Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami

ZAVOD REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ŠOLSTVO

Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami

Urednica: dr. Natalija Vovk - Ornik
Strokovni pregled:
dr. Darja Plavčak, Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta
dr. Mojca Lipec Stopar, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta

Strokovni pregled Izhodišč za prenovo Kriterijev za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami:
Petra Košnik, Zavod RS za šolstvo
Bojana Markelj, OŠ Stražišče pri Kranju

Jezikovni pregled: Tine Logar
Izdal in založil: Zavod RS za šolstvo
Predstavnica: Jasna Rojc

Spletna izdaja
Ljubljana, 2026

Publikacija je dostopna na povezavi:
www.zrss.si/pdf/kriteriji_za_opredelitev_vrste_in_stopnje_primanjkljajev_PP.pdf

Na podlagi 24. člena Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Ur. l. RS, št. 58/11, 40/12-ZUJIF in 90/12, 41/17-ZOPOPP, 200/20-ZOOMTVI in 12/26; v nadaljevanju ZUOPP-1) ter 12. člena Pravilnika o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (Ur. l. RS, 1833/26; v nadaljevanju pravilnik) direktorica Zavoda Republike Slovenije za šolstvo s soglasjem ministra, pristojnega za izobraževanje, izdaja Kriterije za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 304379651
ISBN 978-961-03-1546-9 (PDF)

Priznanje avtorstva-Nekomercialno-Brez predelav

KAZALO

UVODNA POJASNILA BRALCEM 4

1 IZHODIŠČA ZA PRENOVO KRITERIJEV ZA OPREDELITEV VRSTE IN STOPNJE PRIMANJKLJAJEV OVIR OZ. MOTENJ OTROK S POSEBNIMI VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNIMI POTREBAMI 6

1.1 Namen prenove 7

1.2 Cilji prenove 9

2 USMERITVE PRI PRENOVI KRITERIJEV 10

2.1 Osnovna izhodišča 10

2.2 Področja funkcioniranja otroka 11

2.3 Podporni organizacijski vidiki 14

2.4 Vstopna točka otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb pri opredelitvi primanjkljajev, ovir oz. motenj 16

3 SKUPINE OTROK S POSEBNIMI VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNIMI POTREBAMI 21

I. OTROCI Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU 22

II. SLEPI IN SLABOVIDNI OTROCI OZ. OTROCI Z OKVARO VIDNE FUNKCIJE 33

III. GLUHI IN NAGLUŠNI OTROCI 50

IV. OTROCI Z GLUHOSLEPOTO 61

V. OTROCI Z GOVORNO-JEZIKOVNIMI MOTNJAMI 72

VI. GIBALNO OVIRANI OTROCI 82

VII. DOLGOTRAJNO BOLNI OTROCI 93

VIII. OTROCI S PRIMANJKLJAJI NA POSAMEZNIH PODROČJIH UČENJA 106

IX. OTROCI S ČUSTVENIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI 123

X. OTROCI Z AVTISTIČNIMI MOTNJAMI 135

UVODNA POJASNILA BRALCEM

Dr. Natalija Vovk Ornik, Zavod RS za šolstvo

Obstoječi *Kriteriji za opredeljevanje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami* (Vovk - Ornik, 2015, v nadaljevanju: *Kriteriji*) iz leta 2015 so po enajstih letih, skladno s spremembami Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011, v nadaljevanju ZUOPP-1), doživeli določene vsebinske spremembe in dopolnitve.

Ker se kljub spremembam zakonodaje koncept usmerjanja otrok s posebnimi potrebami ni bistveno spremenil, je prenova v osnovi sledila obstoječemu konceptu. Hkrati pa je predstavljala priložnost za posodobitev posameznih vsebin na podlagi novejših strokovnih spoznanj. V ta namen smo na Zavodu RS za šolstvo oblikovali *Izhodišča za prenovo Kriterijev za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami* (2026), ki so služila kot smernice za strokovno posodobitev vsebin ob upoštevanju sodobnih strokovnih dognanj in ključnih strateških dokumentov s tega področja. Izhodišča so v celoti predstavljena tudi v uvodnem delu *Kriterijev*.
Vsebina *Kriterijev* temelji na uskladitvi strokovnih standardov za opredeljevanje vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami z mednarodnimi klasifikacijami ter na novejših spoznanjih s področja vzgoje in izobraževanja, usmerjanja otrok s posebnimi potrebami, diagnostike, rehabilitacije in inkluzije. *Kriteriji* so vsebinsko prenovljeni za vse skupine otrok s posebnimi potrebami. Dodana so tudi merila za novo, samostojno skupino otrok z gluhoslepoto. V skupino otrok z dolgotrajno boleznijo spadajo tudi otroci z diagnostično opredeljeno motnjo aktivnosti in pozornosti (ADHD), zato je v poglavju VII posebno poglavje (7b), katerega namen je opredelitev in oblikovanje strokovno utemeljenega okvira, ki omogoča zanesljivo prepoznavanje otrok z motnjo aktivnosti in pozornosti kot otrok, ki potrebujejo usmeritev v vzgojno-izobraževalni program, ustrezno pomoč in podporo.

V prenovljeni vsebini ni v ospredju zgolj opis primanjkljajev, ovir oziroma motenj, temveč tudi njihovi učinki na učenje, funkcioniranje in vključenost otroka v vzgojno-izobraževalni proces. To omogoča celostno razumevanje otrokovega funkcioniranja in njegovih potreb po dodatni podpori. Navedeno predstavlja tudi eno izmed meril, ki jih bodo upoštevali člani prvostopenjskih in drugostopenjskih komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami.

Vsebina *Kriterijev* hkrati omogoča boljše razumevanje vzgojno-izobraževalnih potreb otrok, zato je uporabna tudi za strokovne delavce na področju vzgoje in izobraževanja. Predstavlja pomemben premik od osredotočenosti na primanjkljaj, oviro oziroma motnjo k iskanju odgovora na vprašanje, kaj otrok potrebuje za optimalno funkcioniranje (pedagoški model). V ospredje je postavljeno otrokovo delovanje v vzgojno-izobraževalnem okolju ter približevanje funkcionalnemu opisu njegovih potreb in zmožnosti v šolskem in širšem okolju.[1]

[1] Košnik, P. (2026). Strokovni pregled izhodišč. Interno gradivo.

V nadaljevanju so povzeta nekatera ključna pojasnila za uporabnike in bralce:

- Ti *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami* nadomeščajo Kriterije, sprejete 30. 6. 2015, ki so bili potrjeni v soglasju s takratno ministrico za izobraževanje, znanost in šport.
- V besedilu uporabljamo izraz *otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami* za vse ravni vzgoje in izobraževanja, tako za osnovnošolsko kot srednješolsko populacijo.
- V vsebini *Kriterijev* so za vsako skupino otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami skladno z Izhodišči, posebej opredeljene:
    - vstopne točke, pri katerih se upošteva izvajanje stopenjskega modela pomoči,
    - izločitveni kriteriji za opredelitev posamezne skupine,
    - smernice za presojo smiselnosti preverjanja ustreznosti usmeritve,
    - merila za dodelitev spremljevalca oziroma spremljevalca skupine v prilagojenih programih,
    - kriteriji za spremstvo odrasle osebe na organiziranem prevozu za otroke s hudimi zdravstvenimi težavami.
- *Kriteriji* določajo tudi merila za dodelitev prilagojenega prevoza za dijake s težjo ali težko gibalno oviranostjo, če zaradi svoje oviranosti ne morejo uporabljati javnega prevoza oziroma potrebujejo prilagojen prevoz.

1 IZHODIŠČA ZA PRENOVO KRITERIJEV ZA OPREDELITEV VRSTE IN STOPNJE PRIMANJKLJAJEV OVIR OZ. MOTENJ OTROK S POSEBNIMI VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNIMI POTREBAMI

Dr. Natalija Vovk - Ornik, Dragana Žunič, Andreja Rošer Obretan, Alenka Klinc, dr. Simona Rogič Ožek, Katarina Bučar, Irena Sivka Horvat, Neža Kos, mag. Dunja Petak, Suzana Krajnc Joldić, Petra Baukman, Zavod RS za šolstvo

V zadnjem dvajsetletnem obdobju se je tako v svetu kot v Sloveniji postopoma vse bolj uveljavljal koncept inkluzivnega izobraževanja. To je temeljni pristop v vzgojno-izobraževalnem sistemu, ki v središče postavlja raznolikost učencev in ustvarja pogoje, v katerih se lahko vsak *otrok,*[2] ne glede na primanjkljaje, ovire oz. motnje, socialno-kulturno ozadje ali druge posebnosti, polno in enakovredno vključi v vzgojno-izobraževalni proces ter optimalno razvija svoje potenciale. Temelji na razumevanju, da so ovire za učenje rezultat prepleta individualnih značilnosti in dejavnikov okolja, zato so ključni cilji inkluzije zmanjševanje teh ovir, prilagajanje učnih okolij ter krepitev sodelovanja med vsemi udeleženci. Koncept je usklajen z najpomembnejšimi mednarodnimi in evropskimi dokumenti, kot so npr. *Konvencija ZN o pravicah invalidov (CRPD), UNESCO Salamanca Statement (1994) in kasnejši dokumenti, kot sta na primer Evropski okvir za kakovost inkluzivnega izobraževanja Evropske agencije za razvoj izobraževanja na področju posebnih potreb (2009)* ter *Strategija Evropske unije o pravicah invalidov 2021–2030 (2021).*

