanden na ontslag is geregistreerd.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de implementatie van de afname van de KATZ-ADL score en mobiliteitsscore in het ziekenhuis.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Implementatie afname KATZ-ADL score en mobiliteitsscore in het ziekenhuis.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Monitoren of zorginstellingen functionele uitkomstcores bepalen bij opname en 3 maanden na ontslag ten behoeve van een uitkomstindicator.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten $\geq 70$ jaar met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis, waarbij de Katz-ADL-score én de mobiliteitsscore** beide bekend is preoperatief en drie maanden na ontslag****.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten $\geq 70$ jaar met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis.
<b>Definitie</b>	<p>*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3).</p> <p>**Categorieën van mobiliteitsscore*** volgens de Fracture Mobility Score:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobiel zonder hulpmiddel</li> <li>2. Buitenshuis mobiel met 1 hulpmiddel (bijvoorbeeld een stok)</li> <li>3. Buitenshuis mobiel met 2 hulpmiddelen of frame (bijvoorbeeld een rollator of looprek)</li> <li>4. Mobiel binnenshuis maar nooit naar buiten zonder hulp</li> <li>5. Geen functionele mobiliteit (gebruikmakend van onderste extremiteit)</li> <li>9. Onbekend</li> </ol> <p>***Patiënten die zijn overleden, worden wel geïncludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore (Mobility-score 5) en afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden.</p> <p>****Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10-16 weken postoperatief.</p>
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau

<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten $\geq 70$ jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar

<b>Indicatornaam</b>	Functionele uitkomst van patiënten volledig mobiel voor incident (mobiliteitsscore 1).
<b>Indicatornummer</b>	3A1
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten die volledig mobiel (mobiliteitsscore 1) waren voor het incident bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in het aantal patiënten per mobiliteitscategorie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per mobiliteitscategorie.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis die volledig mobiel waren voor het incident (mobiliteitsscore 1**)
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis waarbij de mobiliteitsscore** is ingevuld voor het incident.
<b>Definitie</b>	*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3). **Categorieën van mobiliteitsscore*** volgens de Fracture Mobility Score: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mobiel zonder hulpmiddel</li> <li>2. Buitenshuis mobiel met 1 hulpmiddel (bijvoorbeeld een stok)</li> <li>3. Buitenshuis mobiel met 2 hulpmiddelen of frame (bijvoorbeeld een rollator of looprek)</li> <li>4. Mobiel binnenshuis maar nooit naar buiten zonder hulp</li> <li>5. Geen functionele mobiliteit (gebruikmakend van onderste extremiteit)</li> <li>9. Onbekend</li> </ul> ***Patiënten die zijn overleden, worden wel geïncludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore

	(Mobility-score 5) en afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten $\geq 70$ jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

<b>Indicator naam</b>	Functionele uitkomst van patiënten mobiel met 1 hulpmiddel voor incident (mobiliteitsscore 2).
<b>Indicator nummer</b>	3A2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten die mobiel waren met 1 hulpmiddel (mobiliteitsscore 2) voor het incident bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in het aantal patiënten per mobiliteitscategorie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per mobiliteitscategorie.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis die mobiel waren met 1 hulpmiddel voor het incident. (mobiliteitsscore 2**)
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis waarbij de mobiliteitsscore** is ingevuld voor het incident.
<b>Definitie</b>	*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3). **Categorieën van mobiliteitsscore*** volgens de Fracture Mobility Score: 1. Mobiel zonder hulpmiddel 2. Buitenshuis mobiel met 1 hulpmiddel (bijvoorbeeld een stok) 3. Buitenshuis mobiel met 2 hulpmiddelen of frame (bijvoorbeeld een rollator of looprek) 4. Mobiel binnenshuis maar nooit naar buiten zonder hulp 5. Geen functionele mobiliteit (gebruikmakend van onderste extremiteit) 9. Onbekend ***Patiënten die zijn overleden, worden wel geïncludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore (Mobility-score 5) en afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten $\geq 70$ jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met

	een periprothetische heupfractuur(fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

