



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 114/2025 z dnia 19 grudnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Wsparcie dzieci i młodzieży ze spektrum płodowych zaburzeń
alkoholowych (FASD) oraz ich rodziców/opiekunów na terenie
Wrocławia”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Wsparcie dzieci i młodzieży ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) oraz ich rodziców/opiekunów na terenie Wrocławia”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych, które występują u potomstwa kobiet spożywających alkohol w okresie ciąży. Uwzględnia realizację działań edukacyjnych, programu wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”, szkoleń z zakresu FASD, konferencji szkoleniowej dla specjalistów zajmujących się problematyką FASD, diagnostyki dzieci i młodzieży w zakresie FASD, konsultacji psychoedukacyjnej z zakresu wspierania dziecka z FASD oraz grupy wsparcia dla rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży z podejrzeniem FASD. Oceniany projekt zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, natomiast zaproponowane w projekcie działania szkoleniowe skierowane do specjalistów oraz wsparcie i edukacja dla rodziców i opiekunów prawnych stanowią wartość dodaną.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części opinii, a w szczególności dotyczące:

- wskazania liczebności uczestników działań edukacyjnych i szkoleń;
- zaplanowania kryteriów wyłączenia dla uczestników działań edukacyjnych, konferencji szkoleniowej oraz grup wsparcia oraz doprecyzowania w ramach kryteriów wyłączenia dla interwencji dot. diagnostyki FASD katalogu „indywidualnych przeciwwskazań do udziału w programie”;
- zaprojektowania testów wiedzy adekwatnych dla poszczególnych interwencji edukacyjno-szkoleniowych;
- dopracowania opisu etapów PPZ;
- zaplanowana ankiet satysfakcji uwzględniających ocenę wszystkich zrealizowanych interwencji w programie.

Należy także zwrócić uwagę na zastrzeżenia przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Miasto Wrocław z obszaru diagnostyki i edukacji w zakresie FASD. Zaplanowane w programie interwencje obejmują działania edukacyjne, program wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”, szkolenia z zakresu FASD, konferencję szkoleniową dla specjalistów zajmujących się problematyką FASD, diagnostykę dzieci i młodzieży w zakresie FASD, konsultacje psychoedukacyjne z zakresu wspierania dziecka z FASD oraz grupę wsparcia dla rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży z podejrzeniem FASD. Realizację programu zaplanowano na 2026 rok, a jego koszt całkowity oszacowano na 271 800 zł. Jako źródło finansowania wskazano Miasto Wrocław.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt dotyczy problemu zdrowotnego jakim jest spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD, ang. „Fetal Alcohol Spectrum Disorders”), które występują u potomstwa kobiet spożywających alkohol w okresie ciąży. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono definicję i charakterystykę FASD, a także opisano najczęściej występujące dysfunkcje u dzieci z FASD i elementy procesu diagnostycznego. Wskazano, że termin FASD jest interpretowany jako pojęcie parasolowe, które zawiera w sobie nie tylko rozpoznanie płodowego zespołu alkoholowego (FAS, ang. fetal alcohol spectrum), ale także liczne inne rozpoznania, różniące się stopniem nasilenia zmian fizycznych.

W projekcie podkreślono, że opiniowany program wpisuje się w założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. W województwie dolnośląskim realizowany jest obecnie „Dolnośląski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2025-2030”, natomiast we Wrocławiu „Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na lata 2022-2025”.

Oceniany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W treści projektu przedstawiono światowe, ogólnopolskie oraz regionalne oraz lokalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. W kontekście sytuacji globalnej wskazano, że FASD dotyka ponad 1% dzieci w populacji ogólnej, co oznacza, że każdego dnia rodzi się ok. 1700 niemowląt z FASD. Podkreślono także, że Europa ma najwyższą ogólną częstość występowania FASD, wynoszącą 2%. W projekcie wskazano, że rocznie w Polsce na świat przychodzi nawet ponad 5 000 dzieci z FASD. Odnosząc się do danych regionalnych i lokalnych wskazano, że w przypadku woj. dolnośląskiego może to być nawet ponad 360 noworodków, w samym Wrocławiu – ponad 100 dzieci rocznie.

