

AKCEPTUJĘ

.....
data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej
program polityki
zdrowotnej do
realizacji

**Wsparcie dzieci i młodzieży ze spektrum
płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD)
oraz ich rodziców/opiekunów na terenie
Wrocławia**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Wrocław, 2025

Wrocław miasto spotkań

Nazwa programu:

Wsparcie dzieci i młodzieży ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) oraz ich rodziców/opiekunów na terenie Wrocławia

Okres realizacji programu: 2026 (z możliwością kontynuacji)

Program zaplanowano na rok 2026, zgodnie z planowanym budżetem Miasta Wrocław. Zakłada się możliwość kontynuacji programu, zgodnie z budżetami planowanymi w kolejnych latach.

Konsultacja merytoryczna: dr n. med. Halina Flisiak-Antonijczuk, mgr Anna Licheńska**Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach, ale stanowi kontynuację wieloletnich działań miasta Wrocławia w obszarze profilaktyki i wczesnego wykrywania spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD).

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Urzędu Miejskiego Wrocławia
Wrocław 50-320, ul. G. Zapolskiej 4
tel. /71/ 777 77 60
wzd@um.wroc.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	11
3. Opis obecnego postępowania	15
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	18
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	22
1. Cel główny	22
2. Cel szczegółowy	22
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	23
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji	23
1. Populacja docelowa	23
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ	25
3. Planowane interwencje	28
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	37
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	38
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	39
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	39
2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	40
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	43
1. Monitorowanie	43
2. Ewaluacja	43
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	45
1. Koszty jednostkowe	45
2. Planowane koszty całkowite	45
3. Źródło finansowania	46
Bibliografia	47
Załączniki	49

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (ang. fetal alcohol spectrum disorder; FASD) to zespół zaburzeń powstających w wyniku ekspozycji dziecka na alkohol w życiu płodowym. Termin ten w roku 2000 wprowadzili Ann Streissguth oraz Kieran O'Malley. Był on interpretowany jako pojęcie parasolowe, które zawierało w sobie nie tylko rozpoznanie płodowego zespołu alkoholowego (FAS, ang. fetal alcohol spectrum), ale także liczne inne rozpoznania, różniące się stopniem nasilenia zmian fizycznych (szczególnie specyficznych cech dysmorfii twarzy i innych części ciała, zaburzeń wzrostu oraz wad rozwojowych) i funkcjonalnych (dotyczących procesów poznawczych, emocji, zachowania)¹.

Do najbardziej charakterystycznych objawów fenotypowych w obrębie twarzoczaszki u dzieci z FAS należą cechy dysmorficzne uznawane za swoiste dla tego zespołu, takie jak: skrócone szpary powiekowe nadające obraz oczu szeroko rozstawionych, wygładzenie rynienki podnosowej, cienka czerwień wargi górnej oraz małogłowie. U pacjentów z FASD stwierdza się ponadto szereg innych nieprawidłowości dysmorficznych dotyczących twarzy (np. opadanie powiek, obecność zmarszczek nakątnych, niedorozwój środkowej części twarzy i szczęki), kończyn górnych (m.in. skrócenie paliczków dystalnych, jednostronne wygięcie palców, małe bądź nieprawidłowo ukształtowane paznokcie, przykurcze zgięciowe, hipoplazja lub brak kciuka, dodatkowe kości śródrečna i śródstopia), skóry (nietypowe, głębokie linie papilarne, naczyniaki jamiste i płaskie zmiany naczyniowe, nadmierne owłosienie) oraz klatki piersiowej

¹ Śmigiel R., Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) – powszechna, ale wciąż mało znana choroba, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 7-8/2023, s. 26-27.

(dodatkowe brodawki sutkowe, deformacje typu klatki piersiowej lejkowatej lub kurzej, a także obecność dodatkowych żeber)².

Dzieci z rozpoznaniem FAS często przychodzą na świat z obniżoną masą urodzeniową, a zaburzenia wzrastania obserwuje się zarówno w okresie prenatalnym, jak i po narodzinach. U części z nich stwierdza się również wady rozwojowe narządów wewnętrznych, m.in. serca, nerek czy struktur twarzoczaszki (np. rozszczep wargi i podniebienia), a także anomalie w obrębie układu oddechowego i pokarmowego, takie jak zarośnięcie przełyku, przerostowe zwężenie odźwiernika czy atrezja dwunastnicy. Typowe są również nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu układu kostno-stawowego, obejmujące m.in. ograniczoną ruchomość stawu łokciowego, hipoplazję kości łokciowej, kośćciorosty czy obniżoną gęstość mineralną kości. Do charakterystycznych objawów zalicza się także zaburzenia słuchu oraz różnorodne problemy okulistyczne, w tym hipoplazję nerwów wzrokowych, małocze, zaćmę, nieprawidłowości przedniego odcinka oka (np. anomalia Petersa), zmiany w naczyniach siatkówki oraz zaburzenia ustawienia gałek ocznych³.

U wielu dzieci narażonych w okresie prenatalnym na działanie alkoholu nie stwierdza się wyraźnych cech dysmorficznych, natomiast dominującymi objawami są trudności w sferze poznawczej i behawioralnej. Alkohol uszkadza ośrodkowy układ nerwowy, co skutkuje najczęściej obniżonym poziomem funkcjonowania intelektualnego, deficytami pamięci, ograniczoną zdolnością do uogólniania i planowania, trudnościami w przewidywaniu konsekwencji własnych działań, a także zaburzeniami w obszarze percepcji sensorycznej. W miarę rozwoju dziecka do obrazu

² Ibidem.

³ Ibidem.

klinicznego typowego dla FASD często dołączają dodatkowe deficyty wynikające z przebytych doświadczeń traumatycznych⁴.

Podstawą dla zapewniania adekwatnej pomocy, wsparcia i zarazem zrozumienia źródła licznych deficytów rozwojowych i problemów w codziennym funkcjonowaniu osób z FASD jest odpowiednia diagnoza. W wielu krajach na całym świecie istnieją różne zalecenia diagnostyczne, a do najczęściej stosowanych i rozpowszechnianych standardów diagnozy Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych należą m.in. Institute of Medicine /IOM (Hoyme, 1996,2005), 4-Digit Code (Astley i Clarren, 2000) oraz Canadian Guidelines (Chudley i in., 2005, Cook i in., 2016)⁵. W Polsce w sierpniu 2025 r. opublikowano nowe zaktualizowane wytyczne pn. "Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych", opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Opracowanie obejmuje informacje dot. kategorii diagnostycznych, schematu postępowania diagnostycznego, etycznych problemów związanych z diagnostyką FASD a także rekomendacje dot. oceny prenatalnej ekspozycji na alkohol, oceny kluczowych cech dysmorfii twarzy, oceny masy ciała, wysokości ciała i obwodu głowy oraz oceny ośrodkowego układu nerwowego⁶.

Wszystkie powyższe standardy diagnostyczne w takim samym stopniu w diagnozie uwzględniają cztery ważne obszary⁷:

- charakterystyczne dla Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS) dysmorfie twarzy (zwężone szpary powiekowe, spłycona bądź brak rynienki podnosowej, zwężona bądź brak górnej czerwieni wargowej),
- prenatalne i/lub postnatalne zahamowania wzrostu,

⁴ Cichoń-Chojnacka A., Zaburzenia psychiczne w obrazie klinicznym Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, czyli FASD okiem psychiatry dziecięcego, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 10/2023, s. 35-36.

⁵ Borkowska M., Rekomendacje diagnostyczne Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD), Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 12/2021, s. 46-49.

⁶ Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Medycyna Praktyczna – Pediatria, wydanie specjalne 1/2025.

⁷ Ibidem.

- zaburzenia funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego,
- ekspozycja na alkohol w życiu płodowym.

Należy podkreślić, że w ICD-10 jedynie FAS (Fetal Alcohol Syndrome, płodowy zespół alkoholowy) posiada własny, odrębny kod (Q86.0). Pozostałe zaburzenia mieszczące się w spektrum FASD (np. ND-PAE) nie mają przypisanego osobnego kodu w ICD-10. W praktyce klinicznej, aby odnotować rozpoznanie, lekarze często używają kodu G96.8 „Inne określone zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego”, choć kategoria ta nie odnosi się wprost do skutków prenatalnej ekspozycji na alkohol. Jest to rozwiązanie zastępcze, stosowane głównie dla celów dokumentacyjnych⁸.

