

# RAPORT KOŃCOWY

## Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu : .....
Sygn. akt: .....
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Województwo Mazowieckie  <small>oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</small>	<b>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</b>
<b>Nazwa programu polityki zdrowotnej:</b> „Zwiększenie efektywności rehabilitacji narządu ruchu u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym przy użyciu zrobotyzowanej ortozy do rehabilitacji chodu”	
<b>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:</b> 2016 r. – 2018 r.	<b>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:</b> 2016 r. - 2018 r.
<b>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:<sup>1)</sup></b> Celem głównym Programu było zwiększenie dostępności do intensywnej terapii chodu z zastosowaniem zautomatyzowanej ortozy dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Cel ten został zrealizowany. Pacjenci z terenu województwa mazowieckiego dzięki programowi mieli możliwość wzięcia udziału w treningach z wykorzystaniem Lokomatu. Celem szczegółowym była poprawa wzorca chodu u jak największej ilości osób z grupy docelowej. Cel ten został zrealizowany. U wszystkich pacjentów biorących udział w programie zaobserwowano poprawę w minimum jednym z przeprowadzonych badań/testów. Oczekiwany efektami była poprawa wzorca chodu i zdolności lokomocji u dzieci biorących udział w programie. Efekty programu były zgodne z oczekiwaniami i założeniami przyjętymi przed rozpoczęciem programu. Ocena osiągnięcia ww. celów była mierzona na podstawie wyników końcowych badań lekarskich oraz na podstawie ankiety satysfakcji rodziców/opiekunów uczestników programu. Za mierniki efektywności w programie przyjęto wyniki następujących badań: 1. Funkcjonalnych testów chodu, w tym: Time Up&Go Test; 10 m test chodu; 6 minutowy test chodu; 2. pomiar siły mięśniowej L-FORCE; 3. pomiar biernego i czynnego zakresu ruchu L-ROM; 4. pomiar oporu mięśniowego L-STIFF. Realizator nie dokonywał pomiaru biernego i czynnego zakresu ruchu L-ROM, gdyż pomiar ten nie był wskazany w planowanych interwencjach. Realizator zgodnie z planowanymi interwencjami wykonywał również następujące badania: GMFM (D,E); Faq – 10; Faq – 22; Pedi; testy dystrybucji obciążeń (oczy otwarte, oczy zamknięte) z wykorzystaniem platformy dynamograficznej Gamma, oceniał realizację indywidualnego celu terapii (GAS, SMART).	

<sup>1)</sup> Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Time Up&Go Test (TUG) - test pozwalający na ocenę stanu badanego w zakresie dużej motoryki (funkcja wstawiania, pokonywania krótkiego dystansu, zawracania oraz przyjmowania pozycji siedzącej).

10 m test chodu (TMWT) - test umożliwiający ocenę prędkości chodu na odcinku 10 m.

6 minutowy test chodu (6MWT) - test pozwalający na ocenę wydolności pacjenta.

GMFM (Gross Motor Function Measure) - skala opracowana w celu oceny możliwości funkcjonalnych dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, użyteczna do ustalania celów leczenia. Powtarzane badania umożliwiają monitorowanie zmian w rozwoju tzw. dużej motoryki dziecka.

GMFM jest skalą o bardzo szczegółowych kryteriach oceny, wiarygodną i powszechnie stosowaną. Ocena dziecka polega na badaniu zachowań funkcjonalnych podczas testów ruchowych. Według założenia autorów, zdrowe pięcioletnie dziecko powinno wykonać wszystkie badane czynności w pełnym zakresie.

GMFM jest skalą ilościową, obiektywną, obejmującą 88 testów ruchowych (lub 66 w wersji skróconej) wykonywanych na pięciu poziomach motoryki dziecka:

A - leżenie i obracanie się,

B – siedzenie,

C - czworakowanie i chodzenie na kolanach,

D – stanie,

E - chodzenie, bieganie i skakanie.

W każdym teście dziecko ocenia się w skali od 0 do 3 punktów, gdzie:

0 - dziecko nie zapoczątkowuje wykonania danej czynności,

1 - inicjuje wykonanie badanej czynności/wykonuje badaną czynność w zakresie mniejszym niż 10%,

2 - oceniana czynność wykonana częściowo (powyżej 10% i poniżej 100%),

3 - całkowite wykonanie badanej czynności.

Otrzymane na każdym z poziomów punkty sumuje się, a następnie oblicza procentowy wynik w stosunku do punktacji, jaką dziecko otrzymałoby wykonując całkowicie wszystkie czynności na wszystkich poziomach. Otrzymany wynik dokładnie ilustruje umiejętności motoryczne dziecka dla danego poziomu.

Dla potrzeb programu wykorzystano część D (stanie) i E (chodzenie, bieganie i skakanie) skali GMFM - 88.

Faq -10 (Gillette Functional Assessment Questionnaire) - kwestionariusz oceny funkcjonalnej chodu wg. Gillette.

Faq - 22 (Gillette Functional Assessment Questionnaire - 22 skills) - kwestionariusz oceny funkcjonalnej wg. Gillette.

Pedi (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) – skala stworzona w celu kompleksowej oceny możliwości funkcjonalnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz analizy zmian w ich funkcjonowaniu będących wynikiem postępowania usprawniającego. Skala składa się z 3 części, z których każda koncentruje się na 3 dziedzinach: samoobsługi, mobilności i funkcji społecznych. Dla potrzeb programu wykorzystano część: umiejętności funkcjonalne - dziedzina mobilność.

Testy dystrybucji obciążeń z wykorzystaniem platformy dynamograficznej Gamma - pozwalające określić procentowy udział kończyny w pełnieniu funkcji podporowych w pozycji stojącej. Czas trwania testu wynosił 60 sekund dla pozycji stojącej z wykorzystaniem informacji wzrokowej (oczy otwarte) oraz 60 sekund dla pozycji stojącej bez możliwości korzystania z informacji wzrokowej (oczy zamknięte).

GAS (Goal Attainment Scale) - skala umożliwiająca ustalenie oraz ocenę realizacji celu terapii, gdzie:

2 - wynik zdecydowanie lepszy od ustalonego celu terapii,

1 - wynik lepszy od ustalonego celu terapii,

0 - wynik zgodny z ustalonym celem terapii,

1 - stan początkowy/niezrealizowany lub nie w pełni zrealizowany cel terapii,

2 - stan gorszy od stanu początkowego.

Każdy cel terapii został ustalony oraz opisany zgodnie z założeniami systemu SMART, co oznacza, że był on:

S – specyficzny, M – miarodajny, A - atrakcyjny dla dziecka i jego opiekuna, R- realistyczny, T - określony czasowo.

L-FORCE - pomiar siły mięśniowej w warunkach statycznych dla zginaczy i prostowników stawów biodrowych oraz stawów kolanowych.

L-STIFF - pomiar oporu mięśniowego przy trzech prędkościach ruchu w stawach biodrowych oraz w stawach kolanowych.

Lokomat jest jedną z najpopularniejszych zrobotyzowanych ortez do nauki chodu. Składa się on z zewnętrznego szkieletu napędzającego kończyny dolne (DGO), systemu odciążającego pacjenta (BWS) oraz bieżni ruchomej. Podczas sesji terapeutycznej robot porusza kończynami pacjenta zgodnie z wcześniej ustalonym wzorcem chodu. Dzięki oprogramowaniu Lokomatu możliwa jest zmiana odciążenia, długości kroków, siły prowadzącej (GF) jak i prędkości chodu podczas terapii celem dostosowania parametrów terapii do aktualnych możliwości pacjenta.

Terapia chodu z zastosowaniem Lokomatu nie jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co w znacznym stopniu ogranicza jej dostępność dla pacjentów. Działania programu skutecznie wpłynęły na zwiększenie dostępności terapii.

Na podstawie przeprowadzonych wyników badań stwierdzono znaczny, pozytywny wpływ treningów z zastosowaniem zrobotyzowanej ortozy Lokomat na wzrost prędkości chodu uczestników programu. Zaobserwowano również poprawę umiejętności z zakresu tzw. dużej motoryki, poprawę wydolności oraz wzrost siły mięśniowej w zakresie mięśni kończyn dolnych (zginacze i prostowniki stawów biodrowych oraz kolanowych).

Na podstawie zebranych informacji od rodziców/opiekunów dzieci można stwierdzić, że treningi z zastosowaniem zrobotyzowanej ortozy przyczyniły się do poprawy stanu funkcjonalnego uczestników programu.