<b>Indicator naam</b>	Functionele uitkomst na 3 maanden van patiënten volledig mobiel voor incident (mobiliteitsscore 1)
<b>Indicator nummer</b>	3B1
<b>Operationalisatie</b>	Gemiddelde categoriescore van de mobiliteitsscore na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident volledig mobiel waren (mobiliteitsscore 1).
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de mobiliteit van de patiënt na 3 maanden.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van 3 maanden mobiliteit van patiënten die voor het incident mobiel zonder hulpmiddel waren.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van kwaliteit van zorg door de functionele uitkomst drie maanden na de operatie te monitoren.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Teller</b>	De optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident volledig mobiel waren (mobiliteitsscore 1**).
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident volledig mobiel waren (mobiliteitsscore 1**) en waarbij de mobiliteitsscore is ingevuld na 3 maanden****.
<b>Definitie</b>	<p>*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3).</p> <p>**Categorieën van mobiliteitsscore*** volgens de Fracture Mobility Score:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobiel zonder hulpmiddel</li> <li>2. Buitenshuis mobiel met 1 hulpmiddel (bijvoorbeeld een stok)</li> <li>3. Buitenshuis mobiel met 2 hulpmiddelen of frame (bijvoorbeeld een rollator of looprek)</li> <li>4. Mobiel binnenshuis maar nooit naar buiten zonder hulp</li> <li>5. Geen functionele mobiliteit (gebruikmakend van onderste extremiteit)</li> <li>9. Onbekend</li> </ol> <p>***Patiënten die zijn overleden, worden wel geïnccludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore (Mobility-score 5) en afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden.</p> <p>****Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10-16 weken postoperatief.</p>
<b>Antwoordopties</b>	Gemiddelde; één antwoord mogelijk

<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten $\geq 70$ jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

<b>Indicatornaam</b>	Functionele uitkomst na 3 maanden van patiënten mobiel met 1 hulpmiddel voor incident (mobiliteitsscore 2)
<b>Indicatornummer</b>	3B2
<b>Operationalisatie</b>	Gemiddelde categoriescore van de mobiliteitsscore na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident mobiel waren met 1 hulpmiddel (mobiliteitsscore 2).
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de mobiliteit van de patiënt na 3 maanden.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van 3 maanden mobiliteit van patiënten die voor het incident mobiel waren met 1 hulpmiddel.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van kwaliteit van zorg door de functionele uitkomst drie maanden na de operatie te monitoren.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Teller</b>	De optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident mobiel waren met 1 hulpmiddel (mobiliteitsscore 2**).
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident mobiel waren met 1 hulpmiddel (mobiliteitsscore 2**) en waarbij de mobiliteitsscore is ingevuld na 3 maanden****.
<b>Definitie</b>	<p>*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3).</p> <p>**Categorieën van mobiliteitsscore*** volgens de Fracture Mobility Score:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobiel zonder hulpmiddel</li> <li>2. Buitenshuis mobiel met 1 hulpmiddel (bijvoorbeeld een stok)</li> <li>3. Buitenshuis mobiel met 2 hulpmiddelen of frame (bijvoorbeeld een rollator of looprek)</li> <li>4. Mobiel binnenshuis maar nooit naar buiten zonder hulp</li> <li>5. Geen functionele mobiliteit (gebruikmakend van onderste extremiteit)</li> <li>9. Onbekend</li> </ol> <p>***Patiënten die zijn overleden, worden wel geïnccludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore (Mobility-score 5) en afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden.</p> <p>****Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10-16 weken postoperatief</p>
<b>Antwoordopties</b>	Gemiddelde; één antwoord mogelijk



<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten $\geq 70$ jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

<b>Indicator naam</b>	KATZ-6 ADL score 0 voor het incident
<b>Indicator nummer</b>	4A1
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten met KATZ-6 ADL-score 0 voor het incident bij proximale femurpatiënten van 70 jaar en ouder.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de score op de KATZ-ADL score.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per KATZ-6ADL score.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis die een KATZ-6 ADL-score 0 hebben voor het incident.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld voor het incident**.
<b>Definitie</b>	*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3). **Patiënten die zijn overleden, worden wel geïncludeerd maar dienen te worden gescoord in afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten $\geq 70$ jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

<b>Indicator naam</b>	KATZ-6 ADL score 1 voor het incident
<b>Indicator nummer</b>	4A2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten met KATZ-6 ADL-score 1 voor het incident bij proximale femurpatiënten van 70 jaar en ouder.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de score op de KATZ-ADL score.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per KATZ-6ADL score.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis die een KATZ-6 ADL-score 1 hebben voor het incident.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld voor het incident**.
<b>Definitie</b>	*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3). **Patiënten die zijn overleden, worden wel geïncludeerd maar dienen te worden gescoord in afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten ≥70 jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

<b>Indicator naam</b>	KATZ-6 ADL score na 3 maanden bij score 0 het incident
<b>Indicator nummer</b>	4B1
<b>Operationalisatie</b>	Gemiddelde KATZ-6 ADL-score na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident een KATZ-6 ADL-score 0 hadden.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de ontwikkeling van de KATZ-ADL score.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van veranderingen van patiënten in de KATZ-6 ADL score.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van kwaliteit van zorg door de functionele uitkomst drie maanden na de operatie te monitoren.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Teller</b>	De optelsom van alle KATZ-6 ADL-scores na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident een KATZ-6 ADL-score 0 hadden.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident KATZ-6 ADL-score 0 hadden en waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld na 3 maanden***.
<b>Definitie</b>	*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3). **Patiënten die zijn overleden, worden wel geïnccludeerd maar dienen te worden gescoord in afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden. ***Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10 – 16 weken postoperatief.
<b>Antwoordopties</b>	Gemiddelde; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten $\geq 70$ jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur (fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020
<b>Indicator naam</b>	KATZ-6 ADL score na 3 maanden bij score 1 het incident