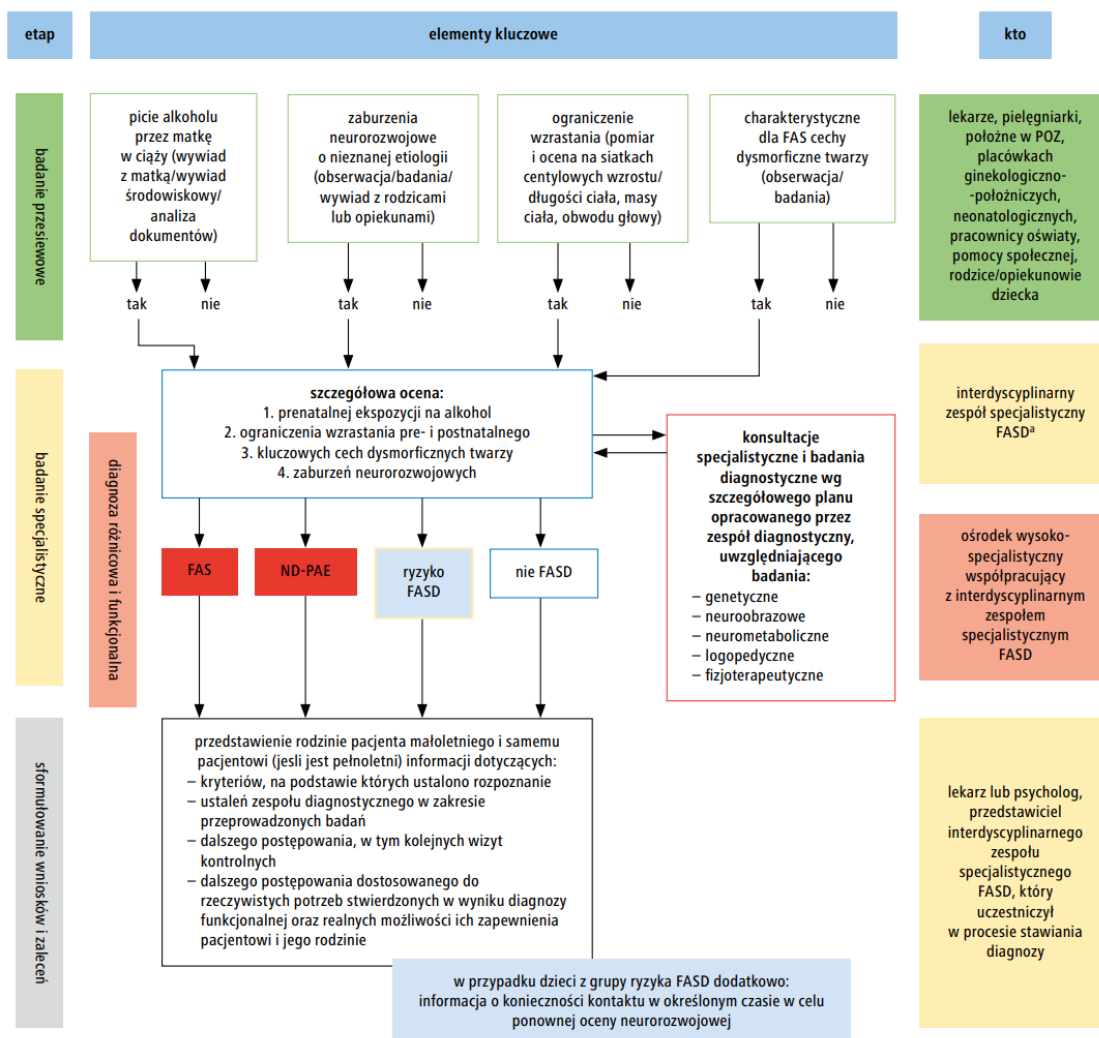
W DSM-5 (czyli amerykańskim systemie klasyfikacyjnym zaburzeń psychicznych) pojawia się określenie ND-PAE – Zaburzenie neurobehawioralne związane z ekspozycją na alkohol w okresie życia płodowego. Należy jednak podkreślić, że nie jest to oficjalna jednostka chorobowa na równi z innymi rozpoznaniem – została umieszczona w części zatytułowanej „Stany wymagające dalszych badań”. Kryteria ND-PAE obejmują trzy główne obszary trudności: funkcjonowanie poznawcze, samoregulację oraz funkcjonowanie adaptacyjne. Rozpoznanie wymaga stwierdzenia istotnych problemów w tych obszarach oraz udokumentowanej ekspozycji płodu na alkohol⁹.

Sama diagnoza FASD jest stawiana w oparciu o rozpoznanie prenatalnej ekspozycji na działanie alkoholu, zahamowania wzrostu, kluczowych dysmorfii twarzy oraz zaburzeń neurorozwojowych. Etapy procesu diagnostycznego FASD obejmują ustalenie ww. elementów kluczowych, badania specjalistyczne, diagnozę różnicową

⁸ Ibidem.

⁹ Stany wymagające dalszych badań, W: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-5, Wydanie piąte, Gałęcki P. i in. (red), s. 965–969.

i funkcjonalną oraz sformułowanie wniosków i zaleceń¹⁰. Schemat tego procesu przedstawiono na rycinie 1.



Ryc. 1. Elementy procesu diagnostycznego FASD

Źródło: Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Medycyna Praktyczna – Pediatria, wydanie specjalne 1/2025.

Liczni eksperci zalecają prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia FASD. Ich ogromną zaletą jest szybkie dostrzeżenie deficytów rozwojowych dziecka i tym samym uruchomienie procesu diagnostycznego. Im szybciej ma miejsce cały proces, tym większe szanse dobrze dobranych narzędzi

¹⁰ Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne... op. cit.

pomocowych, diagnostycznych i wsparcia zarówno pacjenta, jak i jego rodziny¹¹.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów opracowujących polskie rekomendacje diagnostyczne FASD badania przesiewowe powinny być prowadzone w szczególności¹²:

- w poradniach i na oddziałach ginekologiczno-położniczych – na podstawie wywiadu z matką lub innych danych wskazujących na spożywanie alkoholu w czasie ciąży,
- na oddziałach położniczych i neonatologicznych – na podstawie występowania u noworodka zaburzeń neurologicznych lub wad wrodzonych, w tym dysmorfii,
- przez lekarzy pediatrów lub pielęgniarki, w różnych placówkach ochrony zdrowia – na podstawie stwierdzenia u dziecka jakichkolwiek nieprawidłowości neurorozwojowych, ograniczenia wzrastania lub dysmorfii,
- przez pracowników oświaty lub socjalnych, kuratorów lub rodziców/opiekunów dziecka - na podstawie obserwacji nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu psychospołecznym lub trudności w realizacji zadań rozwojowych o określonej przyczynie.

Należy podkreślić, że wszelkie działania zwiększające dostępność do diagnostyki FASD są niezwykle istotne z uwagi na fakt, że obecnie tylko u nielicznych chorych spektrum tych zaburzeń jest rozpoznawane. Tymczasem to właśnie wczesna i trafna diagnoza jest warunkiem niezbędnym do tego by skierować chorego do odpowiednich specjalistów, zapobiec objawom wtórnym, a także pomóc rodzicom w wychowywaniu trudnego dziecka¹³.

Zespół zaburzeń mieszczących się w spektrum FASD zaliczany jest do poważnych trudności neurorozwojowych. W jego obrębie

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ Okulicz-Kozaryn K., FASD w Polsce, Skala problemu i propozycje rozwiązań, Warszawa 2015.

wyróżnia się z jednej strony zaburzenia pierwotne, będące wynikiem wrodzonych zmian strukturalnych i neurochemicznych mózgu, a z drugiej – zaburzenia wtórne, o charakterze psychospołecznym. Te ostatnie ujawniają się w toku życia jednostki i mogą obejmować m.in. trudności w nauce, problemy w relacjach społecznych, zaburzenia zachowania czy deficyty w sferze emocjonalnej. Przyjmuje się, że odpowiednie rozpoznanie specyfiki problemu oraz właściwie dostosowane działania opiekuńczo-wychowawcze i terapeutyczne mogą ograniczyć ryzyko rozwoju wtórnych konsekwencji. Do najczęściej obserwowanych trudności wtórnych zalicza się m.in. zaburzenia zdrowia psychicznego, przedwczesne przerwanie edukacji, wycofywanie się z kontaktów społecznych, konflikty z prawem, bezrobocie, pobyty w instytucjach opiekuńczych, zachowania seksualne o charakterze ryzykownym, a także skłonność do nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych¹⁴.

Ekspozycja płodu na alkohol stanowi także istotny czynnik ryzyka zaburzeń sensomotorycznych. W literaturze podkreśla się, że konsekwencje w postaci nieprawidłowości w zachowaniu i dysfunkcji sensorycznych prowadzą przede wszystkim do problemów z samoregulacją, ograniczeń w zakresie zachowań adaptacyjnych, występowania trudnych zachowań oraz zakłóceń snu. U dzieci z FASD często obserwuje się także deficyty w obszarze równowagi, koordynacji ruchowej, planowania i sekwencjonowania czynności złożonych, a ponadto skłonność do nadmiernej reaktywności na bodźce oraz trudności w różnicowaniu wrażeń sensorycznych¹⁵.

Dzieci z rozpoznaniem FASD powinny otrzymać kompleksową i dostosowaną do ich potrzeb pomoc terapeutyczną, obejmującą właściwą farmakoterapię, orzecznictwo edukacyjne oraz interwencje psychoterapeutyczne ukierunkowane m.in. na budowanie więzi

¹⁴ Śmigiel R., *Spektrum płodowych zaburzeń...* op. cit.

¹⁵ Ibidem.

i redukowaniu objawów pourazowych. Ze względu na zwiększoną wrażliwość na stresory środowiskowe wymagają one intensywniejszego wsparcia i odpowiednich dostosowań otoczenia. Złożony charakter patofizjologii FASD wskazuje na konieczność prowadzenia szczegółowej, indywidualnie dopasowanej diagnostyki i terapii. Plany terapeutyczne powinny uwzględniać kontekst kulturowy, sytuację opiekunów i środowisko społeczne, a także powstawać we współpracy z rodziną oraz osobami mającymi doświadczenie w funkcjonowaniu z FASD. Oddziaływania lecznicze muszą być oparte zarówno na rozpoznaniu trudności, jak i mocnych stron dziecka¹⁶.