Tudi v slovenski zakonodaji je okvir inkluzivnega izobraževanja določen v številnih normativnih aktih in dokumentih, kot so *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011,* v nadaljevanju ZUOPP-1) in drugi področni zakoni s področja predšolske vzgoje, osnovne šole in srednješolskega izobraževanja, *Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja (2007), Programski dokument za razvojno načrtovanje do 2033 (2025).*

Na tem področju so bile tudi v Sloveniji izvedene številne raziskave, kot so npr. *Evalvacija različnih oblik dodatne strokovne pomoči, ki je otrokom dodeljena v skladu z Zakonom o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami* (Vršnik Perše idr., 2016), *Analiza individualiziranih programov za otroke s posebnimi potrebami v programih devetletne osnovne šole s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo* (Košnik idr., 2021), *Zagotavljanje enakih možnosti v izobraževanju za otroke in mladostnike s posebnimi* potrebami (Vovk Ornik idr., 2023), Pravične možnosti izobraževanja v Sloveniji (Cankar, Zupanc, 2020).
V Nacionalni evalvacijski študiji 2020–2022: Identifikacija težav ter dobrih praks pri vzgoji in izobraževanju otrok s posebnimi potrebami s predlogi sprememb (Ovrednotenje izbranih elementov vzgoje in izobraževanja otrok s posebnimi potrebami v okviru sistemskega pristopa) (Košak Babuder, Kavkler, Pulec Lah idr. 2023) je navedenih nekaj izzivov, vezanih na vsebino

[2] *V tem dokumentu se zaradi preglednosti in boljše berljivosti uporablja izraz otroci za označevanje otrok in mladostnikov v različnih starostnih obdobjih do obdobja odraslosti*.

Kriterijev za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami (2015), ki so jih v končnem poročilu deležniki (učitelji, vodje, starši) izpostavili kot težave v sistemu usmerjanja in obravnave otrok s posebnimi potrebami. Med ugotovitvami so omenjeni: pomanjkanje jasnih kriterijev, neenotne interpretacije kriterijev med komisijami in pomanjkljivo spremljanje otrokovega napredka v povezavi z izobrazbenimi programi. Prenova *Kriterijev* izhaja iz sodobnih spoznanj stroke in povezave s strateškimi dokumenti na tem področju.

1.1 Namen prenove

Obstoječi *Kriteriji* so bili sprejeti na podlagi 24. člena ZUOPP-1 ter tretjega odstavka 14. člena *Pravilnika o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami* (2013). Takratni direktor Zavoda RS za šolstvo je s soglasjem ministrice za izobraževanje, znanost in šport izdal *Kriterije*, ki so se začeli uporabljati osmi dan po objavi na spletni strani Zavoda RS za šolstvo, to je 7. junija 2015.

V *Kriterijih* so določena merila za naslednje skupine otrok s posebnimi potrebami:

1. otroci z motnjo v duševnem razvoju,
2. slepi in slabovidni otroci oz. otroci z okvaro vidne funkcije,
3. gluhi in naglušni otroci,
4. otroci z govorno-jezikovnimi motnjami,
5. gibalno ovirani otroci,
6. dolgotrajno bolni otroci,
7. otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja,
8. otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami ter
9. otroci z avtističnimi motnjami.

Namen aktualne prenove *Kriterijev* je uskladitev strokovnih standardov za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami[3] z mednarodnimi klasifikacijami in z novimi spoznanji s področja vzgoje in izobraževanja, usmerjanja otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami, diagnostike, rehabilitacije in inkluzije.
Cilj prenove je krepitev pomoči in podpore otrokom po stopenjskem modelu pomoči, zagotavljanje boljše preglednosti in primerljivosti meril in kriterijev za opredelitev in usmeritev posameznih skupin otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami ter izboljšanje usklajenosti delovanja komisij za usmerjanje.
Izhodišča za prenovo Kriterijev za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami (v nadaljevanju Izhodišča) predstavljajo smernice za strokovno posodobitev vsebin obstoječih Kriterijev iz leta 2015. **Namenjena so strokovnim skupinam, ki bodo pripravljale posodobitev vsebin za posamezno skupino otrok s**

[3] V skladu z novejšimi kurikularnimi dokumenti in strokovnimi izhodišči na področju vzgoje in izobraževanja bomo v nadaljevanju v besedilu uporabljali strokovni izraz *otroci s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami.*

posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami. Potreba po prenovi je utemeljena s ciljem in namenom prenove.

Kriteriji predstavljajo temeljni dokument oziroma strokovno podlago v postopku priprave strokovnega mnenja Komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (v nadaljevanju KUOPP). Na podlagi *Kriterijev* KUOPP opredeli otroka s posebnimi potrebami tako, da ga umesti v posamezno skupino otrok s posebnimi potrebami, opredeli njegove vzgojno-izobraževalne potrebe in predlaga usmeritev v ustrezen program vzgoje in izobraževanja.

V desetih letih njihove uporabe so se izkazali kot pomembno orodje za zagotavljanje transparentnosti, objektivnosti strokovnih odločitev ter spoštovanja načela enakih možnosti na področju vzgoje in izobraževanja otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami. Kljub temu so se v praksi pojavili številni izzivi, ki kažejo na potrebo po njihovi konceptualni prenovi in vsebinski posodobitvi v skladu z novejšimi kurikularnimi dokumenti in strokovnimi izhodišči, oblikovanimi in sprejetimi zlasti po letu 2020.

Iz izkušenj s področja usmerjanja otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami in neposredne uporabe *Kriterijev* (izkušnje iz prakse) ter opažanj strokovnjakov s področja vzgoje in izobraževanja in drugih področij (področja zdravstva, rehabilitacije in svetovanja) kot pomanjkljivosti obstoječih kriterijev prepoznavamo naslednje:

- **pomanjkljivo opredeljeni diagnostično-diferencialni kriteriji** pri posameznih skupinah otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami,
- pri nekaterih skupinah otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami je izpostavljena **pretežno medicinska opredelitev primanjkljaja, ovire oz. motnje, ob preskromni usmerjenosti v opredelitev funkcioniranja otroka s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami** v vzgojno-izobraževalnem procesu, šolskem in širšem okolju (**omejitve dejavnosti, sodelovanja, vključevanja, zmožnosti in močna področja,** dejavniki šolskega okolja, ki ovirajo ali olajšujejo funkcioniranje, učenje, samostojnost, idr.),
- **preskromna usmerjenost v prepoznavo otrokovih zmožnosti**, pozitivnih značilnosti (interesov, talentov) in danosti oz. močnih področij v okviru posameznih skupin otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami kot smernic za naravnanost vzgojno-izobraževalnega procesa (tudi dvojne izjemnosti),
- včasih **nejasna razmejitev ter pomanjkljivi opisi funkcionalnih razlik** med posameznimi stopnjami primanjkljaja, ovire oz. motnje (blaga, zmerna, težja),
- **šibka povezava med oceno funkcioniranja** (učno-kognitivno, telesno in gibalno, socialno-čustveno področje, področje samostojnosti in skrbi zase, zmožnosti sodelovanja in prilagoditvene spretnosti ter organizacijsko-podporni vidik) **in opredelitvijo stopenjske podpore v izobraževalnem programu pri posameznih skupinah otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami**,
- prepoznavanje in opredelitev **nove skupine otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami** v vzgojno-izobraževalnem sistemu, kot so otroci z gluhoslepoto,
- **razkorak med strokovno opredelitvijo nekaterih primanjkljajev, ovir oz. motenj** (ADHD, ADD, AM) v sistemu usmerjanja otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi

potrebami in postavljanjem diagnoz v skladu z nekaterimi **novimi smernicami** (npr. smernice Zbornice Kliničnih psihologov Slovenije, Ambulante za avtizem),

- **šibka izpostavljenost morebitnega sočasnega pojavljanja težav pri posameznih skupinah otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami**, nejasna opredelitev primarnega primanjkljaja, ovire oz. motnje in sekundarnih težav ter njihovih sovplivov na otrokovo funkcioniranje in učni napredek,
- manj jasna opredelitev **diferencialnih kriterijev za razločevanje posameznih skupin otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami ter dopustno prekrivanje** in pojavljanje nejasnost pri usmerjanju (npr. dispraksija, gibalna oviranost …),
- **neskladnost z novejšimi mednarodnimi koncepti**, kot so bio-psiho-socialni model, Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja: verzija za otroke in mladostnike (Marinček, 2008) in inkluzivna paradigma izobraževanja (UNESCO, 2020, Evropska agencija za izobraževanje oseb s posebnimi potrebami in inkluzivno izobraževanje, 2023).

Navedeni izzivi kažejo, da trenutni Kriteriji v nekaterih točkah omogočajo le delno razumevanje celostnega otrokovega delovanja v šolskem okolju ter dopuščajo možnost neenotne interpretacije pri opredeljevanju otrok s posebnimi potrebami oz. umeščanju otrok v posamezno skupino otrok s posebnimi vzgojnimi-izobraževalnimi potrebami, pri razumevanju njihovih vzgojno-izobraževalnih potreb in odločanju članov komisij v postopkih usmerjanja.