W programie każdego roku brało udział 57 pacjentów. Wszyscy uczestnicy programu odbyli 15 sesji z zastosowaniem zautomatyzowanej ortozy do nauki chodu Lokomat oraz wzięli udział w badaniach początkowych i końcowych.

Rodzice/opiekunowie wszystkich uczestników programu wyrazili chęć wzięcia udziału ich podopiecznych w kolejnej edycji. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono pozytywny wpływ treningów z zastosowaniem zrobotyzowanej ortozy na poprawę stanu funkcjonalnego uczestników programu.

#### **Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:<sup>2)</sup>**

Podczas trwania programu zachowano następującą kolejność działań:

1. Rekrutacja pacjentów.
2. Weryfikacja, czy poszczególny pacjent spełnia kryteria wejścia do programu.
3. Przyjęcie bądź odrzucenie aplikacji pacjenta.
4. Po zakwalifikowaniu pacjentów do udziału w programie, każdemu pacjentowi:
  - 1) wykonano następujące badania początkowe:
    - a. Time Up&Go Test (TUG);
    - b. 10 m test chodu (TMWT);
    - c. 6 minutowy test chodu (6MWT);
    - d. GMFM (D,E);
    - e. Faq-10, Faq-22;
    - f. Pedi;

<sup>2)</sup> Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej.

- g. testy dystrybucji obciążeń (oczy otwarte, oczy zamknięte) z wykorzystaniem platformy dynamograficznej Gamma;
- h. ustalenie celu terapii (GAS, SMART);
- i. oraz badania przy użyciu zrobotyzowanej orczy:
  - pomiar siły mięśniowej L-FORCE;
  - pomiar oporu mięśniowego L-STIFF.

2) przeprowadzono 15 sesji treningowych na urządzeniu typu Lokomat;

3) wykonywano badania końcowe tożsame z badaniami początkowymi.

Jedna sesja wykonana przy użyciu zrobotyzowanej orczy trwała około 60 minut. W ciągu tego czasu następowało przymocowanie pacjenta do urządzenia, trening trwający od 20 do 45 min - w zależności od zmęczenia i motywacji pacjenta. Parametry urządzenia, takie jak zakres ruchu oraz offset dla stawów biodrowych i kolanowych, siła prowadząca (Guidance Force), odciążenie oraz prędkość, były dostosowane do potrzeb i możliwości pacjenta.

Zastosowanie Lokomatu pozwoliło na:

- precyzyjne wykonanie cykli chodu o prawidłowym wzorcu,
- zapobieganie powstawaniu kompensacji i patologicznych wzorców,
- torowanie fizjologicznych wzorców ruchu,
- podczas treningów wpływano na zwiększenie motywacji i zaangażowania pacjenta poprzez zastosowanie wirtualnego sprzężenia zwrotnego,
- parametry urządzenia oraz intensywności treningu dostosowano do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Indywidualny dobór parametrów (zakres ruchomości w stawach kończyn dolnych, wielkość i rodzaj odciążenia, prędkość chodu, długość kroku) pozwalały kształtować motorykę ciała tak, aby była jak najbardziej poprawna i fizjologiczna. Zapewniały to osie szkieletu zewnętrznego orczy, które pokrywały się z anatomicznymi punktami kończyn dolnych.

W celu uzyskania lepszej współpracy i motywacji pacjenta podczas sesji treningowych, terapeuta prowadził dodatkowe ćwiczenia. Korzystał również z biofeedback'u umożliwiającego ocenę stopnia zaangażowania pacjenta w proces terapii przez graficzny zapis cyklu chodu na monitorze komputera oraz wzrost motywacji pacjenta poprzez dostarczenie sygnałów zwrotnych - wizualnych oraz proprioceptywnych. Dodatkowo treningi wzbogacane były pracą z wykorzystaniem trójwymiarowych technik projektorów 3D, umożliwiających głęboką percepcję, pozwalającą przenieść się w środowisko sztucznie generowane przez komputer. Tym samym biofeedback oraz wirtualna rzeczywistość zapewniały większą efektywność terapii.

#### **Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:<sup>3)</sup>**

Wyniki przedstawione poniżej przygotowano na podstawie informacji otrzymanych od realizatora programu w sprawozdaniach kwartalnych, sprawozdaniach rocznych, podsumowaniu programu i w dodatkowych wyjaśnieniach do sprawozdań otrzymanych 11 października 2018 r.

W latach 2016-2018 w programie uczestniczyło 171 dzieci, w każdym roku po 57 dzieci. Przy kwalifikacji

<sup>3)</sup> W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji.

W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

W zależności od charakteru programu polityki zdrowotnej należy przedstawić rezultaty możliwe do oceny w momencie składania raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (krótko- i długoterminowe).

uczestników programu została zachowana zasada równości dostępu do świadczeń. O możliwości uczestnictwa w programie decydowała kolejność zgłoszeń. Proces rekrutacji poprzedził etap działań promocyjnych i informacyjnych. Były to m.in.: przesłanie informacji drogą mailową (do poradni rehabilitacyjnych, oddziałów rehabilitacyjnych, fundacji, stowarzyszeń, które zajmują się rehabilitacją osób z mózgowym porażeniem dziecięcym); rozpowszechnianie materiałów informacyjnych, ulotek, plakatów itp.; informowanie rodziców w rejestracji podczas zapisywania dziecka na turnus. Ze względu na ograniczoną liczbę odbiorców, całkowicie zrezygnowano z takich kanałów jak np. ogłoszenia prasowe.

Rok	2016	2017	2018	Suma
liczba dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	57	57	57	171
liczba dzieci, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów	0	0	0	-
łącznie liczba dzieci, która wzięła udział w programie polityki zdrowotnej	57	57	57	171
liczba dzieci, które z własnej woli zrezygnowali w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej	0	2	0	2
liczba dzieci zarejestrowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	66	77	77	220
łącznie liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	855	855	855	2 565

Od momentu podpisania umowy tj. 20 czerwca 2016 r. na realizację programu rozpoczęto rekrutację pacjentów do udziału w programie. Rekrutację zakończono po zakwalifikowaniu 57 pacjentów. W tym czasie swoją chęć udziału w programie i przystąpienia do badań kwalifikacyjnych zgłosili rodzice/opiekunowie 66 pacjentów. 9 pacjentów nie spełniało jednego lub kilku kryteriów wejścia do programu.

Od 2 stycznia 2017 roku rozpoczęto rekrutację pacjentów do udziału w programie w roku 2017. Rekrutację zakończono również 2 stycznia 2017 roku, gdy w przeciągu kilku godzin swoją chęć udziału w programie i przystąpienia do badań kwalifikacyjnych zgłosili rodzice/opiekunowie 57 pacjentów. W zaistniałej sytuacji Realizator podjął decyzję o otwarciu listy rezerwowej, którą zamknął po zapisaniu kolejnych 20 pacjentów. Wszyscy pacjenci z listy podstawowej na podstawie badań początkowych zostali zakwalifikowani do udziału w programie. W trakcie realizacji programu 2 pacjentów z listy podstawowej dobrowolnie zrezygnowało z udziału w programie z przyczyn niezależnych od Realizatora programu (problemy z transportem, pogorszenie się stanu zdrowia). Na ich miejsce do udziału w programie zostali włączeni pierwsi dwaj pacjenci z listy rezerwowej.

Rekrutację uczestników programu na 2018 r. rozpoczęto od 2 stycznia 2018 roku. Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc, rekrutację uczestników programu na 2018 r. zakończono po zakwalifikowaniu 57 pacjentów. W tym czasie chęć udziału w programie i przystąpienia do badań kwalifikacyjnych zgłosili rodzice/opiekunowie 77 pacjentów, z czego 20 pacjentów zostało wpisanych na listę rezerwową. Rodzice i opiekunowie tych pacjentów zostali poinformowani o tym, że lista rezerwowa nie gwarantuje miejsca w programie w 2018 r.