W projekcie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych i wskazano, że w Polsce w roku 2024 z powodu uzależnień leczono ponad 275,5 tys. osób (wzrost o 1,5% w stosunku do 2023 roku). W woj. dolnośląskim w 2024 roku w ramach środków publicznych leczono 19,76 tys. osób w związku z uzależnieniami (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.).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „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”.

Cel programu powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny został sformułowany prawidłowo.

W treści projektu programu zaproponowano 5 celów szczegółowych:

- (1) „uzyskanie lub utrzymanie przynajmniej przeciętnego poziomu poczucia własnej skuteczności rodzicielskiej wśród co najmniej 70% 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”.

Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do wzrostu poczucia skuteczności rodzicielskiej wśród uczestników programu i został sformułowany prawidłowo. W projekcie wskazano, że wzrost rozumiany jest jako utrzymanie lub zwiększenie o co najmniej 1 punkt poziomu poczucia własnej skuteczności rodzicielskiej, względem wszystkich osób uczestniczących w programie „Family Booster”, które wypełniły pre-test. Należy wskazać, że ww. wzrost wydaje się być stosunkowo małym oczekiwanym efektem.

Cele szczegółowe nr 2 i 3 odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników i zostały sformułowane prawidłowo. W projekcie zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy za pomocą pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym, do projektu jednak nie dołączono ww. testów więc niemożliwa była ich weryfikacja.

Dla celów szczegółowych 1 i 2 wskazano, że jako wysoki poziom wiedzy w post-teście określa się co najmniej 80% pozytywnych odpowiedzi w zakresie FASD, względem wszystkich osób uczestniczących w szkoleniach, które wypełniły pre-test.

Cel szczegółowy nr 4 odnoszący się do uzyskania wysokiego poziomu satysfakcji uczestników z odbytych konsultacji psychoedukacyjnych wydaje się być możliwy do realizacji. Jako „wysoki poziom” satysfakcji określono co najmniej 4/5 punktów w skali 5-stopniowej. Należy jednak wskazać, że odnosi się bardziej do monitorowania.

Cel szczegółowy nr 5 odnoszący się do uzyskania lub utrzymania wysokiego poziomu stosowania strategii radzenia sobie ze stresem również wydaje się możliwy do realizacji.

W projekcie wskazano, że poziom stosowania strategii radzenia sobie ze stresem mierzony będzie za pomocą kwestionariusza Mini-COPE zastosowanego jako pre- i post-test.

W projekcie wskazano, że wskaźniki docelowe dla celu głównego jak i celów szczegółowych przyjęto bazując na sprawozdaniach z realizacji działań Miasta Wrocławia w obszarze diagnostyki FASD, realizowanych w latach poprzednich poza formułą programu polityki zdrowotnej.

W treści projektu programu zaproponowano 6 mierników efektywności:

- (1) „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”;
- (2) „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”;
- (3) „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”;
- (4) „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”;
- (5) „odsetek osób, które po konsultacji psychoedukacyjnej zadeklarowały wysoki poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia (co najmniej 4/5 w skali 5-stopniowej)”;
- (6) „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”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań.

Zaproponowane mierniki zostały sformułowane poprawnie i odnoszą się do poszczególnych celów PPZ.

Populacja docelowa

W projekcie wyodrębniono siedem grup docelowych:

- o dzieci i nastolatki w wieku do 18 r.ż. z podejrzeniem FASD, którzy zamieszkują Wrocław, są wychowywani zarówno w pieczy zastępczej i rodzinach adopcyjnych, jak i w rodzinach biologicznych- w zakresie diagnostyki FASD tj. ok. 40 osób;
- o rodzice/opiekunowie dzieci i nastolatków w wieku do 18 r.ż. z podejrzeniem FASD, będących w trakcie diagnostyki FASD prowadzonej w ramach programu- w zakresie konsultacji psychoedukacyjnych tj. ok. 40 osób;
- o rodzice/opiekunowie dzieci i nastolatków w wieku do 18 r.ż. z diagnozą lub podejrzeniem FASD w zakresie grupy wsparcia tj. o. 10 osób;
- o rodzice/opiekunowie dzieci i nastolatków w wieku do 18 r.ż. z podejrzeniem lub diagnozą FASD oraz pracownicy podmiotów mających styczność z dziećmi z diagnozą FASD (np. placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-

