

# Indicatorenset DHFA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2021

Versie, 2021.2

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:  
NVT, NIV, NVKG, NOV  
ZN  
PFN

Contactinformatie:  
DICA  
[indicatoren@dica.nl](mailto:indicatoren@dica.nl)

**Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties 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	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	4
2.3	Aanlevering van de gegevens	4
2.4	Indicatorenwerkgroep	4
3	Indicatoren	5
4	Wijzigingstabel	20
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	21

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator- nummer</b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>1</sup></b>	<b>Transparantie?<sup>2</sup></b>
1	Deelname	DHFA	Verplicht
2	Registratie functionele uitkomstscore voor opname en 3 maanden na ontslag	DHFA	Verplicht
3A1	Functionele uitkomst mobiliteitsscore 1 voor incident	DHFA	Verplicht
3A2	Functionele uitkomst mobiliteitsscore 2 voor incident	DHFA	Verplicht
3B1	Functionele uitkomst na 3 maanden bij mobiliteitsscore 1 voor incident	DHFA	Verplicht
3B2	Functionele uitkomst na 3 maanden bij mobiliteitsscore 2 voor incident	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 het incident	DHFA	Verplicht
4B2	KATZ-6 ADL score na 3 maanden bij score 1 het incident	DHFA	Verplicht

<sup>1</sup> Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc.)

<sup>2</sup> Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

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

### 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 2020 uit de volgende personen:

Dhr. dr. J.H. Hegeman (voorzitter)

### 3 Indicatoren

<b>Indicatornaam</b>	Deelname
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Aantal patiënten geregistreerd in de DHFA per ziekenhuislocatie.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de implementatie van de DHFA.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Relevantie</b>	Implementatie DHFA monitoren.
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	Aantal patiënten geregistreerd in de DHFA per ziekenhuislocatie.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<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>	01-01-2021 t/m 31-12-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<b>Indicatornaam</b>	Registratie functionele uitkomstscore voor opname en 3 maanden na ontslag
<b>Indicatornummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten waarbij de functionele uitkomstcores bij ouderen (70+) 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>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Relevantie</b>	Implementatie afname KATZ-ADL score en mobiliteitsscore in het ziekenhuis.
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	Aantal patiënten >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 >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>Voor de score na 3 maanden geldt een tijdsinterval van 10 – 16 weken postoperatief.</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 5). 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>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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<b>Indicator naam</b>	Functionele uitkomst mobiliteitsscore 1 voor incident
<b>Indicator nummer</b>	3A1
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten binnen categorie 1 van de mobiliteitsscore 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>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per mobiliteitscategorie.
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar die categorie 1 van de mobiliteitsscore** hebben voor het incident.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, waarbij de mobiliteitsscore** is ingevuld voor het incident.
<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). 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>
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<b>Indicator naam</b>	Functionele uitkomst mobiliteitsscore 2 voor incident
<b>Indicator nummer</b>	3A2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten binnen categorie 2 van de mobiliteitsscore 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>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per mobiliteitscategorie.
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar die categorie 2 van de mobiliteitsscore** hebben voor het incident.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, waarbij de mobiliteitsscore** is ingevuld voor het incident.
<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). 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>
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<b>Indicatornaam</b>	Functionele uitkomst na 3 maanden bij mobiliteitsscore 1 voor incident
<b>Indicatornummer</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 een mobiliteitsscore 1 hadden.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de mobiliteit van de patiënt na 3 maanden.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van 3 maanden mobiliteit van patiënten die voor het incident mobiel zonder hulpmiddel waren.
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	De optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar die voor het incident mobiliteitsscore 1 hadden.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, die voor het incident mobiliteitsscore 1 hadden 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 geïncludeerd maar dienen te worden gescoord in de slechtste mobiliteitsscore (Mobility-score 5). 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>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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<b>Indicatornaam</b>	Functionele uitkomst na 3 maanden bij mobiliteitsscore 2 voor incident
<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 een mobiliteitsscore 2 hadden.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de mobiliteit van de patiënt na 3 maanden.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van 3 maanden mobiliteit van patiënten die voor het incident mobiel zonder hulpmiddel waren.
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	De optelsom van alle mobiliteitsscore na 3 maanden van de patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar die voor het incident mobiliteitsscore 2 hadden.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, die voor het incident mobiliteitsscore 2 hadden 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). 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>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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<b>Indicatornaam</b>	KATZ-6 ADL score 0 voor het incident
<b>Indicatornummer</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>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per KATZ-6ADL score.
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar die een KATZ-6 ADL-score 0 hebben voor het incident.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, 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>Antwoorδοpties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau



<b>Indicatornaam</b>	KATZ-6 ADL score 1 voor het incident
<b>Indicatornummer</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>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van het aantal patiënten per KATZ-6ADL score.
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar die een KATZ-6 ADL-score 1 hebben voor het incident.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur* geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, 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>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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<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>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van veranderingen van patiënten in de KATZ-6ADL score.
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<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 vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, die voor het incident een KATZ-6 ADL-score 0 hadden.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, 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 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>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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

<b>Indicator naam</b>	KATZ-6 ADL score na 3 maanden bij score 1 het incident
<b>Indicator nummer</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>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Relevantie</b>	Inzichtelijk maken van veranderingen van patiënten in de KATZ-6ADL score.
<b>Datatype</b>	Gemiddelde
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	DHFA
<b>Rekenregels en definities</b>	
<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 vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, die voor het incident een KATZ-6 ADL-score 1 hadden.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een proximale femurfractuur geopereerd in het ziekenhuis vanaf 1 oktober voor het verslagjaar tot en met 30 september van het verslagjaar, 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>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>	01-10-2020 t/m 30-09-2021
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	Locatieniveau

#### 4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2020

- Geen wijzigingen -

Indicator	Wijziging
2	De codering van de Fracture Mobility Score is aangepast conform de literatuur en de DFHA datadictionary. Codering is ook in de titel van de indicator aangepast; inhoudelijk wijzigt de indicator niet.
3 (A1,A2, B1, B2)	De codering van de Fracture Mobility Score is aangepast conform de literatuur en de DFHA datadictionary. Codering is ook in de titel van de indicator aangepast; inhoudelijk wijzigt de indicator niet.

## 5 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>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>Type indicator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitkomst</li> <li>- Proces</li> <li>- Structuur</li> </ul>
<b>Relevantie</b>	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
<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>Bron (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>Rekenregels en definities</b>	
<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 postoperatief

	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>In- /exclusiecriteria</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>Casemix</b>	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 postoperatief 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>Aanleverniveau</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.