Każdy pacjent odbył 15 sesji przy użyciu zrobotyzowanej ortozy do rehabilitacji chodu Lokomat co daje w sumie 855 sesji rocznie. Łącznie Realizator do udziału w programie w latach 2016-2018 zarejestrował 220 pacjentów. W tabeli poniżej przedstawiono dane metryczne uczestników programu oraz stopień GMFCS

Rok		2016	2017	2018
Liczba uczestników	suma	57	57	57
	Liczba M	24	27	27
	Liczba K	33	30	30
Wiek	Średnia	7,63	8,07	8,77
	Średnia M	7,83	7,93	8,78
	Średnia K	7,48	8,2	8,77
Wzrost	Średnia	126,32	129,18	132
	Średnia M	127,17	130,96	132,63
	Średnia K	125,7	127,57	131,43
Waga	Średnia	27,27	29,32	29,88
	Średnia M	28,33	30,5	30,5
	Średnia K	26,5	28,27	29,32
GMFCS	Ilość M II	9	16	15
	Ilość K II	22	19	28
	Ilość M III	15	11	12
	Ilość K III	11	11	2

Ostatecznie w programie w 2016 r. wzięło udział 57 pacjentów: 24 chłopców i 33 dziewczynki w wieku od 4 do 16 lat. Średni wiek uczestników programu wyniósł 7,63 lat, średni wzrost 126,32 cm, średnia waga 27,27 kg. 31 uczestników znajdowało się na poziomie GMFCS II (9 chłopców, 22 dziewczynki), 26 na poziomie GMFCS III (15 chłopców, 11 dziewczynek).

Ostatecznie w programie w 2017 r. wzięło udział 57 pacjentów: 27 chłopców i 30 dziewczynek w wieku od 4 do 17 lat. Średni wiek uczestników programu wyniósł 8,07 lat, średni wzrost 129,18 cm, średnia waga 29,32 kg. 35 uczestników znajdowało się na poziomie GMFCS II (16 chłopców, 19 dziewczynek), 22 na poziomie GMFCS III (11 chłopców, 11 dziewczynek).

Ostatecznie w programie w 2018 r. wzięło udział 57 pacjentów: 27 chłopców i 30 dziewczynek w wieku od 4 do 17 lat. Średni wiek uczestników programu wyniósł 8,77 lat, średni wzrost 132 cm, średnia waga 29,88 kg. 43 uczestników znajdowało się na poziomie GMFCS II (15 chłopców, 28 dziewczynek), 14 na poziomie GMFCS III (12 chłopców, 2 dziewczynki).

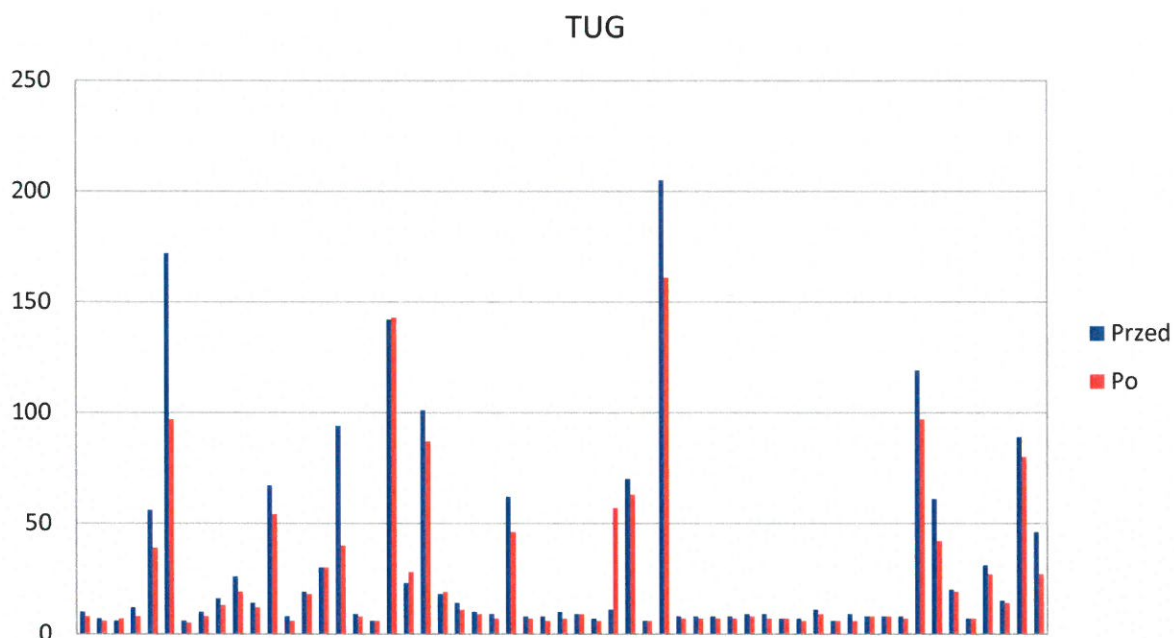
#### **Poniżej analiza mierników efektywności**

W tabeli poniżej przedstawiono średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów i po zakończeniu treningów zmierzonych **testem Time Up&Go (TUG)**

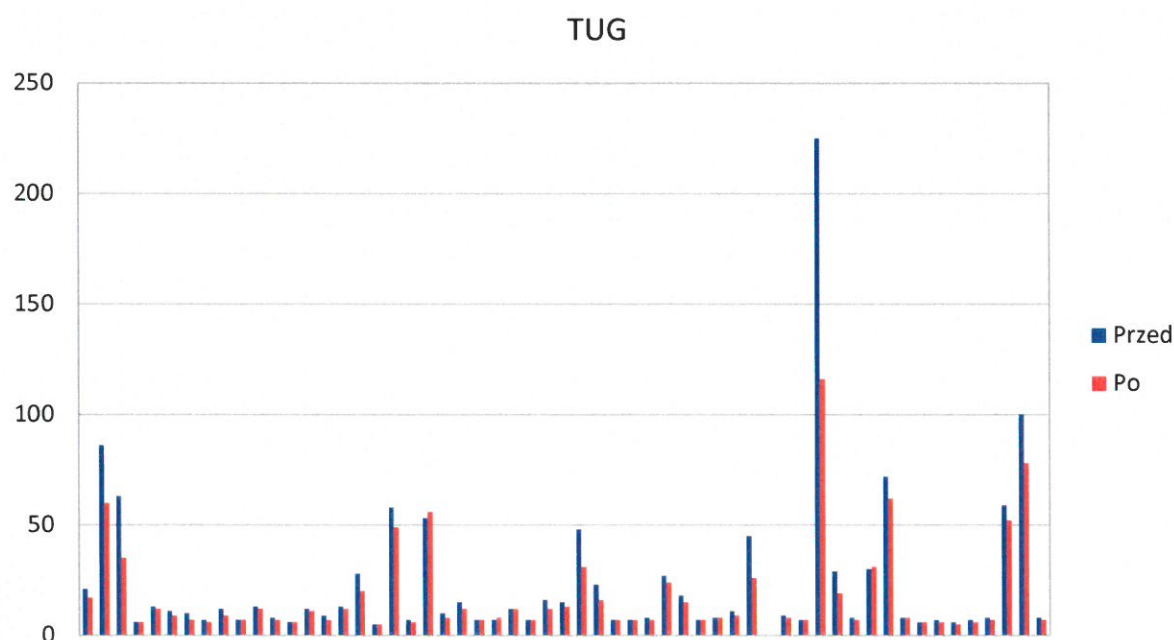
Rok	2016	2017	2018
Średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów (sek.)	31,28	23,84	15,04
Średni czas wykonania zadania po zakończeniu treningów (sek.)	25,77	18,21	12,29

zmiana (sek.)	5,51	5,62	2,75
zmiana (%)	18	23,6	18,3

W 2016 r. średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów wynosił 31,28 sek.  
 Po zakończeniu treningów czas wykonania zadania spadł średnio o 5,51 sek. (18%) i wynosił 25,77 sek.  
 Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.