- pedagogicznych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej) w zakresie działań edukacyjnych;
- rodzice/opiekunowie dzieci i nastolatków w wieku do 18 r.ż. z diagnozą FASD- w zakresie Programu wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster” tj. ok. 30 osób;
 - rodzice/opiekunowie dzieci i nastolatków w wieku do 18 r.ż. z diagnozą lub podejrzeniem FASD oraz pracownicy podmiotów mających styczność z dziećmi z diagnozą FASD (np. placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej) w zakresie szkoleń z zakresu FASD;
 - specjaliści zajmujący się zawodowo problematyką FASD na terenie Wrocławia (m.in. lekarze, psychologowie, pedagodzy, terapeuci, pracownicy socjalni, fizjoterapeuci, neurologopedzi), pracownicy podmiotów mających styczność z dziećmi z diagnozą FASD (np. placówek opiekuńczo-wychowawczych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej) oraz rodzice/opiekunowie dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD w zakresie działań realizowanych w ramach konferencji szkoleniowej tj. ok 150 osób.

Należy zaznaczyć, nie wskazano liczebności uczestników działań edukacyjnych i szkoleń, co należy uzupełnić.

W programie przedstawiono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia dla poszczególnych interwencji. Należy wskazać, że nie przedstawiono kryteriów wyłączenia dla działań edukacyjnych, konferencji szkoleniowej oraz dla działań realizowanych w zakresie grup wsparcia, co należy uzupełnić. W zakresie kryteriów do etapu: „diagnostyka FASD” należy doprecyzować co oznacza katalog „indywidualnych przeciwwskazań do udziału w programie”.

Interwencja

W PPZ zaplanowano następujące interwencje: działania edukacyjne, program wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”, szkolenia z zakresu FASD, konferencja szkoleniowa dla specjalistów zajmujących się problematyką FASD, diagnostyka dzieci i młodzieży w zakresie FASD, konsultacje psychoedukacyjne z zakresu wspierania dziecka z FASD, oraz grupa wsparcia dla rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży z podejrzeniem FASD.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne realizowane będą poprzez dystrybucję broszury psychoedukacyjnej (co najmniej 500 sztuk) utworzonej przez specjalistę FASD, dedykowanej rodzicom i opiekunom dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD. Celem broszury będzie zwiększenie świadomości na temat FASD oraz wsparcie rodzin w radzeniu sobie z wyzwaniami wynikającymi z tego zaburzenia. W projekcie wskazano, że planuje się wykorzystać materiały edukacyjne przygotowane 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).

Należy wskazać, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie, mierzonym z wykorzystaniem np. pre- i post testów wiedzy. W obecnie zaproponowanej formie działań edukacyjnych będzie to niemożliwe. Zaplanowane działania edukacyjne bardziej przypominają kampanię informacyjno-edukacyjną.

Program wsparcia edukacyjno-instruktażowego „Family Booster”

Program wsparcia realizowany będzie dla rodziców i opiekunów dzieci z już postawioną diagnozą FASD i będzie obejmował krótkie, celowane konsultacje ze specjalistami (posiadającymi kwalifikacje w zakresie diagnozy i terapii dzieci z FASD, w tym psychologami, terapeutami, logopedami, fizjoterapeutami lub lekarzami), podczas których rodzice otrzymają praktyczne instrukcje dotyczące ćwiczeń, strategii wychowawczych lub stymulacji rozwojowej, będą obserwowali demonstracje technik możliwych do zastosowania w domu, a także uzyskają wsparcie w bieżących problemach, w zależności od aktualnych potrzeb rodziny. Każdy rodzic/opiekun może skorzystać z dwóch godzinnych lub czterech półgodzinnych konsultacji na kwartał (łącznie do 8 h konsultacji na uczestnika rocznie). Interwencja obejmie pomiar wzrostu poczucia własnej skuteczności rodzicielskiej, przy zastosowaniu Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności lub Skali Poczucia Kompetencji Rodzicielskich jako pre-testu, przed pierwszą konsultacją oraz post-testu, po ostatniej konsultacji, co jest działaniem zasadnym.