Terapia w przypadku FASD obejmuje szerokie spektrum interwencji, w tym m.in. działania zapobiegające dodatkowym doświadczeniom traumatycznym (np. częstym zmianom opiekunów czy miejsca zamieszkania), badania przesiewowe wzroku i słuchu, wczesne wsparcie logopedyczne, pomoc pedagogiczną ukierunkowaną na specyficzne trudności w nauce, terapię zajęciową i fizjoterapię, psychoterapię, leczenie farmakologiczne, doradztwo zawodowe oraz programy przygotowujące do samodzielnego życia w okresie dorastania i dorosłości. Ważnym elementem jest także wzmacnianie pozytywnych zachowań i kompetencji społecznych, m.in. poprzez udział w treningach umiejętności społecznych (TUS), które sprzyjają rozwojowi relacji interpersonalnych i redukują zachowania problemowe. Niezależnie od formy oddziaływania, kluczowe znaczenie ma stałe zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny¹⁷.

2. Dane epidemiologiczne

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) jest powszechną i potencjalnie możliwą do uniknięcia niepełnosprawnością neurorozwojową. Szacuje się, że FASD dotyka

¹⁶ Cichoń-Chojnacka A., Zaburzenia psychiczne w obrazie klinicznym.... op. cit.

¹⁷ Ibidem.

ponad 1% dzieci w populacji ogólnej, co oznacza, że każdego dnia rodzi się ok. 1700 niemowląt z FASD¹⁸. Region europejski ma najwyższą ogólną częstość występowania FASD, wynoszącą 2%. Dla porównania, szacowana częstość występowania autyzmu i zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) w ogólnej populacji europejskiej wynosi odpowiednio 1% i 4%¹⁹. Na poziomie krajowym najwyższą szacowaną częstość występowania FASD na świecie odnotowuje się dla Republiki Południowej Afryki (11%), a następnie Chorwacji (5,3%) i Irlandii (4,8%)²⁰. Wskaźniki FASD są 10–40 razy wyższe w tak zwanych „specjalnych subpopulacjach”, w tym wśród dzieci przebywających w placówkach opiekuńczych, poprawczych, specjalnych placówkach edukacyjnych, klinicznych i wśród ludności rdzennej, w porównaniu z populacją ogólną²¹. Należy w tym miejscu także podkreślić, że u osób z FASD często stwierdza się dodatkowo inne choroby współistniejące, a zwłaszcza: wrodzone wady rozwojowe, deformacje, nieprawidłowości chromosomalne oraz zaburzenia psychiczne i behawioralne²².

FASD wiąże się ze znacznymi kosztami ekonomicznymi. Międzynarodowe syntezы dowodów wskazują, że koszty związane z FASD są o 26% wyższe niż koszty związane z autyzmem. Pomimo tych daleko idących konsekwencji i wyjątkowych możliwości zapobiegania, FASD jest niedofinansowane i niedostatecznie zbadane w porównaniu z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi²³. Badania

¹⁸ Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L. & Popova, S. (2017) Global prevalence of fetal alcohol Spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 948–956

¹⁹ Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M.S., Saxena, S. et al. (2022) Global prevalence of autism: a systematic review update. *Autism Research*, 15, 778–790.

²⁰ Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L. & Popova, S. (2017) Global... op. cit.

²¹ Popova, S., Lange, S., Shield, K., Burd, L. & Rehm, J. (2019) Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 114, 1150–1172.

²² Popova S., Lange S., Shield K. i wsp.: Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2016; 387 (10022): 978–987

²³ McQuire C, Frennesson NF, Parsonage J, Van der Heiden M, Troy D, Zuccolo L. Trends in fetal alcohol spectrum disorder research: A bibliometric review of original articles published between 2000 and 2023. *Alcohol Clin Exp Res* (Hoboken). 2024 Oct;48(10):1819-1833

wskazują, że korzystanie z usług opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych jest nawet sześciokrotnie wyższe, a liczba wizyt na izbach przyjęć nawet dwukrotnie częstsza, wśród dzieci, u których zdiagnozowano FASD, w porównaniu z ich rówieśnikami bez FASD²⁴.

W Polsce częstość występowania FASD szacowana jest na ≥ 20 przypadków na 1000 urodzeń, w tym płodowy zespół alkoholowy (FAS) na ≥ 4 na 1000 urodzeń, częściowy zespół alkoholowy płodu (pFAS) na ≥ 8 na 1000 urodzeń oraz zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (NDPAE) na ≥ 8 na 1000 urodzeń²⁵. Biorąc pod uwagę dane dot. liczby żywych urodzeń w roku 2024²⁶ można szacować, że rocznie w Polsce na świat przychodzi nawet ponad 5 tys. dzieci z FASD. W przypadku województwa dolnośląskiego może to być nawet ponad 360 noworodków, w samym Wrocławiu – ponad 100 dzieci rocznie. Należy jednak pamiętać, że do postawienia takiego rozpoznania jest konieczne potwierdzenie przez matkę spożywania alkoholu w ciąży. Ze względu na brak aprobaty społecznej dla picia alkoholu przez kobietę ciężarną, a co za tym idzie – niechętnie przyznawanie się do takiego zachowania, wyniki te mogą być znacznie zaniżone²⁷.

Z występowaniem FASD w populacji dzieci wiąże się bezpośrednio problem spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Kobiety spodziewające się dziecka lub będące w okresie połogu niechętnie przyznają się do tego rodzaju zachowań ryzykownych. Zgodnie z najnowszymi opublikowanymi wynikami badań Okulicz-Kozaryn (2025)²⁸, prowadzonych w populacji kobiet po porodzie,

²⁴ Ali M., Burd L., West K. (2022), „Estimating Costs of Health Care for Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorder in a Large Health Insurance Claims Database”, Research Square.

²⁵ Okulicz-Kozaryn K., Borkowska M., Brzózka K.: FASD Prevalence among Schoolchildren in Poland. JARID, 2017; 30 (1): 61–70.

²⁶ Bank danych lokalnych, Liczba żywych urodzeń za rok 2024, bdl.stat.gov.pl (Polska – 251 782, województwo dolnośląskie – 18 194, Miasto Wrocław – 5 372).

²⁷ ALICJA – ALkohol I Ciąża – Jak pomóc dziecku. Projekt realizowany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz polskimi specjalistami.

²⁸ Okulicz-Kozaryn K.: Alkohol w czasie ciąży – temat tabu, Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA, nr 2, 110, 2025, s. 22–27.

standardowy wywiad medyczny nie wykazał żadnego przypadku spożywania alkoholu w czasie ciąży, ale już analiza stężenia etyloglukuronidu (markera biochemicznego spożycia alkoholu) we włosach matki wykazała, że 50% piło alkohol w czasie ciąży, w tym 10% w znacznych ilościach. Dodatkowo, co piąta (20%) uczestniczka badania w teście AUDIT-C dotyczącym picia alkoholu w ciągu 3 miesięcy przed ciążą uzyskała wynik 4 lub więcej punktów, co wskazuje na ryzykowne spożywanie alkoholu. Picie alkoholu w okresie między zapłodnieniem a dowiedzeniem się o ciążę potwierdziło 32% kobiet, a świadome picie w czasie ciąży 3%. Wyniki badania opartego na obiektywnie mierzalnym wskaźniku spożycia alkoholu (EtG we włosach matki) wskazują na znacznie wyższe niż można by oczekiwać na podstawie badań kwestionariuszowych rozpowszechnienie picia alkoholu w czasie ciąży wśród polskich pacjentek.

Zgodnie z najnowszymi danymi. publikowanymi w opracowaniu z roku 2025 pn. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”²⁹, odsetek osób ryzykownie pijących alkohol w Polsce dotyczy 27,2% mężczyzn oraz 15,7% kobiet. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn obserwuje się wyższy odsetek osób pijących ryzykownie w populacji w wieku produkcyjnym, w porównaniu ze starszymi grupami wiekowymi. Jest to zatem populacja kobiet, które są w wieku rozrodczym. Alkohol stanowi w Polsce istotny czynnik ryzyka wpływający na wskaźnik DALY tj. utracony rok życia w zdrowiu (ang. Disability Adjusted Life Years). Wpływ ten jest w województwie dolnośląskim oceniany jako jeden z najwyższych w kraju (3 miejsce w rankingu, po woj. śląskim i łódzkim) z wartością na poziomie 943,22 DALY/100 000 tys. (wartość wyższa o 14,27% od średniej krajowej)³⁰. Biorąc pod uwagę liczebność populacji Wrocławia³¹, można szacować, że alkohol

²⁹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Wojtyniak B. i Smaga A. (red.), NIZP PZH-PIB, Warszawa 2025.

³⁰ Mapa Potrzeb Zdrowotnych, Czynniki ryzyka i profilaktyka, basiw.mz.gov.pl.

³¹ GUS, Bank danych lokalnych, 672 882 (stan na 31.12.2024 r.), bd.stat.gov.pl.

odpowiada łącznie za utratę ponad 6,3 tys. lat życia w zdrowiu mieszkańców miasta.

Zgodnie z najnowszymi publikowanymi danymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych³² w roku 2024 w publicznym systemie opieki zdrowotnej z powodu uzależnień leczono ponad 275,5 tys. osób. W porównaniu z rokiem poprzednim (2023) odnotowano 1,5% wzrost liczby pacjentów. W województwie dolnośląskim w tym samym okresie (rok 2024) w publicznym systemie opieki zdrowotnej leczono w związku z uzależnieniami 19,76 tys. osób (wzrost 1,7% w porównaniu z rokiem 2023). Wskaźnik rozpowszechnienia uzależnień w roku 2024 dla obojga płci wyniósł w Polsce 878,2/100 tys. ludności, w województwie dolnośląskim – 838,3/100 tys. ludności. W przypadku kobiet wskaźnik w województwie był nieznacznie wyższy, w porównaniu do kraju ogółem (469,28/100 tys. vs. 445,26/100 tys.), jednak po ograniczeniu danych do pacjentek w wieku 18-29 lat różnica ta ulega zwiększeniu na niekorzyść województwa dolnośląskiego (647,47/100 tys. vs. 527,83/100 tys.). Przedstawione dane wyraźnie wskazują, że problem uzależnień wśród młodych kobiet w wieku rozrodczym jest w województwie dolnośląskim większy niż w kraju ogółem.