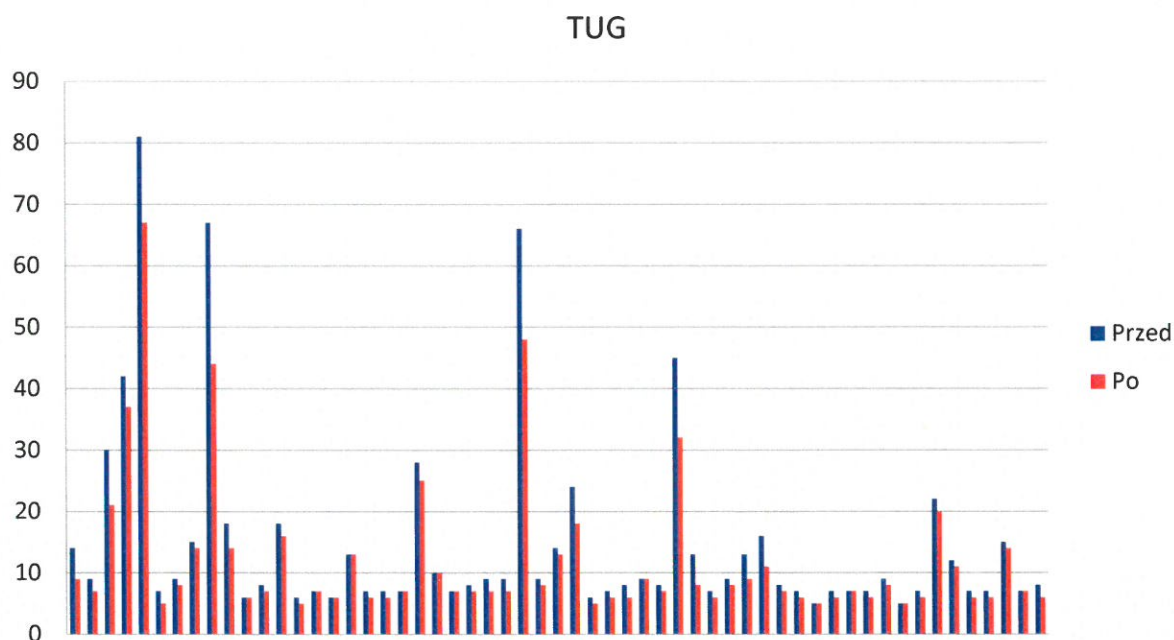
W 2017 r. średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów wynosił 23,84 sek.  
 Po zakończeniu treningów czas wykonania zadania spadł średnio o 5,62 sek. (23,6%) i wynosił 18,21 sek.  
 Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.



W 2018 r. średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów wynosił 15,04 sek.

Po zakończeniu treningów czas wykonania zadania spadł średnio o 2,75 sek. (18,3%) i wynosił 12,29 sek.

Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.



W tabeli poniżej przedstawiono średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów i po zakończeniu treningów zmierzony **testem 10 m chodu (TMWT)**.

Rok	2016	2017	2018
Średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów (sek.)	22	17,41	11,39
Średni czas wykonania zadania po zakończeniu treningów (sek.)	17	13,77	9,82
zmiana (sek.)	5	3,64	1,57
zmiana (%)	22,7	20,9	13,8

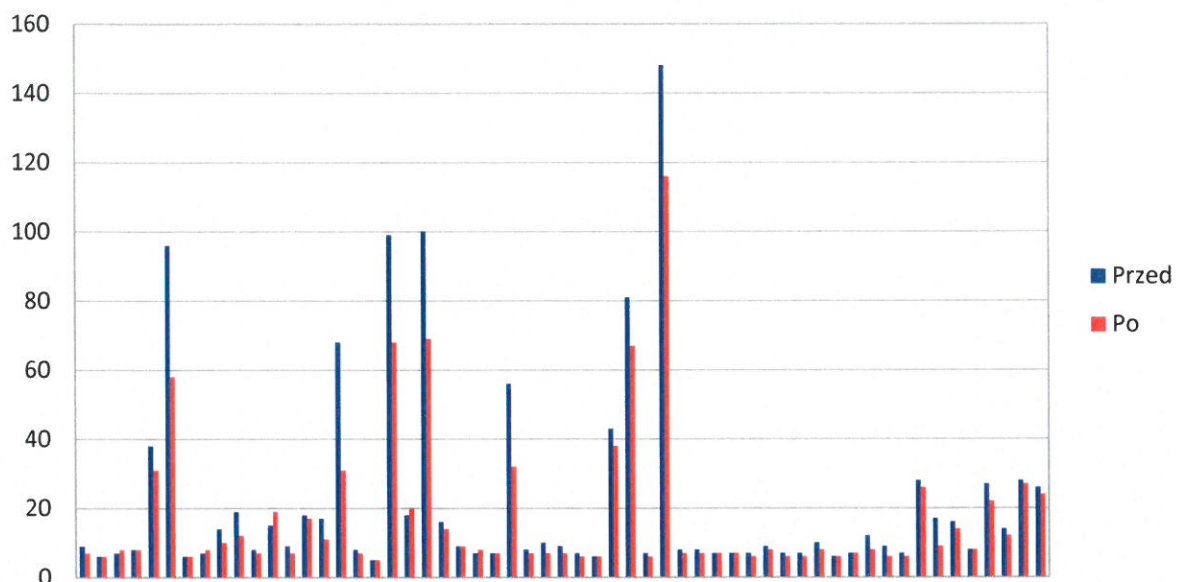
W 2016 r. średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów wynosił 22 sek.

Po zakończeniu treningów czas wykonania zadania spadł średnio o 5 sek. (22,7%) i wynosił 17 sek.

Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.



10MWT (sec)

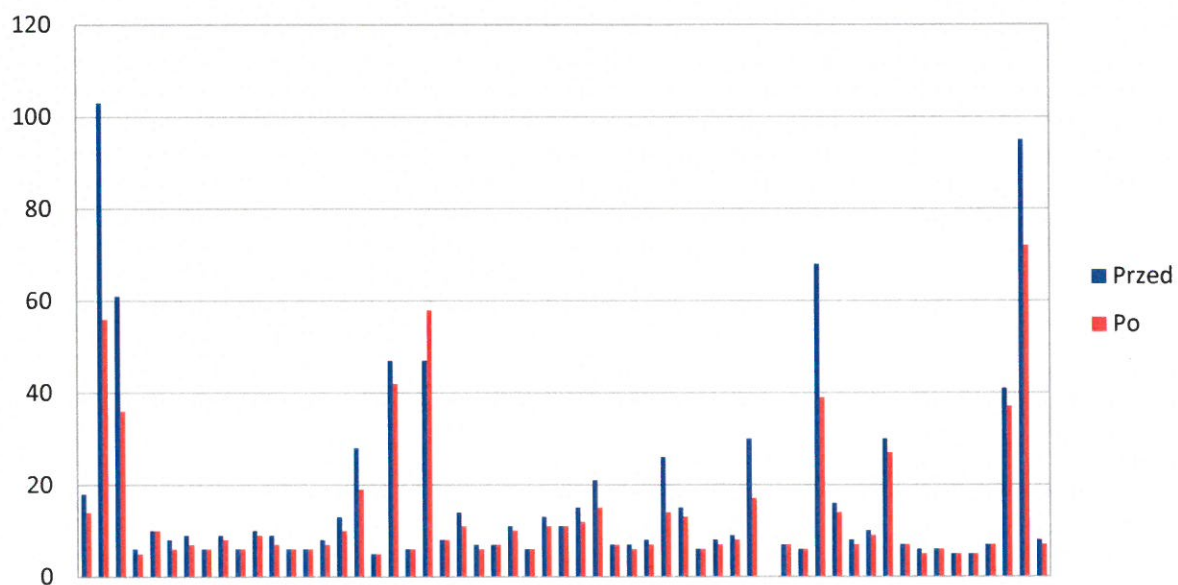


W 2017 r. średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów wynosił 17,41 sek.

Po zakończeniu treningów czas wykonania zadania spadł średnio o 3,64 sek. (20,9%) i wynosił 13,77 sek.

Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.