Szkolenia z zakresu FASD

Szkolenia skierowane są rodziców i opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD lub do specjalistów pracujących z dziećmi z FASD i będą realizowane w formie stacjonarnej lub webinarów (zaplanowano maksymalnie 6 szkoleń rocznie). Szkolenia poświęcone będą szeroko pojętej tematyce FASD. W ramach interwencji zostaną przekazane uczestnikom materiały edukacyjne w formie broszur lub prezentacji psychoedukacyjnych. Podkreślono, że szkolenia realizowane będą z założeniem dostosowania ostatecznych tematów i grup docelowych w zależności od aktualnych potrzeb społecznych. W projekcie wskazano, że szkolenia będą prowadziły osoby posiadające doświadczenie zawodowe oraz kompetencje merytoryczne w zakresie diagnozy, terapii lub wspierania osób z FASD i ich rodzin. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie wskazano ilu osobowe będą grupy szkoleniowe, co należy uzupełnić.

W ramach szkoleń zaplanowano zbadanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych. Do projektu jednak nie dołączono wzoru ww. testu wiedzy, więc niemożliwa była jego weryfikacja. W projekcie wskazano, że test opracuje realizator zgodnie z potrzebami zgłaszanymi przez grupę docelową.

Konferencja szkoleniowa dla specjalistów zajmujących się problematyką FASD

Konferencja szkoleniowa dla specjalistów różnych dziedzin, takich jak m.in. lekarze, psychologowie, pedagodzy, terapeuci, pracownicy socjalni realizowana będzie jako jeden z kluczowych elementów programu, celem zwiększenia świadomości oraz poziomu wiedzy specjalistów na temat FASD. W konferencji również będą mogli wziąć udział rodzice/opiekunowie dzieci z podejrzeniem FASD lub jego diagnozą oraz obejmie wystąpienia zaproszonych ekspertów i warsztaty tematyczne prowadzone przez praktyków. Podczas szkolenia, które odbędzie się w formie stacjonarnej lub hybrydowej zostaną przekazane uczestnikom programu materiały edukacyjne takie jak broszury i ulotki. Główny zakres tematyczny szkolenia obejmie diagnostykę, terapię i profilaktykę FASD, zagadnienia powiązane z problematyką uzależnień od alkoholu oraz doświadczenia rodziców i opiekunów dzieci z FASD.

W ramach interwencji zaplanowano przeprowadzenie pomiaru wzrostu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu i post-testu (min. 10 pytań zamkniętych) co jest działaniem zasadnym. Do projektu jednak nie dołączono wzoru ww. testu więc nie była możliwość jego weryfikacji. W projekcie wskazano, że wzór ten opracuje realizator na podstawie planu wystąpień na konferencji.

Diagnostyka dzieci i młodzieży w zakresie FASD

Diagnostyka dzieci i młodzieży w zakresie FASD prowadzona będzie w oparciu o międzynarodowy model diagnostyczny dr Susan J. (Astley) Hemingway, realizowana przez personel medyczny przeszkolony w zakresie ww. modelu tj. interdyscyplinarny zespół diagnostyczny, składający się z następujących specjalistów: lekarz pediatra/neurolog/specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psycholog/psychoterapeuta, fizjoterapeuta, neurologopeda, koordynator diagnozy. W ramach diagnostyki uwzględnione zostanie kompleksowe podejście, obejmujące wszystkie aspekty rozwoju dziecka: zdrowie fizyczne, funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne, językowe i ruchowe. Diagnostyka realizowana będzie 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 10-godzinnej diagnozy, rozumianych jako łączny czas pracy specjalistów zespołu diagnostycznego.

Proces diagnostyczny podzielono na cztery etapy:

Konsultacje lekarskie

Konsultacja obejmie następujące działania: 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.

Konsultacja psychologiczna

Konsultacja obejmie następujące działania: 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).

Konsultacja fizjoterapeutyczna

Konsultacja obejmie następujące działania: szczegółowy wywiad z opiekunem, ocena rozwoju motorycznego, koordynacji ruchowej, równowagi i siły mięśniowej. W ramach konsultacji neurologopedycznych zaplanowano: szczegółowy wywiad z opiekunem, ocena umiejętności w obszarze komunikacji werbalnej, ocena rozwoju językowego.