1.2 Cilji prenove

Cilj prenove je strokovno pretehtati navedena opažanja in oblikovati **še bolj transparentne, razumljive in primerljive *Kriterije***, ki bodo:

- zagotavljali jasno diagnostično-**diferencialno** presojo pri opredeljevanju posameznih skupin otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami,
- temeljili na medicinskem in funkcionalnem vidiku opredelitve posamezne skupine otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami, s poudarkom na jasnih, specifičnih opisih delovanja otrok in mladostnikov v vzgojno-izobraževalnem sistemu,
- pomenili postopen prehod in se bolj približali funkcionalnemu opisu vzgojno-izobraževalnih potreb otrok in njihovih zmožnosti v šolskem in širšem okolju,
- omogočali opredelitev vzgojno-izobraževalnih potreb in pogojev za učenje, razvoj in napredek ter bolj izpostavili zmožnosti za aktivno participacijo otrok in mladostnikov s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami v vzgojno-izobraževalnem sistemu,
- jasneje razmejili funkcionalne razlike med posameznimi stopnjami primanjkljaja, ovire oz. motnje (blaga, zmerna, težja),
- poudarili pomen **stopenjske podpore v izobraževalnem programu pri posameznih skupinah otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami in jasno mejo med otroki brez opredeljenih posebnih potreb in z njimi**,
- omogočili prepoznavo in opredelitev nove skupe otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami v vzgojno-izobraževalnem sistemu – otroci z gluhoslepoto,

- v postopku umerjanja nudili strokovni konsenz oz. strokovno utemeljeno podlago na področjih, kjer je ob aktualnih kriterijih prepoznan razkorak med strokovno opredelitvijo (ADHD, ADD, AM) v sistemu usmerjanja otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami in postavljanjem diagnoz v skladu z nekaterimi novimi smernicami (npr. smernice Zbornice Kliničnih psihologov Slovenije, Ambulante za avtizem),
- jasneje opredelili vloge in odgovornosti spremljevalcev pri posameznih skupinah otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami, ki so do pomoči spremljevalca po ZUOPP-1 upravičeni, v skladu z *Navodili za prilagojeno izvajanje izobraževalnega programa osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo* (*Košnik idr., 2025),*
- nudili smernice za odločanje KUOPP glede določanja preverjanja ustreznosti usmeritve,
- krepili povezavo med medicinskimi, psihosocialnimi in pedagoškimi vidiki opredelitve ter iz tega izhajajoče podpore v vzgojno-izobraževalnem sistemu.

2 USMERITVE PRI PRENOVI KRITERIJEV

2.1 Osnovna izhodišča

Prenova Kriterijev temelji na celostnem pristopu, ki izhaja iz sodobnih mednarodnih standardov in strokovnih usmeritev na področju inkluzivnega izobraževanja, zdravstva in socialne politike. Temeljna naloga prenove je oblikovati preglednejše *Kriterije*, naravnane na **razumevanje otrokovega funkcioniranja v kontekstu vzgojno-izobraževalnega, šolskega in socialnega okolja.** Zdravstvena diagnoza pri tem ne predstavlja končnega cilja presoje, temveč enega izmed elementov celostne opredelitve, ki vključuje tudi sistematično opazovanje in upoštevanje otrokovih zz možnosti na kognitivnem, telesno-gibalnem in socialno-čustvenem področju, doseženo stopnjo samostojnosti in skrbi zase v šolskem okolju ter sodelovanja v vzgojno-izobraževalnem sistemu. Navedena področja funkcioniranja otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu naj se opredelijo glede na njihovo relevantnost za posamezen primanjkljaj, oviro oz. motnjo. Poudarjen naj bo opis učinka primanjkljaja, ovire oz. motnje na učenje in funkcioniranje otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu in šolskem okolju, ki zajema konkretne pedagoške posledice na zgoraj navedenih področij funkcioniranja. Poleg pedagoških posledic je treba izpostaviti tudi močna področja ter zmožnosti za aktivno sodelovanje otrok v vzgojno-izobraževalnem sistemu.

Pri opredeljevanju opisa učinka primanjkljaja, ovire oziroma motnje ter področji zmožnosti naj bo temeljno vodilo presoja v odnosu do zahtev učnega, šolskega in socialnega okolja, ob hkratnem upoštevanju potrebnih prilagoditev ter oblik podpore in pomoči (podporni in organizacijski vidiki).

Tak pristop razširja strokovno razumevanje primanjkljaja, ovire oz. motnje in omogoča prehod od vprašanja *»Kaj je otroku?«* k vprašanju *»Kako otrok deluje in kaj potrebuje za uspešno (so)delovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu?«.*

2.2 Področja funkcioniranja otroka

Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj naj temeljijo na celostni (globalni) oceni otrokovega funkcioniranja v šolskem kontekstu. V ospredju naj ne bo zgolj opis primanjkljaja, ovire oz. motnje temveč učinki teh na učenje, funkcioniranje in vključenost otroka v vzgojno-izobraževalni proces.

Primanjkljaj, ovira oz. motnja naj se presoja v odnosu do **petih področij: kognitivno, telesno področje in gibalne zmožnosti, socialno-čustveno področje, področje samostojnosti in skrbi zase, zmožnosti sodelovanja in prilagoditvene spretnosti**, ki skupaj omogočajo celostno razumevanje otrokovega funkcioniranja in potreb po dodatni podpori. Izjemoma je pri skupini otrok z gluhoslepoto dodano še področje komunikacije, sporazumevalnih zmožnosti in jezika gluhoslepih, saj gre za zelo specifično področje funkcioniranja, ki je značilno za to skupino otrok s posebnimi potrebami.

2.2.1 Kognitivno področje

Na kognitivnem področju opredelitev značilnosti primanjkljajev, ovir oziroma motenj zajema presojo kognitivnih in metakognitivnih vidikov učenja ter učnega napredka otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu.

Opredelitev vzgojno-izobraževalnih potreb otroka na tem področju naj vključuje presojo, opredelitev in opis značilnosti kognitivnih funkcij in procesov, metakognitivnih zmožnosti ter motivacijskih vidikov učenja pri posameznem primanjkljaju, oviri oziroma motnji, npr.:

- kognitivne zmožnosti (razumevanje, sklepanje, abstraktno mišljenje),
- pozornost (usmerjanje, vzdrževanje in prehodi med dejavnostmi),
- pomnjenje in delovni spomin,
- izvršilne funkcije (načrtovanje, organizacija, samoregulacija),
- hitrost obdelave informacij,
- fonološko zavedanje in jezikovne podlage učenja,
- učna motivacija in vztrajnost pri kognitivnih nalogah

ter njihovih funkcionalnih izidov v vzgojno-izobraževalnem procesu oz. njihovih učinkov ali vplivov na učenje in učni napredek otroka, kjer je to smiselno, npr.:

- počasnejši tempo dela in učenja,
- hitrejša mentalna utrudljivost,
- slabša organizacija in samostojnost pri učenju,
- oteženo usvajanje, razumevanje, avtomatizacija in generalizacija znanja in veščin,
- nižja učna učinkovitost kljub vloženemu trudu,
- slabše razumevanje učnih vsebin,
- pogostejše prekinitve učenja ali odsotnosti od pouka idr.

2.2.2 Telesno in senzorno področje ter področje gibalnih zmožnosti

Na telesnem, senzornem področju in področju gibalnih zmožnosti opredelitev značilnosti primanjkljajev, ovir oziroma motenj zajema presojo morebitnih telesnih in senzoričnih okvar, bolezni ter gibalnih omejitev, ki vplivajo na otrokovo funkcioniranje v vzgojno-izobraževalnem procesu.

Opredelitev vzgojno-izobraževalnih potreb otroka na tem področju naj vključuje presojo, opredelitev in opis značilnosti telesnega razvoja ter gibalnih zmožnosti pri posameznem primanjkljaju, oviri oziroma motnji, npr. prisotnost:

- okvare čutil in stopnja izraznosti okvare,
- gibalne oviranosti in stopnja gibalnih funkcij,
- kroničnih bolezni in z njimi povezane zmanjšane zmožnosti,
- težav v koordinaciji gibov, pri ravnotežju, zmanjšana gibalna natančnost,
- težav pri izvajanju grobih in finomotoričnih gibalnih dejavnosti
- težav na področju grafomotorike,
- zaznavnih posebnosti (npr. senzorna preobčutljivosti),
- nižje energetske opremljenosti in fizične vzdržljivosti idr.

ter njihovih funkcionalnih izidov v vzgojno-izobraževalnem procesu oz. njihovih učinkov ali vplivov na otrokovo gibanje, motorično izvedbo nalog in sodelovanje pri učnih dejavnostih, kjer je to smiselno, npr.:

- omejitve pri gibanju, športnih dejavnostih in praktičnem pouku,
- povečana fizična utrudljivost in potreba po pogostejših odmorih,
- upočasnjen tempo gibanja ali izvajanja (gibalnih, praktičnih) dejavnosti,
- slabše telesno počutje,
- omejitve pri orientaciji v prostoru in samostojnem gibanju,
- težave na področju fine motorike,
- težave pri razvoju in izvedbi zmožnosti pisanja,
- motorični nemir in povečana potreba po gibanju.

2.2.3 Socialno-čustveno področje

Na socialno-čustvenem področju opredelitev značilnosti primanjkljajev, ovir oziroma motenj zajema presojo otrokovega socialnega funkcioniranja, čustvenega razvoja in vedenjskih odzivov v vzgojno-izobraževalnem procesu in šolskem okolju na splošno.