10MWT (sec)

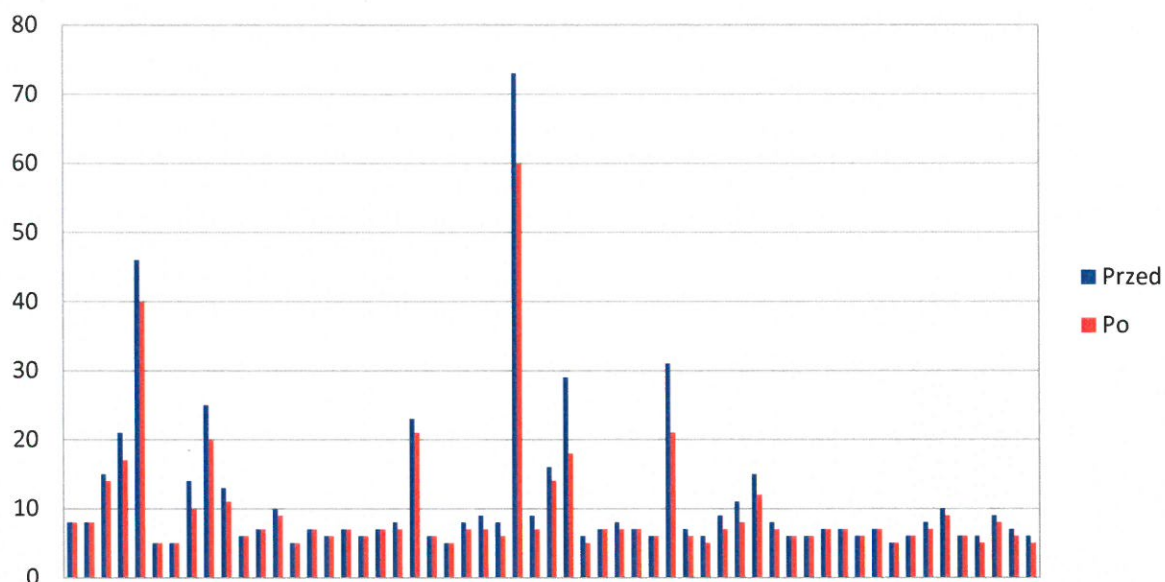


W 2018 r. średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów wynosił 11,39 sek.

Po zakończeniu treningów czas wykonania zadania spadł średnio o 1,57 sek. (13,8 %) i wynosił 9,82 sek.

Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.

### 10MWT (sec)



W tabeli poniżej przedstawiono średni dystans pokonany w czasie 6 minut przed rozpoczęciem treningów i po zakończeniu treningów zmierzony **6 minutowym testem chodu (6MWT)**.

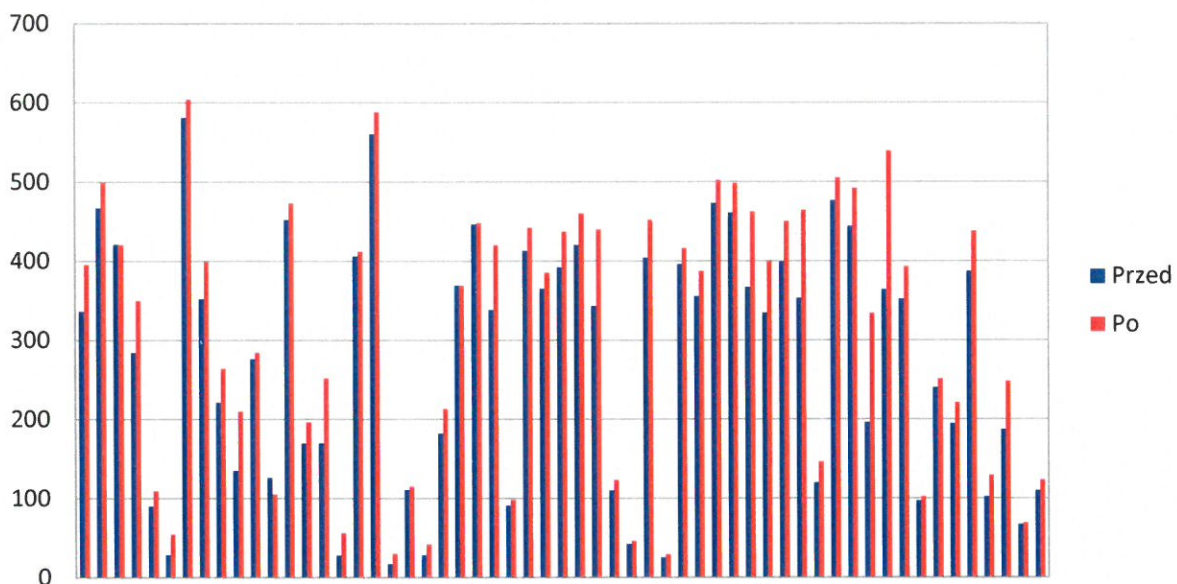
Rok	2016	2017	2018
Średni czas wykonania zadania przed rozpoczęciem treningów (m)	275	312,52	369,41
Średni czas wykonania zadania po zakończeniu treningów (m)	312	359,19	409,96
zmiana (m)	37	46,67	40,55
zmiana (%)	13,5	14,9	11

W 2016 r. średni dystans pokonany przez uczestnika programu w czasie 6 minut, przed rozpoczęciem treningów wynosił 275 m.

Po zakończeniu treningów dystans pokonany przez uczestnika programu w czasie 6 minut wzrósł średnio o 37 m (13,5%) dając wynik 312 m.

Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.

6MWT (m)

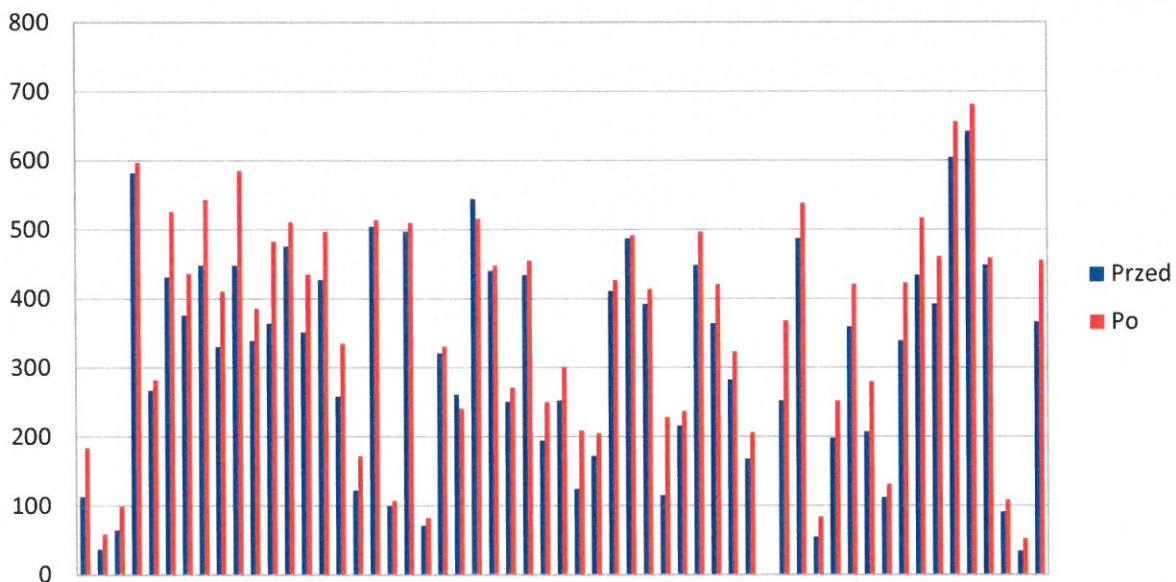


W 2017 r. średni dystans pokonany przez uczestnika programu w czasie 6 minut, przed rozpoczęciem treningów wynosił 312,52 metry.

Po zakończeniu treningów dystans pokonany przez uczestnika programu w czasie 6 minut wzrósł średnio o 46,67 m (14,9%) dając wynik 359,19 m.

Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.

6MWT (m)