3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³³ świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmują świadczenia scharakteryzowane m.in. rozpoznaniem: O35.4 (opieka położnicza z powodu podejrzanego uszkodzenia płodu przez alkohol), P04.3 (stan płodu i noworodka spowodowany piciem alkoholu przez matkę), Q86.0 (płodowy zespół

³² Mapa Potrzeb Zdrowotnych, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, basiw.mz.gov.pl.

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 870]

alkoholowy). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej³⁴ rehabilitacja dzieci dotkniętych FAS może być prowadzona w ramach świadczenia rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego. Skierowanie na taką rehabilitację, realizowaną w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, może być wystawiane przez lekarza następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych: neonatologicznej, rehabilitacyjnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologicznej, reumatologicznej, chirurgii dziecięcej, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W Polsce funkcjonuje Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, które jest wyspecjalizowaną agendą Ministra Zdrowia, utworzoną w roku 2022 w wyniku połączenia Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wśród głównych zadań Centrum należy wymienić:

- wykonywanie zadań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, które polegają na powierzaniu i wspieraniu wykonywania zadań publicznych, wraz z udzielaniem dotacji na finansowanie ich realizacji,
- inicjowanie, wspieranie i prowadzenie działań w zakresie profilaktyki zaburzeń, które wynikają z prenatalnej ekspozycji na alkohol oraz inicjowanie i wspieranie działań w zakresie pomocy osobom ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) oraz ich rodzinom lub opiekunom,
- monitorowanie realizacji programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

Polski system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oparty jest na trzech poziomach administracji: rządowej, samorządów wojewódzkich oraz samorządów gminnych. Na każdym poziomie system ten realizowany jest na podstawie komplementarnych programów tj. Narodowego Programu Zdrowia oraz wojewódzkich i gminnych programów profilaktycznych. Działania związane z wdrażaniem i upowszechnianiem standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD, a także z kształceniem personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD, znajdują się w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025³⁵ w wykazie zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień. W województwie dolnośląskim realizowany jest obecnie „Dolnośląski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2025-2030”³⁶, natomiast we Wrocławiu – „Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na lata 2022-2025”³⁷. W obu ww. programach zaplanowano działania wiążące się z profilaktyką FAS, w przypadku wrocławskiego programu jest to prowadzenie działań edukacyjnych dotyczących skutków spożywania alkoholu w okresie ciąży - profilaktyka alkoholowego zespołu płodowego (FAS).

Na poziomie ogólnokrajowym nie jest obecnie realizowany żaden program polityki zdrowotnej dot. diagnostyki FASD, natomiast program taki jest realizowany przez Województwo Dolnośląskie. Jest to „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki oraz kompleksowej diagnostyki w zakresie spektrum płodowego zespołu

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁶ Dolnośląski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2025-2030, umwd.dolnyslask.pl.

³⁷ Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia, bip.um.wroc.pl.

alkoholowego (FAS/FASD) na terenie Dolnego Śląska”, zaplanowany do realizacji na lata 2025-2027. Program wojewódzki obejmuje działania szkoleniowe (dla pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej/ Centrów Usług Społecznych, pracowników Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, asystentów rodziny, pracowników Poradni psychologiczno-pedagogicznych), działania edukacyjne (dla pedagogów, psychologów, nauczycieli i młodzieży), diagnostykę w zakresie FAS/FASD) oraz szkolenia z zakresu wspierania dziecka z FAS/FASD dla opiekunów/wychowawców z pieczy zastępczej, rodziców adopcyjnych oraz rodziców biologicznych. Program polityki zdrowotnej planowany do realizacji we Wrocławiu zawiera tylko dwie interwencje analogiczne do programu wojewódzkiego tj. diagnostykę FAS/FASD oraz szkolenia z zakresu FASD, pozostałe interwencje są odmienne (program wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”, konferencja szkoleniowa, konsultacje psychoedukacyjne oraz grupa wsparcia dla opiekunów/rodziców). Należy jednak podkreślić, że program wojewódzki kierowany jest do ogółu populacji województwa, a program planowany do realizacji we Wrocławiu skupiał się będzie na działaniach kierowanych wyłącznie do populacji miasta, co uzasadniają dane epidemiologiczne dot. skali rozpowszechnienia problemu FASD. Niemniej jednak, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach opisanego powyżej programu wojewódzkiego, zastosowano odpowiednie zapisy w kryteriach wyłączenia.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031³⁸ wyraźnie wskazuje, że w województwie dolnośląskim należy intensyfikować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechniać profilaktykę zdrowotną oraz edukować społeczeństwo (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych

³⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

skorelowanych ze stylem życia, takich jak m.in. spożywanie alkoholu), a także realizować interwencje z zakresu promocji zdrowia reprodukcyjnego i edukacji zdrowotnej młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa.

Wdrożenie programu zwiększającego dostęp do diagnostyki FASD we Wrocławiu jest działaniem istotnym, ponieważ wczesna i trafna diagnoza jest warunkiem niezbędnym do tego aby zapobiec objawom wtórnym FASD, a także wesprzeć rodziców w zakresie radzenia sobie z problemami związanymi z wychowywaniem dziecka z omawianym spektrum zaburzeń. Wczesna profilaktyka FASD pozwala ograniczyć przyszłe koszty leczenia, co przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Ponadto, w związku z występowaniem licznych trudności wtórnych FASD, takich jak np. bezrobocie, czy pobyty w instytucjach opiekuńczych, wczesna diagnostyka i wczesne wdrożenie terapii przynoszą także wymierne efekty ekonomiczne dla systemu zabezpieczenia społecznego. Warto także podkreślić, że programy profilaktyczne integrują lokalną społeczność, wzmacniając więzi rodzinne i środowiskowe oraz wspierając tworzenie sprzyjającego zdrowiu otoczenia wychowawczego.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe, regionalne i lokalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.³⁹: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,

³⁹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].

- Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025⁴⁰: Cel operacyjny 2: Profilaktyka uzależnień;
 3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026⁴¹:
rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka:
Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
 4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031⁴²:
rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego:
 - obszar demografia: Rekomendacja 1.3. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa dolnośląskiego,
 - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;
 5. Krajowy plan transformacji na lata 2022-2026 – obszar czynniki ryzyka i profilaktyka;
 6. Wojewódzki plan transformacji dla województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026⁴³ - obszar czynniki ryzyka i profilaktyka:
Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja

⁴⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

⁴¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

⁴² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy... op. cit.

⁴³ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.

- zdrowotna społeczności oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
7. Dolnośląski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2025-2030⁴⁴;
 8. Strategia Wrocław 2030⁴⁵: Priorytet 5. Zdrowi i aktywni mieszkańcy;
 9. Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na lata 2022-2025⁴⁶;
 10. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026: Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

⁴⁴ Dolnośląski program profilaktyki i rozwiązywania... op. cit.

⁴⁵ Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.

⁴⁶ Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów... op. cit.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zwiększenie o co najmniej 80% liczby dzieci z podejrzeniem FASD, u których w ramach działań diagnostycznych stwierdzono występowanie FASD i które zostały skierowane do dalszej diagnostyki i/lub terapii.

2. Cel szczegółowy

- 1) Uzyskanie lub utrzymanie przynajmniej przeciętnego poziomu poczucia własnej skuteczności rodzicielskiej wśród co najmniej 80% uczestników programu edukacyjno-instruktażowego "Family Booster".
- 2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie FASD wśród co najmniej 70% uczestników szkoleń z zakresu FASD.
- 3) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie diagnostyki i terapii FASD wśród co najmniej 70% uczestników konferencji szkoleniowej.
- 4) Uzyskanie wysokiego poziomu satysfakcji z udzielonego wsparcia u co najmniej 70% uczestników konsultacji psychoedukacyjnych.
- 5) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu stosowania strategii radzenia sobie ze stresem o charakterze adaptacyjnym wśród co najmniej 70% uczestników grupy wsparcia.