Opredelitev vzgojno-izobraževalnih potreb otroka na tem področju naj vključuje presojo, opredelitev in opis značilnosti otrokovega socialnega funkcioniranja, čustvenega razvoja in vedenja, kot so npr.:

- socialne komunikacije (verbalna in neverbalna komunikacija, socialno-čustvene izmenjave),
- razumevanje socialnih pravil, vlog in pričakovanj,
- vzpostavljanje, vzdrževanje in razvijanje socialnih odnosov,
- čustveno doživljanje, izražanje in uravnavanje čustev,
- čustveno odzivanje na neuspeh,
- samopodoba, občutek varnosti in pripadnosti,
- odzivanje na stres, frustracije in spremembe,
- vedenjski odzivi in vedenjska samoregulacija idr.

ter njihovih funkcionalnih izidov v vzgojno-izobraževalnem procesu oz. njihovih učinkov ali vplivov na funkcioniranje otroka na socialno-čustvenem področju, kjer je to smiselno, npr.:

- slabša samopodoba,

- težave na področju socialne komunikacije,
- težave pri razumevanju, vzpostavljanju in vzdrževanju odnosov,
- težave pri vključevanju in sodelovanju v šolskem okolju,
- tveganje za socialno izolacijo ali izključenost,
- slabše počutje in čustvene stiske,
- težave pri uravnavanju čustev,
- težje prilagajanje na zahteve šolskega okolja,
- neustrezni vedenjski odzivi.

2.2.4 Področje samostojnosti in skrbi zase v šolskem okolju

Na področju samostojnosti in skrbi zase opredelitev značilnosti primanjkljajev, ovir oziroma motenj zajema presojo otrokove zmožnosti samostojnega delovanja, organizacije in izvajanja vsakodnevnih dejavnosti ter skrbi za lastne potrebe v okviru vzgojno-izobraževalnega procesa in šolskega okolja.

Opredelitev vzgojno-izobraževalnih potreb otroka tem področju naj vključuje presojo, opredelitev in opis na področju samostojnosti, organizacijskih spretnosti, orientacije ter skrbi zase pri posameznem primanjkljaju, oviri oziroma motnji, npr.:

- samostojnost pri šolskih in vsakodnevnih opravilih (priprava na pouk, uporaba učnih gradiv in pripomočkov),
- organizacija dela, časa in dejavnosti,
- zmožnost samostojne uporabe pripomočkov ter podporne tehnologije,
- orientacija in samostojno gibanje v šolskem prostoru,
- skrb za lastne potrebe tekom šolskega dne (pouk, odmori, dnevi dejavnosti, interesne dejavnosti idr.)

ter njihovih funkcionalnih izidov v vzgojno-izobraževalnem procesu oziroma njihovih učinkov ali vplivov na samostojnost, vključenost in sodelovanje otroka v šolskem okolju, kjer je to smiselno, npr.:

- zmanjšana samostojnost pri šolskih in vsakodnevnih opravilih,
- težave pri organizaciji in načrtovanju dejavnosti,
- večja odvisnost od pomoči odraslih ali vrstnikov,
- težave pri orientaciji in samostojnem gibanju v šolskem prostoru,
- težave pri upoštevanju časovne strukture in dnevne rutine,
- težave pri skrbi za lastne potrebe v okviru šolskega dne,
- hitrejša utrudljivost ali zmanjšana vzdržljivost pri samostojnem delovanju idr.

2.2.5 Zmožnosti sodelovanja, participacije in prilagajanja zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja

Na področju zmožnosti sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti opredelitev značilnosti primanjkljajev, ovir oziroma motenj zajema presojo otrokove zmožnosti vključevanja, sodelovanja in vztrajanja v vzgojno-izobraževalnih dejavnostih ter njegovega prilagajanja zahtevam učnega in socialnega okolja glede na raven adaptivnega vedenja in prilagoditvenih spretnosti.

Opredelitev vzgojno-izobraževalnih potreb otroka na tem področju naj temelji na opredelitvi in opisu značilnosti sodelovalnih zmožnosti, prilagoditvenih spretnosti ter ravni adaptivnega vedenja pri posameznem primanjkljaju, oviri oziroma motnji, npr.:

- zmožnost aktivnega vključevanja v učne in obšolske dejavnosti,
- razumevanje pravil, vlog in pričakovanj v učnem in socialnem okolju,
- vztrajnost pri nalogah in dejavnostih,
- sledenje navodilom in sodelovanje pri strukturiranih dejavnostih,
- prilagajanje spremembam, prehodom in novim situacijam,
- zmožnost samostojnega sodelovanja glede na raven adaptivnega vedenja,
- stopnja odvisnosti od podpore odraslih ali vrstnikov pri vključevanju v dejavnosti idr.

ter njihovih funkcionalnih izidov v vzgojno-izobraževalnem procesu oz. njihovih učinkov ali vplivov na otrokovo aktivno sodelovanje in vključenost v vzgojno-izobraževalni proces in šolsko okolje, kjer je to smiselno, npr.:

- omejena zmožnost aktivnega sodelovanja pri pouku in drugih dejavnostih,
- težave pri razumevanju in upoštevanju pravil in dnevne rutine,
- zmanjšana vztrajnost in hitro opuščanje dejavnosti,
- težave pri sodelovanju v skupinskih in strukturiranih dejavnostih,
- težje prilagajanje nenapovedanim spremembam dejavnosti ali prehodom med učnimi dejavnostmi,
- manjša stopnja samostojne participacije glede na starost in razvojno raven idr.

2.3 Podporni in organizacijski vidiki

Opredelitvi in opisu značilnosti posameznega primanjkljaja, ovire oziroma motnje ter njihovih funkcionalnih izidov oz. učinkov na zgoraj navedenih petih področjih funkcioniranja otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu in šolskem okolju naj sledi usmeritev k potrebi po ustrezni podpori otroku s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami v učnem procesu in šolskem okolju.

Nakazuje naj se potreba po podpori na navedenih posameznih področjih funkcioniranja otroka s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami. Strokovne skupine naj bodo naravnane na premislek o podpornih in organizacijskih vidikih, ki vključuje oceno in presojo ovirajočih in olajševalnih dejavnikov fizičnega, didaktičnega in socialno-učnega okolja ter organizacijskih dejavnikov, ki vplivajo na otrokovo funkcioniranje, njegovo samostojnost v vzgojno-izobraževalnem procesu in potrebo po strokovni podpori glede na relevantnost za posamezni primanjkljaj, oviro oz. motnjo.

Na <u>kognitivnem področju</u> lahko podpora otroku med drugim zajema npr.:

- podporo pri razvoju metakognitivnih strategij in samoregulacije učenja,
- podporo pri spodbujanju in krepitvi učne motivacije ter vztrajnosti,
- podporo pri razumevanju in usvajanju učnih vsebin,
- podporo pri izkazovanju znanja in dosežkov,

• podporo pri obvladovanju tempa dela ter obsega in zahtevnosti učnih nalog,
• zagotavljanje ustreznih didaktičnih in organizacijskih prilagoditev idr.

Na **telesnem in senzornem področju ter področju gibalnih zmožnosti** lahko podpora otroku med drugim zajema npr.:
• podporo pri razvoju in ohranjanju gibalnih ter motoričnih zmožnosti,
• zagotavljanje ustreznih tehničnih in medicinskih pripomočkov, podporne in pomožne tehnologije,
• podporo pri vključevanju, sodelovanju in izvajanju gibalnih dejavnosti (npr. pri športu in praktičnih dejavnostih),
• podporo pri samostojnem in varnem gibanju po šolskih prostorih,
• zagotavljanje varnega, fizično dostopnega in prilagojenega šolskega okolja idr.

Na **socialno-čustvenem področju** lahko podpora otroku med drugim zajema npr.:
• podporo pri razvoju pozitivnega odnosa do sebe ter krepitvi samopodobe,
• podporo pri razvoju socialnih in komunikacijskih spretnosti (verbalna in neverbalna komunikacija, socialno-čustvene izmenjave),
• podporo pri uravnavanju čustev in vedenja,
• zagotavljanje podpore pri krepitvi občutka varnosti, sprejetosti in pripadnosti v šolskem okolju,
• podporo pri vzpostavljanju, razvijanju in vzdrževanju socialnih interakcij na ustrezen in družbeno sprejemljiv način (razumevanje, vzpostavljanje in ohranjanje odnosov, vključevanje in delovanje v skupini),
• podporo pri oblikovanju ustreznih vedenjskih vzorcev in uravnavanju vedenja idr.

Na področju samostojnosti in skrbi zase v šolskem okolju lahko podpora otroku med drugim zajema npr.:
• podporo pri razvijanju in krepitvi samostojnosti pri šolskih in vsakodnevnih opravilih,
• podporo pri organizaciji dela, časa in dejavnosti,
• podporo pri samostojni uporabi pripomočkov ter podporne tehnologije,
• zagotavljanje podpore pri orientaciji ter varnem in samostojnem gibanju v šolskem okolju,
• podporo pri vzpostavljanju in vzdrževanju dnevnih rutin in strukture,
• zagotavljanje podpore pri skrbi za lastne potrebe in osebno dobrobit v vzgojno-izobraževalnem procesu idr.

Na področju zmožnosti sodelovanja in participacije in prilagajanja zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja lahko podpora otroku med drugim zajema npr.:
• podporo pri razvijanju in krepitvi prilagoditvenih spretnosti za sodelovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu in šolskem okolju,
• podporo pri zagotavljanju večje doslednosti in predvidljivosti v vzgojno-izobraževalnem procesu,
• podporo pri postopnem razvijanju samostojnega sodelovanja in vztrajnosti pri dejavnostih,

• spodbujanje aktivne participacije v skupini in pri individualnih dejavnostih,
• zagotavljanje ustrezne podpore glede na raven adaptivnega vedenja otroka idr.

Operacionalizacijo oz. načrtovanje, izvedbo in evalvacijo oblik podpore ter smiselnih in učinkovitih prilagoditev v posameznem izobraževalnem programu **natančneje določajo veljavni kurikularni dokumenti in strokovne smernice s področja izobraževanja otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami**, zato se te v *Kriterijih* podrobneje ne opredeljujejo.