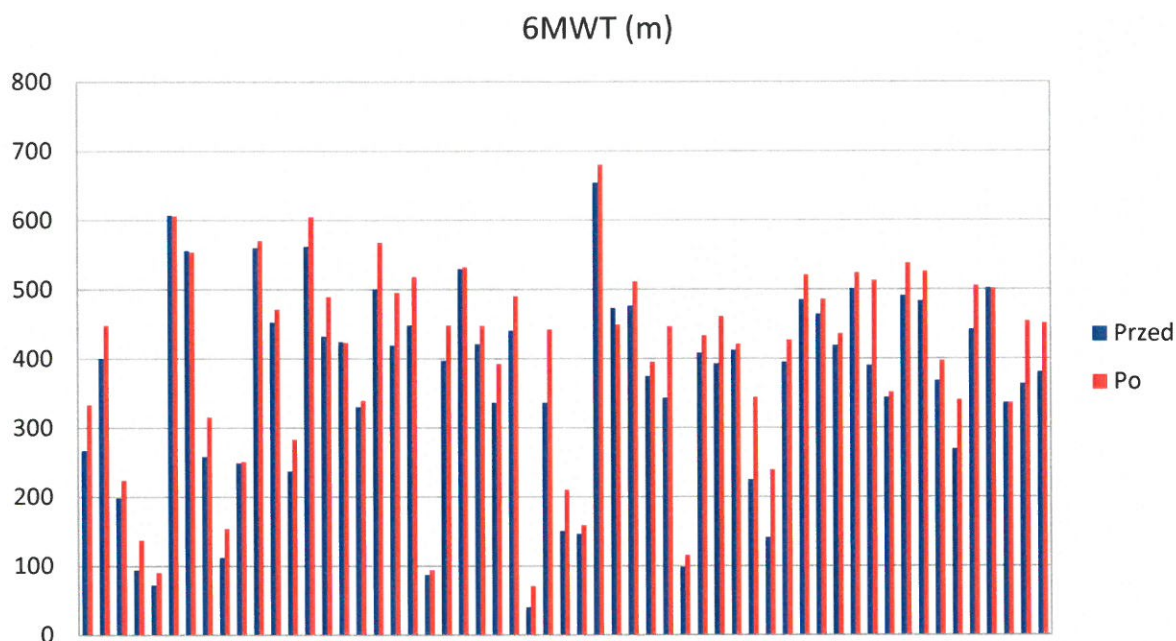


W 2018 r. średni dystans pokonany przez uczestnika programu w czasie 6 minut, przed rozpoczęciem treningów wynosił 369,41 metry.

Po zakończeniu treningów dystans pokonany przez uczestnika programu w czasie 6 minut wzrósł średnio o 40,55 m (11%) dając wynik 409,96 m.



Szczegółowy rozkład zmian prezentuje wykres poniżej.



W tabeli poniżej przedstawiono średni procent poprawy w **teście GMFM** dla części D (stanie) i części E (chód, bieg, skakanie)

Rok	2016	2017	2018
Średni procent poprawy w części D (%)	3	2,64	1,69
Średni procent poprawy w części E (%)	3	3,56	1,96

W 2016 r. zarówno w części D (stanie) jak i E (chód, bieg, skakanie) testu zaobserwowano średnią poprawę w wysokości 3% w stosunku do początkowej sumy punktów, otrzymanych przez uczestników programu.

W 2017 r. w części D (stanie) testu zaobserwowano średnią poprawę w wysokości 2,64 % w stosunku do początkowej sumy punktów, otrzymanych przez uczestników programu. W części E (chód, bieg, skakanie) wartość ta wyniosła 3,56 %.

W 2018 r. w części D (stanie) testu zaobserwowano średnią poprawę w wysokości 1,69 % w stosunku do początkowej sumy punktów, otrzymanych przez uczestników programu. W części E (chód, bieg, skakanie) wartość ta wyniosła 1,96 %.

W tabeli poniżej przedstawiono średni wzrost punktacji zgodnie z oceną funkcyjną chodu z zastosowaniem **kwestionariusza Faq-10**

Rok	2016	2017	2018
Średni wzrost punktacji (%)	4	0,4	1,12

W 2016 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 4%.

W 2017 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 0,4 %.

W 2018 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 1,12 %.

W tabeli poniżej przedstawiono średni wzrost punktacji zgodnie z oceną funkcyjną z zastosowaniem **kwestionariusza Faq-22**

Rok	2016	2017	2018
Średni wzrost punktacji (%)	9	7,07	4,7

W 2016 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 9%.

W 2017 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 7,07 %.

W 2018 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 4,7 %.

W tabeli poniżej przedstawiono ocenę umiejętności funkcjonalnych w dziedzinie mobilność zgodnie z **ocena Pedi**

Rok	2016	2017	2018
Średni wzrost punktacji (%)	4	2	1,7

W 2016 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 4%.

W 2017 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 2 %.

W 2018 r. nastąpił średni wzrost punktacji o 1,7 %.

W tabeli poniżej przedstawiono punkty procentowe średniej dysproporcji obciążeń przed rozpoczęciem i po zakończeniu cyklu 15 treningów mierzone testami dystrybucji obciążeń z wykorzystaniem **platformy dynamograficznej Gamma**

Rok	2016		2017		2018	
	Oczy otwarte	Oczy zamknięte	Oczy otwarte	Oczy zamknięte	Oczy otwarte	Oczy zamknięte
punkty procentowe dysproporcji (średnia)						
przed	73,08	67,3	74,69	76,45	75,9	77,02
po	63,73	61,09	63,88	70,87	64,03	64,32
zmiana	- 9,35	- 6,21	- 10,81	- 5,58	-11,87	-12,7
% zmiany	-13	-9	-14,47	-7,3	-15,64	-16,49

W 2016 r. podczas testu wykonywanego z możliwością korzystania z informacji wzrokowej (oczy otwarte) średnia wartość dysproporcji pomiędzy obciążeniem prawej i lewej kończyny dolnej wynosiła 73,08 punktów procentowych. Wartość ta spadła do 63,73 punktów procentowych po zakończeniu treningów.

W przypadku testów wykonywanych bez możliwości wykorzystania informacji wzrokowej (oczy zamknięte) średnia wartość dysproporcji pomiędzy obciążeniem prawej i lewej kończyny dolnej wynosiła 67,3 punktów procentowych. Wartość ta spadła do 61,09 punktów procentowych po zakończeniu treningów.

W 2017 r. podczas testu wykonywanego z możliwością korzystania z informacji wzrokowej (oczy otwarte) średnia wartość dysproporcji pomiędzy obciążeniem prawej i lewej kończyny dolnej wynosiła 74,69 punktów procentowych. Wartość ta spadła do 63,88 punktów procentowych po zakończeniu treningów.

W przypadku testów wykonywanych bez możliwości wykorzystania informacji wzrokowej (oczy zamknięte)



średnia wartość dysproporcji pomiędzy obciążeniem prawej i lewej kończyny dolnej wynosiła 76,45 punktów procentowych. Wartość ta spadła do 70,87 punktów procentowych po zakończeniu treningów. W 2018 r. podczas testu wykonywanego z możliwością korzystania z informacji wzrokowej (oczy otwarte) średnia wartość dysproporcji pomiędzy obciążeniem prawej i lewej kończyny dolnej wynosiła 75,9 punktów procentowych. Wartość ta spadła do 64,03 punktów procentowych po zakończeniu treningów.

W przypadku testów wykonywanych bez możliwości wykorzystania informacji wzrokowej (oczy zamknięte) średnia wartość dysproporcji pomiędzy obciążeniem prawej i lewej kończyny dolnej wynosiła 77,02 punktów procentowych. Wartość ta spadła do 64,32 punktów procentowych po zakończeniu treningów.

W tabeli poniżej przedstawiono poziom osiągnięcia dodatkowego celu terapii po zakończeniu 15 treningów zmierzonych **skalą GAS**

Rok		2016 r.	2017 r.	2018 r.
	poziom	ilość	ilość	ilość
Po	-1	11	9	2
	0	33	22	35
	1	11	10	9
	2	2	16	11
Czas reakcji	średni	3,79	3,49	3,25
	max	8	8	8
	min	3	2	2

Dla każdego uczestnika Programu ustalono dodatkowy, indywidualny cel funkcjonalny na podstawie wcześniej przeprowadzonych testów (m.in. GMFM, Faq, Pedi).

W 2016 r. 33 pacjentów osiągnęło założony cel terapii. U 11 pacjentów osiągnięcie ustalonego celu zakończyło się niepowodzeniem. Taka sama liczba uczestników osiągnęła wynik lepszy od zakładanego. 2 uczestników osiągnęło wynik zdecydowanie lepszy od oczekiwanego. Czas realizacji celu terapii był tożsamy z czasem uczestnictwa w sesjach treningowych z wykorzystaniem zrobotyzowanej ortozy Lokomat i wynosił od 3 do 8 tygodni (średnio 3,79 tygodnia).

W 2017 r. 22 pacjentów osiągnęło założony dodatkowy cel terapii. U 9 pacjentów osiągnięcie ustalonego celu zakończyło się niepowodzeniem. 10 uczestników osiągnęła wynik lepszy od zakładanego. 16 uczestników osiągnęło wynik zdecydowanie lepszy od oczekiwanego. Czas realizacji celu terapii był tożsamy z czasem uczestnictwa w sesjach treningowych z wykorzystaniem zrobotyzowanej ortozy Lokomat i wynosił od 2 do 8 tygodni (średni 3,49 tygodnia).