<b>Indicatornummer</b>	4B2
<b>Operationalisatie</b>	Gemiddelde KATZ-6 ADL-score na 3 maanden bij alle proximale femurfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder die voor het incident een KATZ-6 ADL-score 1 hadden.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de ontwikkeling van de KATZ-ADL score.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzichtelijk maken van veranderingen van patiënten in de KATZ-6 ADL score.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn proximale femurfracturen Initiator: DHFA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van kwaliteit van zorg door de functionele uitkomst drie maanden na de operatie te monitoren.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Teller</b>	De optelsom van alle KATZ-6 ADL-scores na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident een KATZ-6 ADL-score 1 hadden.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis die voor het incident KATZ-6 ADL-score 1 hadden en waarbij de KATZ-6 ADL-score is ingevuld na 3 maanden***.
<b>Definitie</b>	*Fractuur van het proximale deel van de femur, gecodeerd volgens: DBC/DOT (11.3019 en 11.218), ICD-10 (S72.0 en S72.1) of een AIS-code (851810.3 en 851812.3). **Patiënten die zijn overleden, worden wel geïncludeerd maar dienen te worden gescoord in afhankelijkste niveau van functioneren (KATZ-ADL-score 6). Binnen de Dutch Hip Fracture Audit is geregeld dat de data van overleden patiënten niet worden ingevoerd, maar dat de scores aan de achterkant automatisch berekend worden als ingevoerd wordt dat de patiënt is overleden. ***Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10 – 16 weken postoperatief.
<b>Antwoordopties</b>	Gemiddelde; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: alle patiënten ≥70 jaar die vanwege een heupfractuur conservatief of operatief behandeld worden in een ziekenhuis (geldt ook voor een conservatieve behandeling op SEH). Exclusie: patiënten met een pathologische heupfractuur (fractuur ten gevolge van een maligne ziekte); patiënten met een periprothetische heupfractuur(fractuur rondom prothese of osteosynthese).
<b>Databron (registratie)</b>	DHFA
<b>Meetperiode</b>	1-9-2021 t/m 31-8-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

<b>Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)</b>	<b>Wijziging</b>
1 (INID011772)	Aantal <i>patiënten</i> gewijzigd in aantal <i>fracturen</i> .
2 (INID011775) 3A1 (INID014401) 3A2 (INID014402) 3B1 (INID014403) 3B2 (INID014404) 4A1 (INID014405) 4A2 (INID014406) 4B1 (INID014407) 4B2 (INID014408)	Datum inclusieperioden in zowel teller- als noemer aangepast naar 1 september voor het verslagjaar t/m 31 augustus van het verslagjaar, meetperiode tekstueel uit de teller en noemer verwijderd.
2 (INID011775) 3A1 (INID014401) 3A2 (INID014402) 3B1 (INID014403) 3B2 (INID014404) 4A1 (INID014405) 4A2 (INID014406) 4B1 (INID014407) 4B2 (INID014408)	70 jaar en ouder, en >70 uniform veranderd in $\geq 70$ jaar
3A1 (INID014401) 3A2 (INID014402) 3B1 (INID014403) 3B2 (INID014404)	Aanpassing mobiliteitsscores; indicatoren 3A1 en 3B1 kijken naar mobiliteitsscore 1 (d.w.z. volledig mobiel voorafgaand aan fractuur). En 3A2 en 3B2 naar mobiliteitsscore 2 (gebruik van 1 hulpmiddel).

## 6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

<b>Operationalisatie</b>	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
<b>Type indicator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitkomst</li> <li>- Proces</li> <li>- Structuur</li> </ul>
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing – in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland)</li> <li>- vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)</li> </ul>
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids)</li> <li>- ja/nee</li> <li>- aantal (een geheel getal)</li> <li>- getal</li> <li>- percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)</li> </ul>
<b>Teller(s)</b>	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
<b>Noemer</b>	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
<b>Vraag</b>	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de

	vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"
<b>Antwoordopties</b>	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
<b>Definitie</b>	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
<b>Aggregatieniveau</b>	Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.
<b>In- /exclusiecriteria populatie</b>	Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
<b>Databron (registratie)</b>	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
<b>Norm</b>	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
<b>Meetperiode</b>	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.
<b>Aanleverfrequentie</b>	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.



<b>Eerste aanleverdatum</b>	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
---------------------------------	---