Vsebina kriterijev za posamezno skupino otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami naj bo naravnana k premisleku o potrebni podpori otroku, kljub temu da ta ni ključni dokument za obsežnejšo in podrobnejšo določitev konkretnejših oblik podpore in pomoči otroku (kot je to npr. strokovno mnenje, na sistemski ravni pa veljavni kurikularni dokumenti in strokovne smernice).

2.4 Vstopna točka pri opredelitvi primanjkljajev, ovir oz. motenj in otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb

Pri opredelitvi otrokovih primanjkljajev, ovir oz. motenj in vzgojno-izobraževalnih potreb je nujen razmislek glede stopnje izraženosti otrokovih težav. Vstopna točka pomeni strokovno presojo razmerja med težavami, otrokovim funkcioniranjem, že izvedeno podporo, odzivom otroka na podporo in zahtevami programa. Zato naj strokovna skupina uporabi enotno shemo ter pripravi vsebino kriterijev za posamezno skupino otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami, ki omogoča bolj enotno strokovno presojo, kdaj otrokove težave in potrebe še spadajo v okvir predhodnih oblik pomoči in kdaj utemeljujejo opredelitev posebnih vzgojno-izobraževalnih potreb ter usmeritev.

- **Pri blagi stopnji izraženosti težav** otrok potrebuje poleg inkluzivne poučevalne prakse še pomoč in podporo v okviru začetnih korakov pomoči. V tem primeru se otrok ne usmeri.
- **Pri zmerni stopnji izraženosti težav** so občasno potrebne obsežnejše prilagoditve pri pouku ter obsežnejša dodatna strokovna pomoč. V tem primeru bo odločitev o usmeritvi odvisna od obsega in trajanja težav, vpliva na otrokovo funkcioniranje, učinkovitost že izvedenih oblik pomoči ter potrebe po dodatni strokovni podpori.
- **Pri težji/težki stopnji izraženosti težav** otrok praviloma potrebuje obsežno prilagojeno izvajanje izobraževalnega programa ali prilagojen izobraževalni program, obsežno in v večinskem deležu individualizirano strokovno podporo in sodelovanje več strokovnjakov. V tem primeru otroci potrebujejo usmeritev.

2.5 Struktura vsebine

Pri oblikovanju vsebin za posamezno skupino otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami je treba izhajati iz Izhodišč, jih v vseh točkah upoštevati ter slediti enotnemu pristopu.

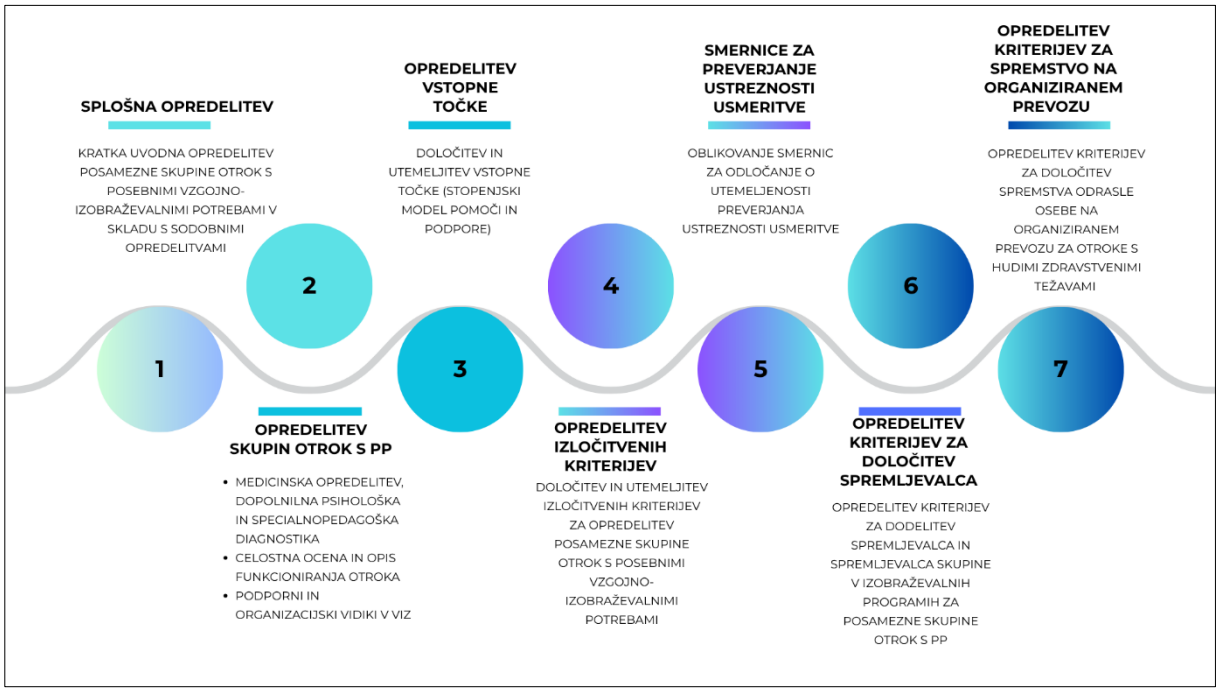
Poglavja za posamezne skupine otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami naj bodo oblikovana po enotni strukturi:

1 Splošna opredelitev posamezne skupine otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami v skladu z aktualnimi strokovnimi viri in smernicami
2 Opredelitev posamezne skupine:
    2.1 Strokovna opredelitev posamezne skupine, ki glede na naravo primanjkljaja, ovire oz. motnje vključuje medicinsko, psihološko, specialnopedagoško, socialnopedagoško in logopedsko oz. drugo relevantno strokovno presojo
    2.2 Opredelitev funkcioniranja otroka v okviru petih področij (kognitivno, telesno, senzorno in gibalno, socialno-čustveno področje, področje samostojnosti in skrbi zase v šolskem okolju ter zmožnosti sodelovanja in prilagoditvene spretnosti)
    2.3 Okvirna opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov v vzgojno-izobraževalnem procesu
3 Določitev in utemeljitev vstopne točke (stopenjski model pomoči)
4 Pojasnitev izločitvenih kriterijev
5 Smernice za odločanje glede preverjanja ustreznosti usmeritve

Opredelitev dodatnih podpornoorganizacijskih kriterijev, kadar je to potrebno:

6 Kriteriji za določitev spremljevalca v izobraževalnem programu s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo in spremljevalca skupine v prilagojenih programih za težje in težko gibalno ovirane otroke, slepe in slabovidne otroke oz. otroke z okvaro vidne funkcije, otroke z gluhoslepoto, dolgotrajno bolne otroke, otroke z AM-motnjami, otroke s čustvenimi in vedenjskimi motnjami
7 Opredelitev spremstva odrasle osebe na organiziranem prevozu (kriteriji za določitev spremljevalca na prevozu za otroke s hudimi zdravstvenimi težavami)
8 Opredelitev kriterijev za dodelitev prilagojenega prevoza za dijake s težjo ali težko gibalno oviranostjo, če zaradi svoje oviranosti ne morejo uporabljati javnega prevoza oziroma potrebujejo prilagojen prevoz

Shema 1 ponazarja zaporedje zgoraj navedenih korakov v procesu prenove kriterijev za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj ter oblikovanja vsebine kriterijev.



Shema 1. *Zaporedje korakov pri oblikovanju Kriterijev za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir in motenj otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami. Opomba: Oblikovano s programom Canva Pro (5. februar 2026).*

Viri in literatura

Cankar, G., Zupanc, D. (2020). Pravične možnosti izobraževanja v Sloveniji: populacijska raziskava o učencih s posebnimi potrebami, priseljencih in njihovim socialno-ekonomskim statusom v povezavi z dosežki v šoli. Državni izpitni center. https://www.ric.si/ric/knjiznica/

Evropska agencija za izobraževanje oseb s posebnimi potrebami in inkluzivno izobraževanje (2009). *Ključna načela za spodbujanje kakovosti inkluzivnega izobraževanja – priporočila načrtovalcem politik*. *Odense, Danska.* https://www.european-agency.org/sites/default/files/key-principles-for-promoting-quality-in-inclusive-education_key-principles-SL.pdf

Košak Babuder, M., Kavkler, M., Pulec Lah, S., Vrhovski Mohorič, M., Zorc-Maver, D., Pavlič, M., Vogrinc, J., Vršnik Perše, T., Licardo, M. (2023). Nacionalna evalvacijska študija 2020–2022: Identifikacija težav ter dobrih praks pri vzgoji in izobraževanju otrok s posebnimi potrebami s predlogi sprememb: ovrednotenje izbranih elementov vzgoje in izobraževanja otrok s posebnimi potrebami v okviru sistemskega pristopa : končno poročilo. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MVI/Dokumenti/Razvoj-solstva/Ugotavljanje-in-zagotavljanje-kakovosti/Nacionalne-evalvacijske-

studije/Identifikacija-tezav-ter-dobrih-praks-pri-VI-OPP_Zakljucno-vsebinsko-porocilo.pdf

Košnik, P. (ur.) (2025). Navodila za prilagojeno izvajanje izobraževalnega programa osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo za delo z učenci s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami. Zavod RS za šolstvo. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MVI/Dokumenti/Izobrazevanje-otrok-s-posebnimi-potrebami/OS/Navodila-za-prilagojeno-izvajanje-izobrazevalnega-programa-osnovne-sole-z-DSP-2025.pdf

Marinček, Č. (ur.) (2008). *Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja: MKF-OM: verzija za otroke in mladostnike.* Ministrstvo za zdravje: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b1a405ff-3201-4704-9680-d71e472c1c78/content

Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje *(2025). Programski dokument za razvojno načrtovanje do 2033. Dokument je v vsebinskem delu v celoti pripravila delovna skupina za pripravo nacionalnega programa vzgoje in izobraževanja 2023–2033.* *https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.gov.si/assets/ministrstva/MVI/Dokumenti/Razvoj-solstva/DS-NPVI/Nacionalni-program/RPVI_V2_15_07_2024.docx&ved=2ahUKEwij9oysvYaVAxUczgIHHf19PWsQFnoECCIQAQ&usg=AOvVaw1kzActrw7qZ_IJOCtByWih*

Sporočilo komisije evropskemu parlamentu, svetu in evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in odboru regij. Unija enakosti: strategija o pravicah invalidov za obdobje 2021–2030 (2021). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0101

UNESCO (1994). *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427

UNESCO (2020). Inclusion and Education, All means all. https://www.unesco.org/gem-report/en/publication/inclusion-and-education

Vovk - Ornik, N. (ur) (2015). Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. Zavod RS za šolstvo. *https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf*

Vovk - Ornik, N., Deutsch, T., Košnik, P., Plavčak, D., Rogelj, S. (2023). Zagotavljanje enakih možnosti v izobraževanju za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami. Poročilo o raziskavi. Zavod RS za šolstvo. https://www.zrss.si/wp-content/uploads/2023/05/zagotavljanje_enakih_moznosti_PP.pdf

Vršnik Perše, T., Schmidt, M., Košir, K., Hmelak, M., Bratina, T., Licardo, M., Kalan, M., Lorbek, T. (2016). *Evalvacija različnih oblik dodatne strokovne* pomoči, ki je otrokom dodeljena v skladu z Zakonom o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami. Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta, RS MIZŠ, Pedagoški inštitut. http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/razvoj_solstva/evalvacija/2017/Por_evalv_sp_ZUOPP_FINAL_170425.pdf

Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja (ZOFVI) (2007). *Uradni list RS, št. 16/07 – uradno prečiščeno besedilo, 36/08, 58/09, 64/09 – popr., 65/09 – popr., 20/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 47/15, 46/16, 49/16 – popr., 25/17 – ZVaj, 123/21, 172/21, 207/21, 105/22 – ZZNŠPP, 141/22, 158/22 – ZDoh-2AA in 71/23*. http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO445

Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (MKPI) (2008). Uradni list RS, št. 37/2008. https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/86045

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011). Uradni list RS, št. 58/11, 40/12 – ZUJF, 90/12, 41/17 – ZOPOPP in 200/20 – ZOOMTVI, ZUOPP-1. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5896

3 SKUPINE OTROK S POSEBNIMI VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNIMI POTREBAMI

V nadaljevanju so v posameznih poglavjih opisani merila in kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami za posamezno skupino otrok, in sicer:

I. **OTROCI Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU,**
II. **SLEPI IN SLABOVIDNI OTROCI OZ. OTROCI Z OKVARO VIDNE FUNKCIJE,**
III. **GLUHI IN NAGLUŠNI OTROCI,**
IV. **OTROCI Z GLUHOSLEPOTO,**
V. **OTROCI Z GOVORNO-JEZIKOVNIMI MOTNJAMI,**
VI. **GIBALNO OVIRANI OTROCI,**
VII. **DOLGOTRAJNO BOLNI OTROCI,**
VIII. **OTROCI S PRIMANJKLJAJI NA POSAMEZNIH PODROČJIH UČENJA,**
IX. **OTROCI S ČUSTVENIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI TER**
X. **OTROCI Z AVTISTIČNIMI MOTNJAMI.**

Pri poimenovanju posameznih skupin otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami uporabljamo izraze za skupine, kot jih navaja ZUOPP-1 (2011), hkrati pa se v strokovni rabi uveljavljajo tudi sodobnejša poimenovanja. Pri oblikovanju vsebin *Kriterijev* so člani delovnih skupin v nekaterih primerih opozorili na potrebo po terminološki posodobitvi poimenovanj ter poenotenju strokovne rabe. V strokovnem smislu so potrebna sodobnejša poimenovanja. Terminologija v slovenskem prostoru **še ni povsem poenotena**, zato se v strokovni rabi še vedno pojavljajo različne, delno sopomenske jezikovne rešitve.

Pri poimenovanju velja posebej izpostaviti skupino **otrok z motnjami v duševnem razvoju,** skupino **gibalno oviranih otrok** ter **skupino slepih in slabovidnih otrok oziroma otrok z okvaro vidne funkcije**. Pri slednjih se uveljavlja strokovno sodobnejši izraz *otroci s cerebralno okvaro vida*.

I. OTROCI Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU

Neža Kos, Katarina Bučar, Zavod RS za šolstvo
Dr. Nika Jenko, Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani
Lea Majcen Bratuša, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Zdravstveni dom Ormož
Mag. Andreja Četina, Center Janeza Levca Ljubljana
Vojka Lipovšek Polc, Center za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič, Draga, Ig
Eva Brecelj, Zdravstveni dom Nova Gorica

1. SPLOŠNA OPREDELITEV SKUPINE OTROK Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU

Motnja v duševnem razvoju[4] je skupina etiološko raznolikih razvojno-nevroloških stanj, ki nastanejo v razvojnem obdobju, in za katero so značilne **pomembne omejitve** na **intelektualnem področju** ter **omejitve** na področju **prilagoditvenih spretnosti** (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], n. d.; American Psychiatric Association [APA], 2013; World Health Organization, n. d.).

Pri otrocih z motnjami v duševnem razvoju prepoznavamo pomembno znižano intelektualno funkcioniranje, ki se lahko kaže na področju sklepanja, delovnega spomina, hitrosti procesiranja informacij in besednega razumevanja. Hkrati so prisotne pomembne omejitve prilagoditvenega funkcioniranja, ki se presojajo na konceptualnem, socialnem in praktičnem področju z uporabo ustrezno normiranih standardiziranih preizkusov oziroma lestvic ter strokovne presoje otrokovega delovanja v vsakodnevnem in vzgojno-izobraževalnem okolju. Pri standardiziranih merah se kot orientacijsko merilo pomembnega odstopanja upoštevajo rezultati približno dva standardna odklona ali več pod povprečjem (APA, 2013; AAIDD, n. d.).

Opredelitev intelektualne manjzmožnosti temelji na uporabi ustrezno normiranih in standardiziranih preizkusov za oceno intelektualnega funkcioniranja kot tudi oceno prilagoditvenih spretnosti ter strokovni presoji, temelječi na celostni oceni primerljivih vedenjskih kazalnikov (Kodrič, 2010; AAIDD, n. d.).

Pri presojanju je treba otrokove omejitve v trenutnem delovanju upoštevati v okviru okolja, značilnega za njegovo starost, vrstnike in kulturo. Veljavna ocena mora upoštevati kulturno in jezikovno raznolikost ter različne dejavnike sporazumevanja, zaznavanja, gibanja in vedenja (AAIDD, n. d.; Moravec Berger idr., 2006).

[4] V nadaljevanju besedila se poleg izraza »motnja v duševnem razvoju« pri opisih značilnosti te skupine otrok uporablja tudi izraz »intelektualna manjzmožnost«. Glede na to, da postopek usmerjanja otrok s posebnimi potrebami poteka v okviru veljavne zakonodaje, se pri opredeljevanju skupine ohranja poimenovanje »otroci z motnjami v duševnem razvoju«.

Pri tem se intelektualna manjzmožnost ne pojavlja nujno izolirano, temveč se lahko pojavlja v sosledju s pridruženimi razvojnonevrološkimi motnjami (Carr, 2025).

Na temelju opravljene celostne ocene tako prepoznamo intelektualno manjzmožnost (APA, 2013; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023): lažje, zmerne, težje in težke stopnje.

Na podlagi ugotovljenih odstopanj v intelektualnem in prilagoditvenem funkcioniranju se določi **raven potrebne podpore** otroku z motnjo v duševnem razvoju, ki je lahko:

- **občasna** (v primerih, ko je podpora potrebna; npr. ob razvojnih prehodih, boleznih ipd.),
- **omejena** (omejena na določeno časovno obdobje; npr. ob usposabljanju za poklic),
- **obsežna** (stalna, dolgotrajna podpora v nekaterih okoljih; npr. doma, v šoli ...),
- **stalna** (stalna, vseobsegajoča in intenzivna podpora v vseh okoljih) (AAIDD, 2021a, 2021b).

2. KRITERIJI ZA OPREDELITEV MOTNJE V DUŠEVNEM RAZVOJU

Pri opredeljevanju v skupino otrok z motnjami v duševnem razvoju po danem kriteriju naj komisija upošteva naslednje:

- **oceno otrokovega funkcioniranja**, ki vključuje presojo **splošnega intelektualnega funkcioniranja in prilagoditvenih spretnosti**, kar temelji na poročilu o opravljenem kliničnopsihološkem oziroma psihološkem pregledu.
  Ključno je, da dokumentacija vsebuje ustrezno strokovno poročilo z jasno opredelitvijo ravni intelektualnega funkcioniranja otroka oziroma drugo relevantno medicinsko dokumentacijo, ki to raven določa. Dokumentacija naj vsebuje poleg prepoznanih šibkosti tudi močna področja otroka;

- **opis funkcioniranja otroka v vzgojno-izobraževalnem okolju** ter potrebne podporne in organizacijske vidike v vzgojno-izobraževalnem procesu;

- **celostno in diferencialno strokovno presojo** (presoditi tudi druge možne razlage otrokovega funkcioniranja).