W 2018 r. 35 pacjentów osiągnęło założony dodatkowy cel terapii. U 2 pacjentów osiągnięcie ustalonego celu zakończyło się niepowodzeniem. 9 uczestników osiągnęła wynik lepszy od zakładanego. 11 uczestników osiągnęło wynik zdecydowanie lepszy od oczekiwanego. Czas realizacji celu terapii był tożsamy z czasem uczestnictwa w sesjach treningowych z wykorzystaniem zrobotyzowanej ortozy Lokomat i wynosił od 2 do 8 tygodni (średni 3,25 tygodnia).

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki **L-FORCE** pomiaru siły mięśniowej w warunkach statycznych dla zginaczy i prostowników stawów biodrowych oraz stawów kolanowych.

ROK			2016	2017	2018
średni wzrost	staw biodrowy lewy	zginacz	27	20,8	9,5
		prostownik	26	52,8	22,3
	staw biodrowy prawy	zginacz	15	14,8	7,7
		prostownik	16	21,7	20,5

siły mięśniowej (%)	staw kolanowy lewy	zginacz	23	39,3	16,7
		prostownik	11	24,9	12,4
	staw kolanowy prawy	zginacz	33	28,9	29,4
		prostownik	4	12,9	18,4

W całym okresie realizacji programu zaobserwowano wzrost izometrycznej siły mięśniowej we wszystkich badanych grupach mięśniowych.

W 2016 r. dla zginaczy lewego stawu biodrowego był to wzrost średnio o 27%, dla prostowników lewego stawu biodrowego o 26%. W przypadku prawego stawu biodrowego było to odpowiednio 15% oraz 16%. Średni wzrost siły izometrycznej mięśni zginających staw kolanowy lewy wyniósł 23%, natomiast mięśni prostujących staw kolanowy lewy 11%. Dla stawu kolanowego prawego było to wzrost odpowiednio o 33% oraz 4%.

W 2017 r. dla zginaczy lewego stawu biodrowego był to wzrost średnio o 20,8%, dla prostowników lewego stawu biodrowego o 52,8%. W przypadku prawego stawu biodrowego było to odpowiednio 14,8 % oraz 21,7%. Średni wzrost siły izometrycznej mięśni zginających staw kolanowy lewy wyniósł 39,3%, natomiast mięśni prostujących staw kolanowy lewy 24,9 %. Dla stawu kolanowego prawego było to odpowiednio 28,9 % oraz 12,9 %.

W 2018 r. dla zginaczy lewego stawu biodrowego był to wzrost średnio o 9,5 %, dla prostowników lewego stawu biodrowego o 22,3 %. W przypadku prawego stawu biodrowego było to odpowiednio 7,7% oraz 20,5%.

Średni wzrost siły izometrycznej mięśni zginających staw kolanowy lewy wyniósł 16,7%, natomiast mięśni prostujących staw kolanowy lewy 12,4 %. Dla stawu kolanowego prawego było to odpowiednio 29,4 % oraz 18,4%.

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki **L-STIFF** pomiaru oporu mięśniowego przy trzech prędkościach ruchu w stawach biodrowych oraz w stawach kolanowych

Rok			2016			2017			2018		
			30°/ sek.	60°/ sek.	120°/ sek.	30°/ sek.	60°/ sek.	120°/ sek.	30°/ sek.	60°/ sek.	120°/ sek.
opór mięśniowy (%)	staw biodrowy lewy	zginacz	19	28	8	-5,8	-4,5	-3,5	-11,2	-9,6	11,2
		prostownik	19	13	12	-7,9	-1,8	1,2	-9,8	-17,8	-10
	staw biodrowy prawy	zginacz	8	8	1	-6,2	-5,8	-1,8	-11,1	-10,3	4,8
		prostownik	9	10	1	-8	-5,7	-0,8	-3,3	0,5	5,5
	staw kolanowy lewy	zginacz	-1	2	13	-13,4	-3,5	-1,7	-9,2	-5,3	-10,9
		prostownik	-4	16	-1	-3	-0,1	1,2	-13,4	-6,2	-8,3
	staw kolanowy prawy	zginacz	3	4	2	-6,6	-1,4	-6	-9,6	1,2	-9,9
		prostownik	0	-1	3	-3,8	-1,2	-1,7	-7,4	13,1	-5,9

(-) spadek

#### L-STIFF w 2016 r.

Wartość oporu mięśniowego podczas testu wykonywanego z prędkością 30°/sek. wzrosła średnio o 19% zarówno dla zginaczy jak i prostowników stawu biodrowego lewego. Dla stawu biodrowego prawego był to wzrost średnio o 8% dla zginaczy i 9% dla prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 60°/sek. wzrost ten wynosił odpowiednio 28%, 13%, 8% i 10%. Wzrost prędkości wykonywania testu do 120°/sek. dał wyniki rzędu 8%, 12%, 1% i 1% dla mięśni ww. stawów.

W przypadku mięśni stawów kolanowych, podczas testu wykonywanego z prędkością 30°/sek. zaobserwowano spadek oporu mięśniowego średnio o 1% dla zginaczy lewego stawu kolanowego i 4% dla prostowników. Przy tej samej prędkości w prawym stawie kolanowym nastąpił wzrost oporu o 3% dla zginaczy, nie zaobserwowano zmian w oporze prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 60°/sek. zaobserwowano wzrost oporu mięśniowego o 2% dla zginaczy stawu kolanowego lewego, 16% dla jego prostowników, 4% dla zginaczy stawu prawego oraz spadek o 1% dla jego prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 120°/sek. zaobserwowano wzrost oporu mięśniowego średnio o 13% dla zginaczy lewego stawu kolanowego oraz spadek o 1% dla prostowników. W przypadku stawu kolanowego prawego był to wzrost o 2% dla zginaczy i wzrost o 3% dla prostowników.

#### **L-STIFF w 2017 r.**

Wartość oporu mięśniowego podczas testu wykonywanego z prędkością 30°/sek. spadła średnio o 5,8 % dla zginaczy lewego stawu biodrowego oraz 7,9 % dla prostowników. Dla stawu biodrowego prawego było to 6,2 % dla zginaczy i 8 % dla prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 60°/sek. spadek ten wynosił odpowiednio 4,5 %, 1,8 %, 5,8 % i 5,7 %. Wzrost prędkości wykonywania testu do 120°/sek. dał kolejno następujące wyniki: spadek o 3,5 %, wzrost o 1,2 %, spadek o 1,8 % i 0,8 % dla mięśni ww. stawów.

W przypadku mięśni stawów kolanowych, podczas testu wykonywanego z prędkością 30°/sek, zaobserwowano spadek oporu mięśniowego średnio o 13,4 % dla zginaczy lewego stawu kolanowego i 3 % dla prostowników. Przy tej samej prędkości w prawym stawie kolanowym nastąpił spadek oporu o 6,6% dla zginaczy oraz 3,8 % prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 60°/sek. zaobserwowano spadek oporu mięśniowego o 3,5 % dla zginaczy stawu kolanowego lewego, 0,1 % dla jego prostowników, 1,4 % dla zginaczy stawu prawego oraz 1,2 % dla jego prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 120°/sek. zaobserwowano spadek oporu mięśniowego średnio o 1,7 % dla zginaczy lewego stawu kolanowego oraz wzrost o 1,2% dla prostowników. W przypadku stawu kolanowego prawego był to spadek o 6 % dla zginaczy i 1,7 % dla prostowników.

#### **L-STIFF w 2018 r.**

Wartość oporu mięśniowego podczas testu wykonywanego z prędkością 30°/sek. spadła średnio o 11,2 % dla zginaczy lewego stawu biodrowego oraz 9,8 % dla prostowników. Dla stawu biodrowego prawego było to 11,1 % dla zginaczy i 3,3 % dla prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 60°/sek. spadek ten wynosił odpowiednio 9,6 %, 17,8 %, 10,3 % oraz wzrost 0,5 % dla prostowników prawego stawu biodrowego. Wzrost prędkości wykonywania testu do 120°/sek. dał kolejno następujące wyniki: wzrost o 11,2 %, spadek o 10 %, wzrost o 4,8 % i 5,5 % dla mięśni ww. stawów.