Konsultacja koordynatora diagnozy

Konsultacja obejmie następujące działania: prowadzenie nadzoru nad prawidłowością przebiegu procesu diagnostycznego danego dziecka, spójnością działań zespołu oraz prawidłowością sporządzania dokumentacji medycznej. Wskazano również na utrzymywanie kontaktu z rodziną dziecka, zebranie zgód oraz weryfikację statusu prawnego opiekuna. Zaplanowano również 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. Podkreślono również, że w razie potrzeby zaplanowano uzupełnianie wywiadu diagnostycznego. Zaplanowano sporządzanie i przekazanie opiekunom końcowego dokumentu podsumowującego wyniki diagnozy. W ramach konsylium diagnostycznych zaplanowano: 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.

Konsultacje psychoedukacyjne z zakresu wspierania dziecka z FASD

Konsultacje psychoedukacyjne kierowane do rodziców dzieci będących w trakcie diagnozy FASD realizowane będą w formie indywidualnej i będą prowadzone przez specjalistę/specjalistów wchodzących w skład zespołu interdyscyplinarnego. Mają na celu zwiększenie świadomości na temat przyczyn i objawów FASD, diagnostyki, możliwości leczenia, terapii, rehabilitacji oraz dostarczenia praktycznych wskazówek do codziennej pracy z dzieckiem. Podczas konsultacji zostaną omówione strategie wychowawcze dostosowane do specyficznych potrzeb dzieci z FASD, wsparcie w zakresie radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi i behawioralnymi dzieci oraz zostanie udzielone wsparcie emocjonalne.

Konsultacje będą realizowane z uwzględnieniem potrzeb danego opiekuna/rodzica, a decyzję o czasie trwania i liczbie konsultacji podejmować będą indywidualnie specjaliści zespołu diagnostycznego. Konsultacje obejmują badanie poziomu satysfakcji uczestnika po konsultacji. Przedstawiony wzór ankiety satysfakcji nie wzbudza uwag.

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

Spotkania realizowane będą w formie grupowej (maksymalnie 10 osób), w cyklu co najmniej 9 spotkań trwających co najmniej 3 godziny. Podkreślono, że spotkania kierowane będą do rodziców/opiekunów dzieci z diagnozą lub podejrzeniem FASD. Zaznaczono, że spotkania realizowane będą przez psychologów/psychoterapeutów. Podkreślono, że spotkania realizowane będą z założeniem wymiany doświadczeń, wzajemnego wsparcia oraz nauki skutecznych sposobów radzenia sobie z codziennymi trudnościami. Wskazano, że spotkania realizowane będą 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 obejmą 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 ostatnim dniu udzielania świadczeń rodzicom/opiekunom należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu. Należy zaznaczyć, że do przedstawionych załączników nie ma uwag.

Należy zaznaczyć, że specjalistyczna diagnoza FASD to zadanie interdyscyplinarnego zespołu współpracującego z ośrodkiem wysokospecjalistycznym, w którym istnieje możliwość przeprowadzenia diagnostyki różnicowej i funkcjonalnej. W skład zespołu mogą wchodzić m.in: pediatra, psycholog, logopeda oraz terapeuta zajęciowy, co zostało uwzględnione w projekcie programu. Odnalezione rekomendacje wskazują, że działania informacyjno-edukacyjne powinny być kierowane zarówno do kobiet w wieku reprodukcyjnym, kobiet w ciąży, jak i do populacji ogólnej, w celu zwiększenia świadomości i wiedzy nt. szkód związanych ze spożywaniem alkoholu w trakcie ciąży (oraz innych substancji psychoaktywnych).

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, deficyty rozwojowe, poznawcze lub behawioralne charakterystyczne dla FASD obejmują: zaburzenia neurokognitywne – deficyty lub rozbieżności poznawcze/rozwojowe, zaburzenia funkcji wykonawczych, opóźnienia mowy i/lub opóźnienia w funkcjonowaniu motorycznym; problemy z samoregulacją u młodszych dzieci – problemy z samospokojeniem i snem (u starszych dzieci obejmują rozregulowanie zachowania); zahamowanie umiejętności adaptacyjnych – zaburzenia umiejętności społecznych, samoopieki i codziennego funkcjonowania (PARPA 2022, AAP 2021, GNP/ÄZQ/AWMF 2013). Należy zatem zaznaczyć, że zaplanowane szkolenia dla opiekunów/wychowawców z pieczy zastępczej, rodziców adopcyjnych oraz rodziców biologicznych powinny uwzględniać także powyższe aspekty.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu.