* Wskaźniki docelowe przyjęto bazując na sprawozdaniach z realizacji działań Miasta Wrocławia w obszarze diagnostyki FASD, realizowanych w latach poprzednich poza formułą programu polityki zdrowotnej

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób biorących udział w działaniach diagnostycznych w ramach programu, u których stwierdzono występowanie FASD i które zostały skierowane do dalszej diagnostyki i/lub terapii
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście z zastosowaniem skali GSES lub PSOC-PL utrzymano taki sam lub zwiększono o co najmniej 1 punkt poziom poczucia własnej skuteczności rodzicielskiej, względem wszystkich osób uczestniczących w programie „Family Booster”, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 2	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie FASD, względem wszystkich osób uczestniczących w szkoleniach z zakresu FASD, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 3	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie diagnostyki i terapii FASD, względem wszystkich osób uczestniczących w konferencji szkoleniowej, które wypełniły pre-test
Szczegółowy 4	Odsetek osób, które po konsultacji psychoedukacyjnej zadeklarowały wysoki poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia (co najmniej 4/5 w skali 5-stopniowej)
Szczegółowy 5	Odsetek uczestników grupy wsparcia, u których w post-teście z zastosowaniem kwestionariusza Mini-COPE utrzymał się lub wzrósł poziom stosowania strategii radzenia sobie ze stresem o charakterze adaptacyjnym, w porównaniu do badania wstępnego (pre-test), w odniesieniu do wszystkich osób, które wypełniły pre-test

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji

1. Populacja docelowa

Program kierowany będzie do następujących grup docelowych:

1) **w zakresie Programu wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”** – do rodziców/opiekunów dzieci i nastolatków w wieku do 18 r. ż. z diagnozą FASD, w związku z ograniczeniami finansowymi miasta Wrocławia Program w roku 2026 obejmie ok. 30 osób;

2) w zakresie **szkoleń z zakresu FASD** – do rodziców/opiekunów dzieci i nastolatków w wieku do 18 r. ż. z diagnozą lub podejrzeniem FASD oraz pracowników podmiotów mających styczność z dziećmi z diagnozą FASD (np. placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej), w związku z ograniczeniami finansowymi miasta Wrocławia w roku 2026 zostanie zrealizowanych 6 szkoleń, które obejmą maksymalnie 90 osób;

3) w zakresie **działań realizowanych w ramach konferencji szkoleniowej** – do specjalistów zajmujących się zawodowo problematyką FASD na terenie Wrocławia (m.in. lekarze, psychologowie, pedagodzy, terapeuci, pracownicy socjalni, fizjoterapeuci, neurologopedzi), pracowników podmiotów mających styczność z dziećmi z diagnozą FASD (np. placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej) oraz rodziców/opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD; w konferencji udział weźmie ok. 150 osób;

4) w zakresie **diagnostyki FASD** - do dzieci i nastolatków w wieku do 18 r. ż. z podejrzeniem FASD, zamieszkujących Wrocław, wychowywanych zarówno w pieczy zastępczej i rodzinach adopcyjnych, jak i w rodzinach biologicznych; Wrocław zamieszkuje 107 703 mieszkańców w wieku do 18 r. ż., bazując na szacunkowych danych epidemiologicznych można przypuszczać, że FASD dotyczy nawet 2 150 osób z tej grupy, natomiast z uwagi na ograniczenia statystyki publicznej trudno wskazać, jaki odsetek spośród tych osób został już zdiagnozowany; w związku z ograniczeniami finansowymi miasta Wrocławia diagnostyka FASD w roku 2026 obejmie ok. 30 osób;

5) w zakresie **konsultacji psychoedukacyjnych** - do rodziców/opiekunów dzieci i nastolatków w wieku do 18 r. ż. z podejrzeniem FASD, będących w trakcie diagnostyki FASD

prowadzonej w ramach programu, działanie to obejmie opiekunów/rodziców ok. 30 dzieci;

6) w zakresie grupy wsparcia - do rodziców/opiekunów dzieci i nastolatków w wieku do 18 r. ż. z diagnozą lub podejrzeniem FASD, działanie to obejmie ok. 10 osób.

Wskaźniki docelowe dotyczące zgłaszalności do programu, a tym samym liczby osób objętych poszczególnymi działaniami, przyjęto bazując na sprawozdaniach z realizacji działań Miasta Wrocławia w obszarze diagnostyki FASD, realizowanych w latach poprzednich poza formułą programu polityki zdrowotnej.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

1) Program wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”

a) Kryteria włączenia:

- rodzic/opiekun dziecka w wieku do 18 r. ż. z diagnozą FASD, zamieszkującego Miasto Wrocław

b) Kryteria wyłączenia:

- aktualne uczestnictwo w regularnej terapii długoterminowej, która obejmuje już podobne wsparcie

2) Szkolenia z zakresu FASD

a) Kryteria włączenia:

- rodzic/opiekun dziecka w wieku do 18 r. ż. z diagnozą FASD, zamieszkującego Miasto Wrocław
- pracownik podmiotu mającego styczność z dziećmi z diagnozą FASD na terenie Wrocławia (np. placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej)

b) Kryteria wyłączenia:

- udział w szkoleniu z zakresu FASD finansowanym ze środków publicznych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

3) Konferencja szkoleniowa

a) Kryteria włączenia:

- specjalista zajmujący się zawodowo problematyką FASD na terenie Wrocławia (lekarz, psycholog, pedagog, terapeuta, pracownik socjalny)
- pracownik podmiotu mającego styczność z dziećmi z diagnozą FASD na terenie Wrocławia (np. placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej)
- rodzic/opiekun dziecka w wieku do 18 r. ż. z podejrzeniem lub diagnozą FASD, zamieszkującego Miasto Wrocław

b) Kryteria wyłączenia:

- udział w konferencji szkoleniowej z zakresu FASD finansowanej ze środków publicznych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

4) Diagnostyka FASD

a) Kryteria włączenia:

- dziecko w wieku do 18 r. ż.
- zamieszkanie na terenie miasta Wrocławia
- podejrzenie FASD
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna na udział dziecka w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- uprzednia diagnoza FASD i leczenie poza programem
- indywidualne przeciwwskazania do udziału w programie
 - Przeciwwskazania zdrowotne, między innymi: stan somatyczny wymagający pilnego leczenia lub hospitalizacji, ostry epizod psychiatryczny (np. ciężki epizod depresyjny z ryzykiem

samobójczym), znaczne nasilenie objawów, które uniemożliwia współpracę diagnostyczną (np. silne pobudzenie, ciężka dysregulacja emocjonalna).

- -Przeciwwskazania związane z bezpieczeństwem psychicznym dziecka np. aktualne doświadczenie silnej traumy (np. świeże odebranie z rodziny, przemoc, żałoba). W powyższych przypadkach rekomenduje się pokierowanie dziecka do właściwej opieki i odroczenie diagnostyki do czasu stabilizacji stanu dziecka.
- -Brak wystarczających danych z dokumentacji medycznej lub środowiskowej, które pozwalałyby na rzetelną ocenę (np. brak opiekuna zdolnego do udzielenia wywiadu). W powyższym przypadku wskazane byłoby przekierowanie dziecka do ogólnej diagnostyki w ramach NFZ.
- -Znaczne bariery komunikacyjne i językowe, których program nie jest w stanie adekwatnie zabezpieczyć (np. dziecko obcojęzyczne lub opiekun mówiący w innym języku). W tym wypadku - pokierowanie pacjenta do specjalistów porozumiewających się w konkretnym języku.
- korzystanie ze świadczeń diagnostycznych w kierunku FASD finansowanych ze środków publicznych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (świadczenia finansowane m.in. przez Miasto Wrocław, Województwo Dolnośląskie, NFZ)

5) Konsultacje psychoedukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- rodzic/opiekun dziecka w wieku do 18 r. ż. z podejrzeniem FASD, biorącego udział w diagnostyce FASD w ramach programu
- dobrowolna zgoda rodzica/opiekuna na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- korzystanie z konsultacji psychoedukacyjnych w związku z opieką nad dzieckiem z FASD lub w trakcie diagnozy FASD, finansowanych ze środków publicznych w okresie 12 miesięcy

przed zgłoszeniem się do programu (świadczenia finansowane m.in. przez Miasto Wrocław, Województwo Dolnośląskie, NFZ)

6) Grupa wsparcia

a) Kryteria włączenia:

- rodzic/opiekun dziecka w wieku do 18 r. ż. z diagnozą lub podejrzeniem FASD
- dobrowolna zgoda rodzica/opiekuna na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w grupie wsparcia dla rodziców/opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD finansowanej ze środków publicznych w momencie zgłoszenia się do programu

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami oświatowymi, opiekuńczo-wychowawczymi, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, ośrodkami adopcyjnymi, placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim Wrocławia (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także z uwzględnieniem lokalnych mediów (np. prasa, radio, tv, spoty w autobusach miejskich), publikacji w mediach społecznościowych, kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych na terenie miasta Wrocławia. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna

prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

Dodatkowo, działania informacyjno-edukacyjne w programie realizowane będą poprzez opracowanie i dystrybucję broszury psychoedukacyjnej, utworzonej przez specjalistę FASD, dedykowanej rodzicom i opiekunom dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD, pozwalającej na zwiększenie świadomości na temat FASD oraz wsparcie rodzin w radzeniu sobie z wyzwaniami wynikającymi z tego zaburzenia. Realizator będzie zobowiązany do druku i dystrybucji co najmniej 500 sztuk broszury.

Wszystkie działania informacyjno-edukacyjne realizowane będą z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu, a także z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom).

3.1. Program wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”

- realizowany dla rodziców i opiekunów dzieci z już postawioną diagnozą FASD;
- obejmujący krótkoterminowe, celowane konsultacje ze specjalistami, podczas których rodzice otrzymują praktyczne instrukcje dotyczące ćwiczeń, strategii wychowawczych lub stymulacji rozwojowej, obserwują demonstracje technik możliwych do zastosowania w domu, a także uzyskują wsparcie w bieżących problemach i pytaniach, w zależności od aktualnych potrzeb rodziny, celem zapewnienia praktycznych narzędzi do wykorzystania w codziennym życiu i wzmacniania poczucia

kompetencji rodzicielskich po zakończeniu procesu diagnostycznego ich dzieci;

- każdy z uczestników może skorzystać z dwóch godzinnych lub czterech półgodzinnych konsultacji na kwartał - łącznie do 8h konsultacji na uczestnika rocznie (łącznie 30 uczestników);
- obejmujący ocenę poczucia własnej skuteczności rodzicielskiej przy zastosowaniu Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) lub Skali Poczucia Kompetencji Rodzicielskich (PSOC-PL), realizowane w formie pre-testu przed pierwszą konsultacją oraz post-testu po ostatniej konsultacji.