W przypadku mięśni stawów kolanowych, podczas testu wykonywanego z prędkością 30°/sek., zaobserwowano spadek oporu mięśniowego średnio o 9,2 % dla zginaczy lewego stawu kolanowego i 13,4% dla prostowników. Przy tej samej prędkości w prawym stawie kolanowym nastąpił spadek oporu o 9,6 % dla zginaczy oraz 7,4% prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 60°/sek. zaobserwowano spadek oporu mięśniowego o 5,3% dla zginaczy stawu kolanowego lewego, 6,2% dla jego prostowników, wzrost o 1,2% dla zginaczy stawu prawego oraz 13,1% dla jego prostowników. Podczas testu wykonywanego z prędkością 120°/sek. zaobserwowano spadek oporu mięśniowego średnio o 10,9 % dla zginaczy lewego stawu kolanowego oraz 8,3% dla prostowników. W przypadku stawu kolanowego prawego był to spadek o 9,9% dla zginaczy i 5,9% dla prostowników.

#### **Analiza ankiet satysfakcji rodziców/opiekunów uczestników programu**

Rodzice/opiekunowie uczestników programu po jego zakończeniu w danym roku zostali poproszeni o anonimowe wypełnienie ankiety, której wyniki przedstawiono poniżej.

W jaki sposób dowiedział/a się	2016 r.	2017 r.	2018

Pan/Pani o możliwości udziału Pana/Pani dziecka w Programie?	ilość	%	ilość	%	ilość	%
internet	0	-	2	3,33	3	4,69
rejestracja szpitalna	30	50,85	23	38,33	29	45,31
inni rodzice	19	32,21	15	25	18	28,12
ulotka/plakat	1	1,69	1	1,67	3	4,69
inny sposób	9	15,25	19	31,67	11	17,19

W 2016 r. informację o możliwości partycypacji w programie większość ankietowanych (30 osób) uzyskało w rejestracji Oddziału Rehabilitacji Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz, 19 osób od innych rodziców/opiekunów. 1 osoba o możliwości uczestnictwa w programie dowiedziała się za pośrednictwem ulotki lub plakatu. 9 osób informację tę pozyskało z innych źródeł (w ankiecie nie wymagano ich definiowania). 2 osoby wskazały więcej niż 1 źródło pozyskania informacji.

W 2017 r. informację o możliwości partycypacji w programie większość ankietowanych (23 osoby) uzyskało w rejestracji Oddziału Rehabilitacji Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz, 15 osób od innych rodziców/opiekunów. 1 osoba o możliwości uczestnictwa w programie dowiedziała się za pośrednictwem ulotki lub plakatu, a 2 osoby za pośrednictwem internetu. 19 osób informację tę pozyskało z innych źródeł (w ankiecie nie wymagano ich definiowania). 2 osoby wskazały więcej niż 1 źródło pozyskania informacji.

W 2018 r. informację o możliwości partycypacji w programie większość ankietowanych (29 osób) uzyskało w rejestracji Oddziału Rehabilitacji Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz, 18 osób od innych rodziców/opiekunów. 3 osoby o możliwości uczestnictwa w programie dowiedziała się za pośrednictwem ulotki lub plakatu oraz 3 osoby za pośrednictwem internetu. 11 osób informację tę pozyskało z innych źródeł (w ankiecie nie wymagano ich definiowania). 7 osób wskazało więcej niż 1 źródło pozyskania informacji. 1 osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z organizacji Programu?	2016 r.		2017 r.		2018	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%
tak	57	100	57	100	57	100
nie	0	-	0	-	0	-

100 % rodziców/opiekunów było zadowolonych z organizacji programu, co potwierdzają dane w tabeli powyżej.

W skali od 1-5 proszę ocenić realizację świadczeń w ramach Programu, gdzie 1 oznacza oceną najniższą a 5 najwyższą.	2016 r.		2017 r.		2018	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1	0	-	0	-	0	-
2	0	-	0	-	0	-
3	0	-	1	1,75	0	-
4	7	12,28	4	7,02	5	8,77
5	50	87,72	52	91,23	52	91,23

W 2016 r. - 50 ankietowanych oceniło realizację świadczeń w ramach programu na 5 pkt. Pozostałych 7 respondentów wybrało ocenę na poziomie 4 pkt. Nie odnotowano niższych ocen.

W 2017 r. - 52 ankietowanych oceniło realizację świadczeń w ramach programu na 5 pkt. 4 respondentów wybrało ocenę na poziomie 4 pkt. 1 z respondentów wybrał ocenę 3. Nie odnotowano niższych ocen.

W 2018 r. - 52 ankietowanych oceniło realizację świadczeń w ramach programu na 5 pkt. 5 respondentów wybrało ocenę 4. Nie odnotowano niższych ocen.

W skali od 1-5 proszę ocenić personel prowadzący treningi na zrobotyzowanej ortezie Lokomat, gdzie 1 oznacza oceną najniższą a 5 najwyższą.	2016 r.		2017 r.		2018	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%
1	0	-	0	-	0	-
2	0	-	0	-	0	-
3	0	-	0	-	1	1,75
4	0	-	3	5,26	3	5,26
5	57	100	54	94,74	53	92,99

W 2016 r. 100% rodziców/opiekunów oceniło personel prowadzący treningi na zrobotyzowanej ortezie na 5 pkt.

W 2017 r. - 54 rodziców/opiekunów oceniło personel prowadzący treningi na zrobotyzowanej ortezie na 5 pkt. 3 respondentów wybrało ocenę na poziomie 4 pkt.

W 2018 r. - 53 rodziców/opiekunów oceniło personel prowadzący treningi na zrobotyzowanej ortezie na 5 pkt. 3 respondentów wybrało ocenę na poziomie 4 pkt. 1 respondent wybrał ocenę 3. Nie odnotowano niższych ocen.

Czy Pana/Pani zdaniem stan zdrowia dziecka uczestniczącego w programie zauważalnie się poprawił po treningach przy użyciu zrobotyzowanej ortezy Lokomat?	2016 r.		2017 r.		2018	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%
tak	53	92,98	52	92,86	54	94,74
nie	0	-	0	-	1	1,75
nie widzę różnicy	4	7,02	4	7,14	2	3,51

W 2016 r. - 53 ankietowanych uznało, że stan ich dziecka poprawił się po odbyciu zaplanowanych treningów. 4 nie widziało różnicy w stanie dziecka po przeprowadzonych treningach.

W 2017 r. - 52 ankietowanych uznało, że stan ich dziecka poprawił się po odbyciu zaplanowanych treningów. 4 nie widziało różnicy w stanie dziecka po przeprowadzonych treningach. W 1 z ankiet nie udzielono odpowiedzi na to pytanie.

W 2018 r. - 54 ankietowanych uznało, że stan ich dziecka poprawił się po odbyciu zaplanowanych treningów. 2 nie widziało różnicy w stanie dziecka po przeprowadzonych treningach, 1 z respondentów uznał, że stan jego dziecka się nie poprawił.



Czy uważa Pan/Pani, że program powinien być kontynuowany w następujących latach?	2016 r.		2017 r.		2018	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%
tak	57	100	57	100	57	100
nie	0	-	0	-	0	-

100 % ankietowanych wyraziło chęć udziału swojego podopiecznego w kolejnej edycji programu, co potwierdzają dane w tabeli powyżej.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:<sup>4)</sup> 196 650,00 zł  
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2016 r.  
Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:<sup>4)</sup> 196 650,00 zł  
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2017 r.  
Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:<sup>4)</sup> 196 650,00 zł  
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018 r.

Źródło finansowania <sup>5)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. 2016 rok - środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	196 650,00 zł	-
2. 2017 rok - środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	196 650,00 zł	-
3. 2018 rok - środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego w 60%, środki Narodowego Funduszu Zdrowia w 40%	117 990,00 zł 78 660,00 zł	-
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania <sup>5)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	511 290,00 zł	-
środki Narodowego Funduszu Zdrowia	78 660,00 zł	-

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:<sup>6)</sup>  
3 450,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>5),7)</sup>	Opis podjętych działań modyfikujących: <sup>8)</sup>
Problem 1: nie wystąpiły	Działanie modyfikujące: nie podejmowano

Warszawa	06.11.2018 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Główny Specjalista Biuro Promocji Zdrowia - Zofia Nowacka oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>9)</sup>
Miejscość	08.11.2018 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Marszałek Województwa – Adam Struzik oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>9)</sup>

<sup>4)</sup> W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

<sup>5)</sup> Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów.

<sup>6)</sup> Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

<sup>7)</sup> Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

<sup>8)</sup> Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”.

<sup>9)</sup> Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