V nadaljevanju so opisane značilnosti funkcioniranja otrok z motnjami v duševnem razvoju v vzgojno-izobraževalnem kontekstu in širše. Opisi so porazdeljeni glede na stopnjo intelektualne manjzmožnosti. Pri tem so posebej izpostavljeni tudi predvideni podporni in organizacijski vidiki, potrebni za ustrezno vključevanje te skupine otrok v vzgojno-izobraževalni proces.

I. a OTROCI Z LAŽJO MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU

Opis funkcioniranja otroka

Otroci počasneje razvijajo ključne **akademske veščine** (branje, pisanje, računanje). Ob ustrezni podpori lahko številni otroci razvijejo funkcionalne bralne, pisne in računske spretnosti. Imajo omejene zmožnosti abstraktnega mišljenja, načrtovanja in organizacije nalog. Učenje poteka počasneje in temelji predvsem na konkretnih izkušnjah, ponavljanju ter strukturiranem pristopu ob stalni podpori in nazornih ponazorilih. Pri predšolskih otrocih so razlike na konceptualnem področju manj izrazite, z odraščanjem postanejo težave opaznejše, predvsem pri zahtevnejših miselnih procesih (ti potekajo na bolj konkretni ravni). Na **socialnem področju** so ti otroci v primerjavi z vrstniki manj zreli, uporabljajo preprostejši jezik, imajo težave z razumevanjem socialnih situacij in pravil ter z ustreznim odzivanjem v teh situacijah. V **vsakdanjem življenju samostojno** opravijo osnovne aktivnosti (npr. osebna higiena, prehrana, oblačenje ipd.), težave imajo z organizacijo in izvedbo zahtevnejših, večstopenjskih nalog (npr. pri nakupovanju, pripravi obrokov, uporabi javnega prevoza, upravljanju z denarjem ipd.). V **učnem okolju se težave otrok kažejo** kot omejena zmožnost aktivnega sodelovanja pri pouku, težave s sledenjem navodilom, zmanjšana vztrajnost pri nalogah ter težje prilagajanje spremembam in prehodom med dejavnostmi. Na **gibalnem področju** se lahko pojavljajo odstopanja v koordinaciji, ravnotežju in načrtovanju gibanja, kar lahko vpliva tudi na izvedbo šolskih dejavnosti, čeprav so lahko ti otroci na posameznih področjih (npr. likovno, glasbeno, gibalno) uspešnejši kot na drugih. Ob individualnem pristopu ter prilagoditvah vsebine, metod in organizacije učnega procesa lahko pridobijo funkcionalna znanja, spretnosti in kompetence, potrebne za usposabljanje za manj zahtevna poklicna dela ter za samostojno življenje.

Podporni in organizacijski vidiki

Otroci potrebujejo **individualno prilagojeno** podporo predvsem pri usvajanju novih, kompleksnejših, večstopenjskih nalog, ob spremembah rutine in ob vzgojno-izobraževalnih prehodih. Podpora vključuje predvsem več nadzora, (ne)verbalnih usmeritev ter pomoč pri organizaciji, medtem ko je potreba po fizični podpori manjša. Potrebujejo jasno strukturirana navodila, ustrezno poenostavljena, s konkretnimi oporami podprte razlage ter predvidljivega učnega okolja. Podporo na **kognitivnem področju** usmerjamo v razvijanje metakognitivnih strategij, samoregulacijo učenja, krepitev izvršilnih funkcij, prilagajanje tempa dela, obsega in zahtevnosti nalog. Za uspešno napredovanje otrok potrebuje usmerjeno spodbujanje motivacije, več priložnosti za utrjevanje in ponavljanje ter strukturirano podporo pri vzdrževanju in prenosu naučenega v nove situacije. Na **socialno-čustvenem področju** ti otroci potrebujejo podporo na področju oblikovanja zdrave samopodobe, krepitev komunikacijskih veščin, veščin samozagovorništva, uravnavanja čustev ter zagotavljanje občutka varnosti in pripadnosti. Več podpore potrebujejo pri učenju vzpostavljanja in vzdrževanja ustreznih socialnih interakcij ter učenju ustreznih vedenjskih odzivov.

I. b OTROCI Z ZMERNO MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU

Opis funkcioniranja otroka

Pri otrocih so prisotne **pomembne omejitve** prilagoditvenega vedenja na konceptualnem, socialnem in praktičnem področju. Otroci počasneje razvijajo **jezikovne in (pred)akademske veščine**. Lahko usvajajo osnovne spretnosti branja (npr. osnovnih besed, znakov), pisanja in računanja, vendar **znanje ostaja pretežno na konkretni, funkcionalni ravni**. Razumevanje abstraktnih pojmov in prenos naučenega v nove situacije sta pomembno omejena. Na **socialnem področju** izkazujejo manj zrelo komunikacijo, omejeno besedišče, težave pri razumevanju socialnih pravil, presojanju socialnih situacij in perspektive drugih oseb, zato so odnosi z vrstniki pogosto odvisni od podpore odraslih (npr. otroci težko predvidijo posledice svojega vedenja). Svoje želje in potrebe lahko sporočajo, pri čemer nekateri lahko potrebujejo podporno ali nadomestno komunikacijo. Ob daljšem in sistematičnem učenju lahko razvijejo osnovne veščine **skrbi zase** (npr. osebna higiena, oblačenje, hranjenje) in **sodelujejo pri enostavnejših gospodinjskih opravilih**, vendar je **samostojnost pri zahtevnejših vsakodnevnih dejavnostih omejena**. Prisotne so pomembne težave pri organizaciji časa, upravljanju z denarjem, orientaciji v okolju, uporabi prevoza in načrtovanju aktivnosti. **V učnem procesu** otroci izkazujejo omejeno zmožnost samostojnega dela, počasnejše procesiranje informacij, omejeno zmožnost vzdrževanja pozornosti, težave pri sledenju večstopenjskim nalogam ter večjo občutljivost na spremembe rutine. V odraslosti lahko opravljajo enostavnejša dela, predvsem v strukturiranih in predvidljivih okoljih. Pri nekaterih otrocih se lahko pojavljajo vedenjski odzivi, povezani s težavami pri sporazumevanju, uravnavanju čustev, senzornimi obremenitvami ali prilagajanju zahtevam okolja.

Podporni in organizacijski vidiki

Otroci potrebujejo **dolgoročno, stalno individualizirano podporo** na več področjih delovanja ter v večini učnih in socialnih dejavnosti, pogosto z neposrednim usmerjanjem, spremljanjem in sprotnim prilagajanjem izvajanja nalog. Podpora mora biti **visoko strukturirana, predvidljiva in dosledna** ter vključuje organizacijske prilagoditve (npr. razčlenjevanje nalog na manjše korake, postopno uvajanje zahtev, prilagojen tempo dela, pomoč pri prehodih med dejavnostmi), redno utrjevanje in uporabo naučenega v različnih situacijah (posploševanje). Poučevanje temelji na individualiziranih pristopih, uporabi konkretnih materialov, vizualnih opor, modeliranju vedenja, večkratnem ponavljanju in stalnem spremljanju napredka s poudarkom na razvoju funkcionalnih veščin, samostojnosti in socialnega vključevanja. Podpora na **kognitivnem področju** vključuje usvajanje osnovnih učnih postopkov ter sistematično razvijanje samoregulacije, motivacije in vztrajnosti pri učenju. Na **gibalnem področju** zajema spodbujanje razvoja motoričnih sposobnosti, uporabo prilagojenih pripomočkov in zagotavljanje varnega vključevanja v športne ter praktične dejavnosti. Na **socialno-**

čustvenem področju podpora vključuje krepitev samopodobe, učenje strategij uravnavanja čustev ter zagotavljanje občutka varnosti in sprejetosti v šolskem okolju.

Za učinkovito učenje in vključevanje so potrebni: **jasno strukturirano in prilagojeno fizično okolje** (npr. urejenost prostora, dostopnost in označenost pripomočkov ipd.), **individualno prilagojeni pristopi učenja in poučevanja** (npr. kratka in jasna navodila, podprta z neverbalnimi oporami, uporaba ustreznih učnih pripomočkov in gradiv, **dosledno spremljanje ter preverjanje naučenega**, visoko strukturirano poučevanje ipd.) ter **socialno okolje z jasnimi pravili in predvidljivimi socialnimi pričakovanji**.

I. c OTROCI S TEŽJO MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU

Opis funkcioniranja otroka

Prilagoditvene spretnosti otrok so močno znižane na **konceptualnem, socialnem in praktičnem področju. Otroci slabo razumejo pisni jezik in osnovne koncepte** (npr. razumevanje količin, časovnih pojmov itd.). Njihovo mišljenje ostaja vezano predvsem na konkretne in neposredne izkušnje. **Komunikacija** je omejena na **posamezne besede ali kratke fraze**, pogosto podprte z nadomestnimi oblikami sporazumevanja (npr. za sporočanje osnovnih želja, potreb). Posamezniki razumejo **preprost govor in komunikacijo z gestami**.

Otroci imajo **močno omejene** spretnosti za **samostojno opravljanje vsakodnevnih dejavnosti** (npr. oblačenje, umivanje, hranjenje in opravljanje potrebe), orientirajo se v ožjem okolju, vendar pri tem potrebujejo pomoč in nadzor. Postopoma in ob večkratnem ponavljanju se usposobijo za najenostavnejša opravila, razumejo preprosta sporočila in navodila ter se ustrezno odzovejo nanje. Samostojno odločanje in načrtovanje dejavnosti sta omejena. **Sodelovanje v domačih, šolskih in prostočasnih dejavnostih** ostaja na ravni enostavnih, konkretnih nalog.