3.2. Szkolenia z zakresu FASD

- skierowane do rodziców i opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD lub do specjalistów pracujących z dziećmi z FASD (w zależności od bieżących potrzeb);
- realizowane w formie stacjonarnej lub webinarów (maksymalnie 6 szkoleń rocznie) w grupach maksymalnie 15-osobowych;
- uwzględniające opracowanie i przekazanie uczestnikom materiałów w formie broszur lub prezentacji psychoedukacyjnych;
- poświęcone szeroko pojętej tematyce FASD, w tym np.:
 - rozpoznawanie wad postawy u małych dzieci,
 - rodzic w roli trenera - jak wspierać rozwój samodzielności u dziecka,
 - kinesiotaping w logopedii,
 - sposoby współdziałania szkoły i rodziny dla dobra dziecka z FASD,
 - Mindfulness dla rodziców – sposoby na redukcję stresu i wspieranie własnego dobrostanu,
 - deficyty rozwojowe, poznawcze lub behawioralne charakterystyczne dla FASD (zaburzenia neurokognitywne – deficyty lub rozbieżności poznawcze/rozwojowe, zaburzenia funkcji wykonawczych, opóźnienia mowy i/lub opóźnienia w funkcjonowaniu motorycznym),

- problemy z samoregulacją u dzieci (m.in. problemy z samouspokojeniem i snem),
- zahamowanie umiejętności adaptacyjnych (zaburzenia umiejętności społecznych, samoopieki i codziennego funkcjonowania);
- realizowane z założeniem dostosowania ostatecznych tematów i grup docelowych w zależności od aktualnych potrzeb społecznych oraz sygnałów płynących od osób zainteresowanych;
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzoru testu nie dołączono do programu polityki zdrowotnej, ponieważ wzór ten opracuje realizator na podstawie planu tematyki szkoleń, który powstanie w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez grupę docelową; test będzie tematycznie zgodny z zakresem szkoleń).

3.3. Konferencja szkoleniowa dla specjalistów zajmujących się problematyką FASD

- realizowana jako jeden z kluczowych elementów programu, celem zwiększenia świadomości oraz poziomu wiedzy specjalistów na temat FASD,
- pozwalająca na wymianę doświadczeń, inspiracji oraz zdobywanie nowej wiedzy o nowoczesnych metodach diagnozowania i wspierania osób z FASD,
- realizowana z założeniem zgromadzenia specjalistów różnych dziedzin, takich jak m.in. lekarze, psychologowie, pedagodzy, terapeuci, pracownicy socjalni,
- realizowana z założeniem udziału znanych ekspertów - praktyków z wieloletnim doświadczeniem w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi, w tym ze spektrum FASD, a także specjalistów zajmujących się problematyką uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,

- realizowana z uwzględnieniem możliwości udziału rodziców/opiekunów dzieci z podejrzeniem FASD lub jego diagnozą,
- obejmująca wystąpienia zaproszonych ekspertów oraz warsztaty tematyczne prowadzone przez praktyków,
- realizowana w formie stacjonarnej lub hybrydowej,
- realizowana z uwzględnieniem dystrybucji materiałów konferencyjnych, takich jak broszury, ulotki, plakaty czy materiały szkoleniowe dla uczestników,
- poprzedzona kampanią informacyjną, mającą na celu promocję wydarzenia wśród potencjalnych uczestników,
- obejmująca głównie tematy dotyczące diagnostyki, terapii i profilaktyki FASD, jak również zagadnienia powiązane z problematyką uzależnień, spożywaniem alkoholu oraz doświadczeniami rodziców i opiekunów dzieci z FASD, przy czym szczegółowe treści będą dobierane elastycznie, tak aby odpowiadały aktualnym potrzebom uczestników i najnowszym badaniom naukowym,
- obejmująca wydanie uczestnikom certyfikatów udziału w konferencji,
- obejmująca badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed konferencją oraz post-testu po konferencji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzoru testu nie dołączono do programu polityki zdrowotnej, ponieważ wzór ten opracuje realizator na podstawie planu wystąpień, które będą miały miejsce na konferencji; test będzie tematycznie zgodny z tymi wystąpieniami).

3.4. Diagnostyka dzieci i młodzieży w zakresie FASD

- realizowana w oparciu o międzynarodowo uznany model diagnostyczny dr Susan J. (Astley) Hemingway z Uniwersytetu w Seattle,
- realizowana przez personel medyczny przeszkolony w zakresie ww. modelu przez Polski Instytut FASD celem zapewnienia

- diagnozy najwyższej jakości, prowadzonej zgodnie z najnowszymi standardami i wiedzą naukową,
- realizowana przez interdyscyplinarny zespół diagnostyczny, składający się z następujących specjalistów: lekarz pediatra/neurolog/specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psycholog/psychoterapeuta, fizjoterapeuta, neurologopeda, koordynator diagnozy (zakres działań specjalistów przedstawiono w tabeli II),
 - realizowana z uwzględnieniem kompleksowego podejścia, uwzględniającego wszystkie aspekty rozwoju dziecka: zdrowie fizyczne, funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne, językowe i ruchowe,
 - realizowana z założeniem opracowania przez zespół interdyscyplinarny indywidualnego planu wsparcia dla każdego pacjenta, który przyczyni się do poprawy funkcjonowania dziecka w środowisku domowym, szkolnym i społecznym,
 - realizowana z założeniem 10h diagnozy, rozumianych jako łączny czas pracy specjalistów zespołu diagnostycznego (nie wyłącznie jako czas samych spotkań z udziałem dziecka i jego opiekunów), z uwzględnieniem możliwości elastycznego rozdzielania czasu pracy specjalistów w zależności od potrzeb pacjentów (w praktyce liczba konsultacji będzie dostosowana do indywidualnych potrzeb dziecka).

Tab. II. Zakres działań zespołu interdyscyplinarnego

Działanie	Zakres działania
Konsultacje lekarskie	Badanie lekarskie, zebranie szczegółowego wywiadu medycznego dotyczącego dziecka i rodziny generacyjnej, analiza dotychczasowej dokumentacji, ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol, wykonanie badania fizykalnego, ocena neurologiczna dziecka, ocena występowania cech dysmorfii charakterystycznych dla FASD, zlecenie i interpretacja wyników badań laboratoryjnych, neuroobrazowych i innych niezbędnych do diagnostyki FASD, ocena wskazań do farmakoterapii.

Konsultacje psychologiczne	Szczegółowy wywiad z opiekunem, analiza dokumentacji dziecka (psychologicznej, psychiatrycznej i edukacyjnej), przeprowadzenie standaryzowanych badań neuropsychologicznych, ocena rozwoju intelektualnego, funkcji poznawczych (werbalne, wykonawcze, pamięć i uczenie się, funkcje wzrokowo-przestrzenne), problemów z zakresu zdrowia psychicznego (emocjonalnych, społecznych, behawioralnych, psychopatologicznych).
Konsultacje fizjoterapeutyczne	Szczegółowy wywiad z opiekunem, ocena rozwoju motorycznego, koordynacji ruchowej, równowagi i siły mięśniowej.
Konsultacje neurologopedyczne	Szczegółowy wywiad z opiekunem, ocena umiejętności w obszarze komunikacji werbalnej, ocena rozwoju językowego.
Koordynator diagnozy	Prowadzenie nadzoru nad prawidłowością przebiegu procesu diagnostycznego danego dziecka, spójnością działań zespołu oraz prawidłowością sporządzania dokumentacji medycznej. Utrzymywanie kontaktu z rodziną dziecka. Zebranie zgód oraz weryfikacja statusu prawnego opiekuna. Wykonywanie pomiarów dziecka oraz przygotowywanie i opracowywanie zdjęć do komputerowej analizy cech dysmorficznych w programie FAS Facial Photographic Analysis Software wraz z dokonaniem oceny w programie. W razie potrzeby uzupełnianie wywiadu diagnostycznego. Sporządzanie i przekazanie opiekunom końcowego dokumentu podsumowującego wyniki diagnozy
Konsylium diagnostyczne	Spotkanie członków zespołu interdyscyplinarnego, którego celem jest ustalenie dalszej diagnostyki oraz badań dodatkowych (w razie konieczności) lub wydanie ostatecznej diagnozy i indywidualnego planu wsparcia dla każdego pacjenta.
Wydanie diagnozy	Podsumowanie przebiegu procesu diagnostycznego, wydanie diagnozy, przekazanie opiekunom zaleceń dot. dalszego postępowania wraz ze wskazaniem placówek, w których mogą uzyskać pomoc i wsparcie. Wydanie zaleceń dla placówek edukacyjnych, opiekuńczych i wychowawczych, a także do ewentualnych dalszych diagnoz.

Diagnoza 10-godzinna obejmuje zarówno czas przeznaczony na przeprowadzenie bezpośrednich konsultacji, jak i przykładowo:

- w przypadku psychologa – obliczenia, analizę i interpretację wyników testów,
- w przypadku wszystkich specjalistów – przygotowanie pisemnych opinii i zaleceń,

- w przypadku koordynatora – wywiad wstępny z opiekunem, zebranie i uporządkowanie dokumentacji, założenie teczek dziecka, analiza dysmorfii w programie komputerowym, a następnie sporządzenie dokumentu końcowego diagnozy,
- w przypadku całego zespołu – udział w konsylium diagnostycznym dotyczącym danego dziecka, omówienie przebiegu diagnozy i ustalenie wspólnych wniosków.

Wydany opiekunom dokument końcowy zawierał będzie m.in. historię życia i chorób pacjenta, dokumentację dostarczoną przez rodziców/opiekunów, informacje o składzie zespołu diagnostycznego, przebiegu diagnozy, opinie poszczególnych specjalistów, diagnozę wraz z kodem diagnostycznym, podsumowanie oceny klinicznej, zbiór zaleceń i wskazówek oraz załączniki i podpisy zespołu.