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie wskaźników: „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” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn”. Zaplanowane w programie mierniki zostały zaprojektowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie analizy ankiet satysfakcji skierowanych do uczestników programu. Do programu dołączono wzory dwóch ankiet tj.: ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna - uczestnika programu oraz ankieta satysfakcji uczestnika konsultacji psychoedukacyjnych. Należy jednak zaznaczyć, że w treści projektu nie zaplanowano ankiety satysfakcji dla wszystkich wskazanych w projekcie interwencji skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych, specjalistów zajmujących się zawodowo problematyką FASD na terenie Wrocławia oraz pracowników podmiotów mających styczność z dziećmi z diagnozą FASD, co należałoby uzupełnić. Z kolei załączony wzór ankiety satysfakcji dla uczestnika konsultacji psychoedukacyjnych składa się jedynie z dwóch pytań.

Ewaluacja przeprowadzona zostanie 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”.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu przed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Wszystkie mierniki efektywności zostały zaprojektowane prawidłowo.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie. Odniesiono się do warunków

dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Należy jednak wskazać, że etapy w programie zostały opisane w sposób ogólny i wymagają doszczegółowienia.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz szacunkowe zestawienie kosztów programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje. Odniesiono się do kosztów działań informacyjnych o programie, kosztów monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 271 800 zł.

Jako źródło finansowania wskazano Miasto Wrocław.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) opisuje fizyczne i umysłowe wady wrodzone, będące wynikiem działania alkoholu etylowego na rozwijające się w łonie matki dziecko (tzw. prenatalna ekspozycja na alkohol, ang. prenatal alcohol exposure – PAE).

W piśmiennictwie występuje wiele zróżnicowanych jednostek diagnostycznych, które zalicza się do FASD. Są to np.:

- płodowy zespół alkoholowy (ang. fetal alcohol syndrome – FAS),
- częściowy płodowy zespół alkoholowy (ang. partial fetal alcohol syndrome – pFAS),
- zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (ang. Alcohol-related neurodevelopmental disorder – ARND),
- poalkoholowe defekty urodzeniowe (ang. alcohol-related birth defects – ARBD),
- wady wrodzone związane z prenatalnym narażeniem na alkohol.

W Polsce, zespół działający przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w ramach FASD wyróżnia:

- FAS (Q86.0 zgodnie z klasyfikacją ICD-10),
- zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (ang. neuro-developmental disorders associated with prenatal alcohol exposure – ND-PAE) (G96.8 zgodnie z ICD-10).

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2023 poz. 870 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmują świadczenia scharakteryzowane m.in. rozpoznaniem: O35.4 – opieka położnicza z powodu (podejrzewanego) uszkodzenia płodu przez alkohol, P04.3 – stan płodu i noworodka spowodowany piciem alkoholu przez matkę, Q86.0 – płodowy zespół alkoholowy (dymorficzny).

Rehabilitacja dzieci dotkniętych FAS może być prowadzona w ramach świadczenia „rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego”. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.) skierowanie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego 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.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Edukacja kobiet w wieku prokreacyjnym, w zakresie szkodliwości spożycia alkoholu w ciąży

- Do tej pory nie ustalono, czy istnieje bezpieczna dla płodu dawka alkoholu, którą może przyjąć kobieta w ciąży (AAP 2021, PARPA 2020, WFSBP/IAWMH 2019).
- Aby zmniejszyć ryzyko szkód dla nienarodzonego dziecka, kobiety w ciąży lub planujące ciążę nie powinny pić alkoholu. W przypadku kobiet karmiących piersią najbezpieczniejsza dla dziecka jest całkowita abstynencja (SoAM/CCS/UoS 2021, AAFP 2017).
- Istotnym i kluczowym rozwiązaniem pozostaje całkowite porzucenie picia alkoholu przed, w trakcie i po zakończeniu ciąży (WFSBP/IAWMH 2019).
- Przesiew w kierunku spożycia alkoholu wśród wszystkich pacjentek znajdujących się w wieku umożliwiającym zajście w ciążę, powinien załączać w sobie także element edukacyjny oparty o wytyczne w zakresie obniżenia ryzyka spożywania alkoholu podczas ciąży (BCMoh/BCCSU 2020).
- Działania informacyjno-edukacyjne powinny być kierowane zarówno do kobiet w wieku reprodukcyjnym, kobiet w ciąży, jak i do populacji ogólnej, w celu zwiększenia świadomości i wiedzy nt. szkód związanych ze spożywaniem alkoholu w trakcie ciąży (oraz innych substancji psychoaktywnych) (WFSBP/IAWMH 2019).

Diagnostyka dzieci i młodzieży w zakresie FAS/FASD

- Rozpoznanie FASD wymaga uwzględnienia oceny poniżej wymienionych cech:
 - charakterystyczny wzór cech twarzy (dysmorfia twarzy),
 - zaburzenia wzrostu,
 - zaburzenia neurorozwojowe,
 - potwierdzona lub niepotwierdzona ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym (AAP 2021, PARPA 2020, AGDoH 2020, SIGN 2019, AAFP 2017, CFASDN 2016, GNP/ÄZQ/AWMF 2013).

- Specjalistyczna diagnoza FASD to zadanie interdyscyplinarnego zespołu współpracującego z ośrodkiem wysokospecjalistycznym, w którym istnieje możliwość przeprowadzenia diagnostyki różnicowej i funkcjonalnej. W skład zespołu mogą wchodzić m.in: pediatra, psycholog, logopeda oraz terapeuta zajęciowy (PARPA 2020, AGDoH 2020, SIGN 2019, CFASDN 2016, NIAA/CIFASD/CoFASP 2016, RCoGP/RCoP 2014).
- Należy pamiętać, że zaburzenia z grupy FASD to diagnoza medyczna, a w procesie diagnostycznym operuje się terminologią specjalistyczną, która nie zawsze jest zrozumiała dla pacjentów i ich rodzin. Ważne zatem jest, aby zadbać o zrozumiałą i prostą formę przekazu. Osoba przekazująca diagnozę powinna też umożliwić pacjentowi i/lub jego rodzinie kontakt ze specjalistą w późniejszym terminie, jeśli będą mieli dodatkowe pytania lub wątpliwości (PARPA 2020).

Obserwacja zachowań społecznych dzieci połączona ze wsparciem psychologicznym dla rodzin dotkniętych problemem FAS

- Deficyty rozwojowe, poznawcze lub behawioralne charakterystyczne dla FASD obejmują:
 - zaburzenia neurokognitywne – deficyty lub rozbieżności poznawcze/rozwojowe, zaburzenia funkcji wykonawczych, opóźnienia mowy i/lub opóźnienia w funkcjonowaniu motorycznym;
 - problemy z samoregulacją u młodszych dzieci – problemy z samouspokojeniem i snem (u starszych dzieci obejmują rozregulowanie zachowania);
 - zahamowanie umiejętności adaptacyjnych – zaburzenia umiejętności społecznych, samoopieki i codziennego funkcjonowania (PARPA 2022, AAP 2021, GNP/ÄZQ/AWMF 2013).

Warsztaty edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/ opiekunów dzieci z FASD

- Plan leczenia zachowań i zaburzeń alkoholowych należy skierować do rodzin i kłaść szczególny nacisk na wczesną edukację (RCoGP/RCoP 2014).
- Stosowane u dzieci interwencje powinny być dostosowane do potrzeb jednostki: konkretne interwencje o znanej skuteczności obejmują trening przyjaźni dla dzieci z udziałem rodziców lub opiekunów (RCoGP/RCoP 2014).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

Skuteczność kliniczna krótkich interwencji alkoholowych prowadzonych wśród kobiet w ciąży

Krótkie interwencje ogółem

Metaanaliza 12 grup wykazała, że krótkie interwencje alkoholowe zwiększają o 56% szansę na zachowanie abstynencji w czasie ciąży w porównaniu do grupy kontrolnej. Jednak nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w wynikach testu AUDIT ani w średniej liczbie spożywanych napojów alkoholowych tygodniowo pomiędzy grupami interwencyjną a kontrolną.