3.5. Konsultacje psychoedukacyjne z zakresu wspierania dziecka z FASD

- realizowane w formie indywidualnej, kierowanej do rodziców dzieci będących w trakcie diagnozy FASD w programie,
- realizowane przez specjalistę/specjalistów wchodzących w skład zespołu interdyscyplinarnego (w zależności od potrzeb danego opiekuna/rodzica),
- realizowane z założeniem zwiększenia świadomości na temat FASD oraz dostarczenia praktycznych wskazówek do codziennej pracy z dzieckiem,
- obejmujące:
 - informowanie rodziców i opiekunów o przebiegu diagnostyki FASD (wyjaśnianie wszystkich procedur i kolejnych etapów procesu diagnostycznego),
 - informowanie o możliwościach leczenia, terapii, rehabilitacji i dalszego wsparcia, w tym o lokalnych zasobach pomocowych,
 - omówienie przyczyn, objawów i konsekwencji FASD oraz wpływu tego zaburzenia na funkcjonowanie dziecka i całego systemu rodzinnego,

- udzielanie porad wychowawczych (wskazówki dotyczące strategii wychowawczych dostosowanych do specyficznych potrzeb dzieci z FASD, wsparcie w zakresie radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi i behawioralnymi dzieci),
- udzielenie wsparcia emocjonalnego (pomoc w radzeniu sobie z wyzwaniami związanymi z wychowaniem dziecka z FASD),
- udzielenie zaleceń i wskazówek rehabilitacyjnych i terapeutycznych (np. instruktaż ćwiczeń wspierających rozwój ruchowy i językowy dziecka, nauka technik naklejania taśm do kinesiotalingu, prezentacja innych metod terapeutycznych możliwych do zastosowania w warunkach domowych),
- edukowanie w zakresie zagrożeń wynikających z używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz promowanie zdrowych nawyków;
- realizowane z założeniem elastycznego rozdzielania czasu pracy specjalistów w zależności od potrzeb danego opiekuna/rodzica (decyzję o czasie trwania i liczbie konsultacji podejmować będą specjaliści zespołu diagnostycznego, którzy mogą ocenić indywidualne potrzeby każdej rodziny i zastosować elastyczne, dopasowane podejście),
- obejmujące badanie poziomu satysfakcji uczestnika po konsultacji.

3.6. Grupa wsparcia dla rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży z podejrzeniem FASD

- spotkania realizowane w formie grupowej (max. 10 osób), w cyklu co najmniej 9 spotkań trwających co najmniej 3h,
- spotkania kierowane do rodziców/opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD,
- spotkania realizowane przez psychologów/psychoterapeutów,
- spotkania realizowane z założeniem wymiany doświadczeń, wzajemnego wsparcia oraz nauki skutecznych sposobów radzenia sobie z codziennymi trudnościami,

- spotkania realizowane z założeniem ustalenia ich dokładnej tematyki przy czynnym udziale samych uczestników, co pozwoli na dostosowanie się specjalistów do oczekiwań, celów i potrzeb uczestników grupy, a w konsekwencji zwiększy jej efektywność,
- spotkania obejmujące m.in.:
 - wzmocnienie poczucia własnej wartości rodziców i opiekunów oraz ich wiary w skuteczność podejmowanych działań,
 - uświadomienie, jak ważne jest dbanie o własny dobrostan emocjonalny (opiekunowie muszą mieć zasoby psychiczne, by skutecznie wspierać dzieci),
 - wyposażenie uczestników w narzędzia i strategie pomagające lepiej rozumieć specyfikę funkcjonowania dziecka z FASD i reagować na jego potrzeby,
 - dzielenie się swoimi doświadczeniami oraz wzajemne inspirowanie się w rozwiązywaniu problemów,
 - możliwość uzyskania wsparcia w trudnych sytuacjach, których członkowie grupy często doświadczają w procesie wychowywania dzieci z FASD,
 - budowanie poczucia wspólnoty z innymi osobami w podobnej sytuacji, co zmniejsza poczucie osamotnienia,
 - zdobywanie wiedzy o FASD – zarówno od specjalistów prowadzących spotkania, jak i od siebie nawzajem,
 - budowanie trwałych relacji oraz długofalowe wsparcie dla uczestników, co może przyczynić się do poprawy jakości życia zarówno dzieci, jak i ich rodzin.
- spotkania obejmujące ocenę stosowanych przez uczestników strategii radzenia sobie ze stresem przy zastosowaniu kwestionariusza Mini-COPE, realizowanego w formie pre-testu przed pierwszym spotkaniem oraz post-testu po ostatnim spotkaniu.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu. W ostatnim dniu udzielania świadczeń rodzicom/opiekunom należy przekazać ankietę

satysfakcji uczestnika programu. Ankiety satysfakcji należy przekazać także uczestnikom szkolenia z zakresu FASD oraz konferencji szkoleniowej.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także z wnioskami z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez AOTMiT w omawianym problemie zdrowotnym⁴⁷.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podmiot realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do zapewnienia kompleksowej i profesjonalnej obsługi administracyjnej, w tym związanej z rejestracją pacjentów, co w konsekwencji zapewni wsparcie uczestników na każdym etapie korzystania z oferowanych usług. Pracownik rejestracji będzie odpowiedzialny za sprawną obsługę uczestników projektu od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-15:00, obejmującą:

- rejestrację wielokanałową – osobiście, telefonicznie, mailowo oraz za pośrednictwem formularza internetowego, dostosowując sposób kontaktu do potrzeb uczestników,
- kierowanie uczestników do odpowiednich form wsparcia – umawianie na grupy wsparcia, konsultacje pierwszorazowe

⁴⁷ Opinia nr 36/2025 z dnia 14 maja 2025 r., bip.aotm.gov.pl.

- oraz koordynacja terminów kolejnych wizyt w porozumieniu ze specjalistami,
- wsparcie informacyjne – udzielanie krótkich konsultacji dotyczących zasad uczestnictwa w projekcie oraz dostępnych form pomocy w ramach programu,
 - obsługa formalności związanych z diagnozą FASD – przekazywanie uczestnikom odpowiednich druków do wypełnienia, wyjaśnianie wymagań dotyczących dokumentacji medycznej oraz przyjmowanie i przekazywanie kompletnych dokumentów do koordynatora zespołu.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ są następujące:

- w przypadku uczestników Programu wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster” – udział w programie kończy się w momencie wypełnienia po ostatnim spotkaniu wypełnienia kwestionariusza GSES lub PSOC-PL,
- w przypadku uczestników szkoleń z zakresu FASD – udział w programie kończy się w momencie wypełnienia post-testu wiedzy po szkoleniu,
- w przypadku uczestników konferencji szkoleniowej – udział w programie kończy się w momencie wypełnienia post-testu po konferencji,
- w przypadku uczestników diagnostyki FASD – udział w programie kończy się w momencie otrzymania na piśmie diagnozy wraz z zaleceniami dot. dalszego postępowania,
- w przypadku uczestników konsultacji psychoedukacyjnych – udział w programie kończy się w momencie wypełnienia ankiety satysfakcji uczestnika konsultacji,
- w przypadku uczestników grupy wsparcia – udział w programie kończy się w momencie wypełnienia kwestionariusza Mini-COPE po ostatnim spotkaniu grupy wsparcia,

- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025);
- 2) zaopiniowanie programu polityki zdrowotnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (IV kwartał 2025);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2026);
 - realizacja działań informacyjno-edukacyjnych – realizacja kampanii informacyjnej przez realizatora w ramach współpracy z licznymi podmiotami na terenie miasta Wrocławia, zajmującymi się problematyką FASD i/lub posiadającymi kontakt z dziećmi dotkniętymi tym problemem, a także realizacja działań informacyjno-edukacyjnych poprzez opracowanie i dystrybucję broszury psychoedukacyjnej, zgodnie z opisem działań przedstawionym w punkcie dot. sposobu informowania o programie polityki zdrowotnej,
 - realizacja programów wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster” – realizacja programów wsparcia dla rodziców i opiekunów dzieci z już postawioną diagnozą FASD, zgodnie z opisem działań przedstawionym w punkcie dot. planowanych interwencji,