Skuteczność kliniczna wsparcia psychologicznego i edukacji dzieci z FASD oraz ich rodziców/opiekunów prawnych

Wsparcie psychologiczne w kontekście FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) może przynosić szereg pozytywnych efektów. Interwencje domowe wzmacniają relacje rodzinne, zwiększają wiedzę o FASD i obniżają poziom stresu w rodzinie. Programy

terapeutyczne, takie jak cotygodniowe sesje kontroli poznawczej czy GoFAR, poprawiają zachowanie dzieci, uwagę, zdolności adaptacyjne i redukują frustrację. Działania ukierunkowane na rozwój funkcji behawioralnych i poznawczych, m.in. terapia domowa czy program MILE, wspierają rozwój kompetencji społecznych, komunikacyjnych i matematycznych. Interwencje społeczne (np. Children's Friendship Training) poprawiają umiejętności interpersonalne, poczucie własnej wartości oraz zmniejszają zachowania agresywne. Edukacja zdrowotna, oparta m.in. na terapii dialektycznej, zwiększa rezyliencję i samoświadomość uczniów. Skuteczne są także interwencje skierowane do rodziców – zarówno relacyjne, jak i edukacyjne – które przekładają się na redukcję problemów behawioralnych dzieci i wzrost kompetencji wychowawczych opiekunów.

Precyzja diagnostyczna badań w kierunku wykrycia osób z FAS/FASD

W diagnostyce przesiewowej FAS/FASD wykorzystuje się różne narzędzia o zróżnicowanej skuteczności. Metody oparte na analizie fotografii komputerowej mogą osiągać nawet 100% czułości i swoistości, choć w praktyce standardowe zdjęcia wykazują niższą czułość (25%). Diagnostyczne checklisty (62-elementowe) oferują wysoką czułość (78–100%) i umiarkowaną swoistość (70–85%). Narzędzie FAS screening tool, analizujące 16 cech fizycznych, charakteryzuje się bardzo wysoką skutecznością (czułość 100%, swoistość 89%). Metoda oparta na analizie ruchów gałek ocznych zapewnia umiarkowaną trafność (czułość 73–77%, swoistość 79–91%). Krótsze narzędzia, jak 36-elementowa checklista, mają niską czułość (25%) przy wysokiej swoistości (100%). Kwestionariusze ryzyka (9 pytań) osiągają umiarkowaną czułość (64%) i swoistość (77%). Narzędzia dla kuratorów młodzieży, oceniające zachowania społeczne, mają wysoką czułość (91%) i umiarkowaną swoistość (71%). Neurobehawioralne testy przesiewowe wykazują szeroki zakres trafności diagnostycznej, z czułością 63–100% i swoistością 42–100%.

Opinie ekspertów klinicznych

Eksperci, mając na uwadze aktualne dane dotyczące spożywania alkoholu przez kobiety będące w ciąży 7,1% oraz konsekwencje zdrowotne związane z wystąpieniem FASD u potomstwa, a także nadal obecny brak wystarczającej wiedzy na ten temat w społeczeństwie, ale i również wśród pracowników ochrony zdrowia, wskazują zasadność prowadzenia i finansowania programów w tym zakresie. W opiniach wskazano, że skuteczna i efektywna pomoc to przede wszystkim działania skierowane do dzieci, nastolatków oraz dorosłych biorących udział w ich rozwoju i wychowaniu. Wg ekspertów programy o kompleksowym i szerokim zakresie oddziaływań jak profilaktyka, diagnoza oraz interwencje terapeutyczne są bardzo potrzebne i powinny swoim zasięgiem obejmować cały kraj, tym bardziej, że wiedza w naszym społeczeństwie dotycząca szkodliwości spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży jest nadal niewielka.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.26.2025 „Wsparcie dzieci i młodzieży ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) oraz ich rodziców/opiekunów na terenie Wrocławia”, data ukończenia: grudzień 2025 oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 214/2025 z dnia 15 grudnia 2025 roku o projekcie programu „Wsparcie dzieci i młodzieży ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) oraz ich rodziców/opiekunów na terenie Wrocławia”.