- realizacja szkoleń z zakresu FASD - realizacja szkoleń skierowanych do rodziców i opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD lub do specjalistów pracujących z dziećmi z FASD, zgodnie z opisem działań przedstawionym w punkcie dot. planowanych interwencji,
 - realizacja konferencji szkoleniowej - realizacja konferencji skierowanej do specjalistów zajmujących się FASD, a także rodziców i opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD, zgodnie z opisem działań przedstawionym w punkcie dot. planowanych interwencji,
 - realizacja diagnostyki FASD - realizacja procesu diagnostycznego w kierunku FASD, prowadzonego przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, zgodnie z opisem działań przedstawionym w punkcie dot. planowanych interwencji,
 - realizacja konsultacji psychoedukacyjnych - realizacja konsultacji psychoedukacyjnych kierowanych do rodziców dzieci będących w trakcie diagnozy FASD w programie, zgodnie z opisem działań przedstawionym w punkcie dot. planowanych interwencji,
 - realizacja spotkań grupy wsparcia – organizacja spotkań kierowanych do rodziców/opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD, zgodnie z opisem działań przedstawionym w punkcie dot. planowanych interwencji,
 - bieżący monitoring – realizowany poprzez gromadzenie danych dot. mierników monitorowania, zgodnie z opisem przedstawionym w punkcie dot. monitorowania i ewaluacji;
- 6) zakończenie realizacji PPZ;
- 7) rozliczenie finansowania PPZ;
- 8) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia. Realizatorem Programu może być podmiot wykonujący działalność leczniczą, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.],
- zapewnienie prowadzenia programu wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster” przez specjalistów posiadających kwalifikacje w zakresie diagnozy i terapii dzieci z FASD, w tym psychologów, terapeutów, logopedów, fizjoterapeutów lub lekarzy,
- zapewnienie prowadzenia szkoleń z zakresu FASD przez osoby posiadające doświadczenie zawodowe oraz kompetencje merytoryczne w zakresie diagnozy, terapii lub wspierania osób z FASD i ich rodzin,
- zapewnienie realizacji prelekcji w ramach konferencji szkoleniowej przez specjalistów posiadających doświadczenie i wiedzę w pracy z dziećmi i młodzieżą z trudnościami poznawczymi, społecznymi i behawioralnymi, w diagnozie i terapii osób z FASD, specjalistów terapii uzależnień oraz rodziców lub opiekunów dzieci z FASD, którzy dzielą się swoim osobistym doświadczeniem,
- zapewnienie realizacji procesu diagnostyki FASD oraz konsultacji psychoedukacyjnych przez:
 - lekarza - lekarz pediatra/neurolog/specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży,
 - psychologa - mgr psychologii, będący jednocześnie certyfikowanym diagnostą FASD, certyfikowanym psychoterapeutą lub specjalistą psychologii klinicznej albo

mgr psychologii z co najmniej 2-letnim doświadczeniem klinicznym w pracy diagnostycznej z dziećmi i młodzieżą, który odbył przynajmniej jedno szkolenie w zakresie pracy z osobami z FASD,

- fizjoterapeutę - mgr fizjoterapii, certyfikat terapii metodą NDT-Bobath, NDT-Bobath Baby oraz PNF, diagnosta FASD
- neurologopedę - ukończone studia z logopedii ogólnej i neurologopedii klinicznej, diagnosta FASD,
- zapewnienie koordynowania procesu diagnostyki FASD przez koordynatora diagnozy – mgr psychologii, będący jednocześnie certyfikowanym diagnostą FASD, certyfikowanym psychoterapeutą lub specjalistą psychologii klinicznej
- zapewnienie prowadzenia spotkań grup wsparcia przez psychologa lub psychoterapeutę,
- posiadanie infrastruktury niezbędnej dla udzielania świadczeń w ramach programu,
- posiadanie narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych niezbędnych dla udzielania świadczeń w ramach programu (m.in. testy diagnostyczne, sprzęt do oceny fizjoterapeutycznej, pomoce dydaktyczne, materiały terapeutyczne),
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządził sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji.

W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 302], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 1411], z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych [Tekst jedn. Dz. U. 2023 poz. 1440] i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie. Dodatkowo realizator posiadał będzie Standardy Ochrony Małoletnich, o których mowa w art. 22b i 22c ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich [Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1802].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób uczestniczących w programie wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”
- liczba osób uczestniczących w szkoleniach z zakresu FASD,
- liczba osób uczestniczących w konferencji szkoleniowej
- liczba osób poddanych diagnostyce w kierunku FASD
- liczba osób uczestniczących w konsultacjach psychoedukacyjnych
- liczba osób uczestniczących w spotkaniach grupy wsparcia
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu
- bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób biorących udział w działaniach diagnostycznych w ramach programu, u których stwierdzono występowanie FASD i które zostały skierowane do dalszej diagnostyki i/lub terapii
- odsetek osób, u których w post-teście z zastosowaniem skali GSES lub PSOC-PL utrzymano taki sam lub zwiększono o co najmniej 1 punkt poziom poczucia własnej skuteczności

rodzicielskiej, względem wszystkich osób uczestniczących w programie „Family Booster”, które wypełniły pre-test

- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie FASD, względem wszystkich osób uczestniczących w szkoleniach z zakresu FASD, które wypełniły pre-test
- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie diagnostyki i terapii FASD, względem wszystkich osób uczestniczących w konferencji szkoleniowej, które wypełniły pre-test
- odsetek osób, które po konsultacji psychoedukacyjnej zadeklarowały wysoki poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia (co najmniej 4/5 w skali 5-stopniowej)
- odsetek uczestników grupy wsparcia, u których w post-teście z zastosowaniem kwestionariusza Mini-COPE utrzymał się lub wzrósł poziom stosowania strategii radzenia sobie ze stresem o charakterze adaptacyjnym, w porównaniu do badania wstępnego (pre-test), w odniesieniu do wszystkich osób, które wypełniły pre-test

Ewaluacja będzie oparta na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu i stanu po jego zakończeniu. Wyniki ewaluacji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Ilość oraz wartość poszczególnych świadczeń zdrowotnych i zadań realizowanych w programie zostanie określona w umowie zawartej z realizatorem programu, w oparciu o przedstawioną przez niego ofertę złożoną w konkursie.

W trakcie realizacji programu dopuszcza się możliwość zmiany pomiędzy ilością poszczególnych świadczeń, w sytuacji gdy wystąpią okoliczności, których nie można było przewidzieć na etapie przygotowywania oferty, jednakże w ramach limitu kwotowego przeznaczonego na realizację zadań w danym roku kalendarzowym.

Kosztorys programu powinien obejmować m in.:

Rodzaj kosztu	Jednostka
Działania informacyjno-edukacyjne	zadanie
Opracowanie i druk broszury psychoedukacyjnej na temat FASD dla rodziców i opiekunów	zadanie
Program wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”	osoba
Szkolenia w zakresie FASD	zadanie
Konferencja szkoleniowa	zadanie
Diagnostyka FASD (cykl 10 konsultacji)	osoba
Konsultacje psychoedukacyjne	osoba
Grupa wsparcia (cykl spotkań)	osoba
Kampania informacyjno-edukacyjna	zadanie
Rejestracja uczestników i monitorowanie ich udziału w programie	zadanie
Zakup sprzętu i materiałów niezbędnych do realizacji zadania	zadanie
Koordinacja, nadzór organizacyjny, monitorowanie i ewaluacja działań w programie	zadanie
Finansowanie szkoleń zespołu diagnostycznego pozwalających na zapewnienie wysokiej jakości świadczeń w programie	zadanie
Koszty administracyjne	zadanie

2. Planowane koszty całkowite

Całkowity koszt programu szacowany jest na 210 000 zł.

Świadczenia w programie będą udzielane według kolejności zgłoszeń, do wyczerpania zaplanowanego budżetu.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Miasta Wrocławia.

Bibliografia

1. Ali M., Burd L., West K. (2022), „Estimating Costs of Health Care for Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorder in a Large Health Insurance Claims Database”, Research Square.
2. ALICJA – Alkohol i Ciąża – Jak pomóc dziecku. Projekt realizowany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz polskimi specjalistami.
3. Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
4. Borkowska M., Rekomendacje diagnostyczne Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD), Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 12/2021, s. 46-49.
5. Cichoń-Chojnacka A., Zaburzenia psychiczne w obrazie klinicznym Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, czyli FASD okiem psychiatry dziecięcego, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 10/2023, s. 35-36.
6. Dolnośląski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2025-2030, umwd.dolnyslask.pl.
7. Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia, bip.um.wroc.pl.
8. Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L. & Popova, S. (2017) Global prevalence of fetal alcohol Spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 171, 948–956
9. Mapa Potrzeb Zdrowotnych, Czynniki ryzyka i profilaktyka, basiw.mz.gov.pl.
10. Mapa Potrzeb Zdrowotnych, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, basiw.mz.gov.pl.
11. McQuire C, Frennesson NF, Parsonage J, Van der Heiden M, Troy D, Zuccolo L. Trends in fetal alcohol spectrum disorder research: A bibliometric review of original articles published between 2000 and 2023. Alcohol Clin Exp Res (Hoboken). 2024 Oct;48(10):1819-1833
12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
13. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.
14. Okulicz-Kozaryn K., Borkowska M., Brzózka K.: FASD Prevalence among Schoolchildren in Poland. JARID, 2017; 30 (1): 61–70.
15. Okulicz-Kozaryn K., FASD w Polsce, Skala problemu i propozycje rozwiązań, Warszawa 2015.
16. Okulicz-Kozaryn K., Szymańska K., Maryniak A. i in. (2020). Rozpoznanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Pediaatria. Medycyna Praktyczna, wydanie specjalne 1/2020.
17. Okulicz-Kozaryn K.: Alkohol w czasie ciąży – temat tabu, Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA, nr 2, 110, 2025, s. 22-27.
18. Opinia nr 36/2025 z dnia 14 maja 2025 r., bip.aotm.gov.pl.
19. Popova S., Lange S., Shield K. i wsp.: Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 2016; 387 (10022): 978–987.

20. Popova, S., Lange, S., Shield, K., Burd, L. & Rehm, J. (2019) Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 114, 1150–1172.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 870]
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
24. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. *Medycyna Praktyczna – Pediatria*, wydanie specjalne 1/2025.
25. Stany wymagające dalszych badań, W: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-5, Wydanie piąte, Gałęcki P. i in. (red), s. 965–969.
26. Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.
27. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Wojtyniak B. i Smaga A. (red.), NIZP PZH-PIB, Warszawa 2025.
28. Śmigiel R., Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) – powszechna, ale wciąż mało znana choroba, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 7-8/2023, s. 26-27.
29. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
30. Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M.S., Saxena, S. et al. (2022) Global prevalence of autism: a systematic review update. *Autism Research*, 15, 778–790