Pridružene gibalne, senzorične ali zdravstvene posebnosti otrok lahko dodatno vplivajo na obseg samostojnega izvajanja dejavnosti in socialnega vključevanja. Pri manjšem številu otrok se lahko pojavi tudi **manj prilagojeno vedenje, vključno s samopoškodovanjem** (APA, 2013). To vedenje ni značilnost motnje v duševnem razvoju kot take, temveč je laho povezano s pridruženimi komunikacijskimi, senzornimi, zdravstvenimi ali čustvenimi dejavniki.

Podporni in organizacijski vidiki

Pri otrocih so učni dosežki, sodelovanje in stopnja samostojnosti v vzgojno-izobraževalnem procesu izrazito odvisni od značilnosti fizičnega, didaktičnega in socialnega učnega okolja ter organizacije dela. Otroci potrebujejo **stalno, vsakodnevno, individualizirano** podporo **na več področjih delovanja** (kognitivnem, telesno-gibalnem, socialno-čustvenem, področju samostojnosti, sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti). Podpora vključuje **organizacijske in didaktične prilagoditve**, konkretna ponazorila,

modeliranje vedenja, večkratno ponavljanje ter stalno spremljanje napredka. Potrebujejo intenzivno podporo pri **socialnem vključevanju, skrbi zase, varnem gibanju in orientaciji v šolskem okolju ter uporabi naučenega v šolskih in drugih vsakodnevnih situacijah**.

Njihovo funkcioniranje je močno odvisno od **predvidljivega, stabilnega in varnega okolja** z ustaljenimi rutinami, ki ob stalni podpori omogoča razvijanje spretnosti in samostojnost. Boljše funkcioniranje otrok je vezano na jasno strukturirane, predvidljive (rutinsko) organizirane dejavnosti, ki temeljijo na konkretnih izkušnjah, postopnem usvajanju znanja in spretnosti in ponavljajočih se dejavnostih. Otroci potrebujejo **individualno prilagojene** tempo dela, obseg in zahtevnost nalog ter uporabo multisenzornih načinov sporazumevanja in ustrezno prilagojene učne pripomočke in tehnologijo

I. d OTROCI S TEŽKO MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU

Opis funkcioniranja otroka

Prilagoditvene spretnosti otrok so **izrazito omejene** na **vseh področjih funkcioniranja**. Učenje poteka v zelo majhnih korakih, predvsem s ponavljajočimi se konkretnimi, senzorno dostopnimi in za otroka pomembnimi dejavnostmi. Predvsem poteka prek konkretnih, neposrednih izkušenj in zelo enostavnih dejavnosti (npr. ujemanje, razvrščanje), pri čemer je zmožnost usvajanja novih vsebin zelo omejena. **Simbolno mišljenje in razumevanje abstraktnih vsebin** sta izrazito omejena, lahko se pojavljata le v zametkih, v zelo osnovnih oblikah, vezanih na znane situacije. Omejeno je tudi **zaznavanje** in odzivanje na zunanje dražljaje. **Komunikacija** je večinoma nesimbolna in temelji predvsem na **neverbalnih oblikah izražanja** (gestah, izrazih, očesnem stiku, čustvenih odzivih itd.), redko se razvijejo osnove govora in sporazumevanja. **Razumevanje govora** je večinoma omejeno na posamezna preprosta navodila ali geste. Napredek je počasen, šolskih spretnosti (branja, pisanja, računanja) ti otroci praviloma ne razvijejo, temveč gre predvsem za prepoznavanje pomenov v konkretnih situacijah in sodelovanje pri posameznih aktivnostih v šolskih in vsakodnevnih situacijah. **Socialno sodelovanje** je omejeno na znane osebe in osnovne čustvene odzive.

Otroci so skoraj v celoti odvisni od **stalne nege, varstva, pomoči in vodenja pri skrbi za osebno nego, zdravje in varnost**. Ob podpori lahko sodelujejo pri posameznih enostavnih dejavnostih. Omejeni so v gibanju in imajo pogosto pridružene **gibalne ter senzorične motnje in obolenja**, ki dodatno omejujejo samostojnost in vključevanje v dejavnosti (pretežno opazovanje). Pri nekaterih otrocih se lahko pojavlja tudi **neprilagojeno vedenje**.

Podporni in organizacijski vidiki

Otroci potrebujejo stalno intenzivno celostno individualizirano podporo **na vseh področjih delovanja** (kognitivnem, telesno-gibalnem, socialno-čustvenem, področju samostojnosti, sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti) s poudarkom **na razvoju**

praktičnih življenjskih spretnosti in doseganju najvišje možne stopnje samostojnosti glede na njihove zmožnosti. Učenje temelji zlasti na **neposrednih, konkretnih izkušnjah, ponavljanju in stalnih** (konkretnih, vizualnih in zelo enostavnih verbalnih) **oporah**.
Za otroke je ključno zagotavljanje **visoko strukturiranega, predvidljivega in varnega šolskega okolja** z jasno dnevno rutino ter razdelitvijo nalog na kratke, za otroke obvladljive korake. Potrebne so prilagoditve tempa, obsega in zahtevnosti nalog ter stalna pomoč pri razumevanju in izkazovanju naučenega. Otroci potrebujejo tudi stalno spodbujanje **osnovnih oblik socialnega odzivanja** in **individualno načrtovanje vključevanja v skupinske dejavnosti. V šolskem okolju otroci potrebujejo** stalno vodenje in podporo pri razumevanju socialnih situacij, izražanju potreb, uravnavanju vedenja ter zagotavljanju občutka varnosti in sprejetosti. Hkrati potrebujejo pomoč **pri gibanju, uporabi individualno prilagojenih pripomočkov, premikanju ter stalno nego, varstvo in pomoč pri vseh vsakodnevnih dejavnostih**.

3. DOLOČITEV IN UTEMELJITEV VSTOPNE TOČKE

Odločitev o usmeritvi otroka v vzgojno-izobraževalni program naj temelji na celostni strokovni presoji, ki vključuje oceno intelektualnega funkcioniranja, prilagoditvenega vedenja, otrokovo zmožnost vključevanja v vzgojno-izobraževalni proces in širše življenjsko okolje, odziv na dosedanjo podporo in prilagoditve, njegove zmožnosti napredovanja v predvidenem vzgojno-izobraževalnem programu vključno, z doseganjem kurikularnih ciljev in standardov znanja.

Otrok se lahko usmeri v ustrezen program brez predhodnega izvajanja stopenjskega modela pomoči in podpore, kadar je iz priložene dokumentacije jasno razvidna ocena stopnje intelektualne manjzmožnosti. Ob tem je iz priložene dokumentacije razvidno, da otrok ne zmore slediti zahtevam predvidenega vzgojno-izobraževalnega programa in potrebuje višjo stopnjo podpore, kot jo ta program omogoča oziroma potrebuje prilagojene oblike izobraževanja.

4. POJASNITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

V skupino otrok z motnjami v duševnem razvoju ne spadajo:

- Otroci, pri katerih ni mogoče opredeliti izredno nizkih intelektualnih sposobnosti in znižanega funkcioniranja na področju prilagoditvenega vedenja, in kadar se težave niso pojavile v razvojnem obdobju.
- Otroci z nizkimi intelektualnimi sposobnostmi (mejnimi intelektualnimi zmožnostmi), ki ne dosegajo kriterijev za opredelitev motnje v duševnem razvoju. Njihove značilnosti se lahko odražajo predvsem v počasnejšem tempu učenja, večji potrebi po strukturiranju učnih nalog ter podpori pri organizaciji in šolskem delu. Podpora tem učencem se praviloma zagotavlja v okviru inkluzivne poučevalne prakse in skladno s stopenjskim modelom pomoči in podpore.

5. SMERNICE ZA ODLOČANJE PREVERJANJA USTREZNOSTI USMERITVE

Ustreznost usmeritve otroka po določenem časovnem obdobju naj se smiselno preveri v primerih, ko obstajajo strokovno utemeljeni razlogi za ponovno presojo skladnosti med otrokovimi razvojnimi značilnostmi, njegovimi izobraževalnimi potrebami ter izbranim vzgojno-izobraževalnim programom.

To je posebej smiselno v naslednjih primerih:

- pri otrocih z več motnjami, kjer součinkovanje več primanjkljajev pomembno vpliva na njihovo celostno funkcioniranje, učno uspešnost ter vključevanje v šolsko in širše socialno okolje;
- ko je otrok usmerjen v program, ki po zahtevnosti ali vsebini odstopa od pričakovane usmeritve glede na ugotovljeno stopnjo intelektualne manjzmožnosti, saj se lahko skozi čas pokaže potreba po prilagoditvi izobraževalne poti;
- kadar se pri otroku kažejo izrazita odstopanja na področju prilagoditvenih spretnosti, zlasti ob prisotnem neskladju med ravnjo intelektualnega funkcioniranja in prilagoditvenim vedenjem;
- pri mlajših otrocih, v zgodnjih letih šolanja, kjer je zaradi intenzivnega otrokovega razvoja smiselno preverjanje ustreznosti usmeritve z namenom zagotavljanja najprimernejšega vzgojno-izobraževalnega programa in potrebnih oblik podpore glede na otrokovo aktualno funkcioniranje.

Vzgojno-izobraževalni zavod, v katerega je otrok vključen na podlagi odločbe o usmeritvi, spremlja njegov razvoj, napredovanje, funkcioniranje in potrebe po podpori. Ob pomembnih spremembah, ki lahko vplivajo na ustreznost usmeritve v skladu z veljavnimi postopki lahko predlaga ponovno presojo usmeritve.

Viri in literatura

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2021a). *Supports Intensity Scale-Adult Version SIS-A®, 2nd Ed. [AGES 16–84]* [Interno gradivo].

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2021b). *Supports Intensity Scale – Children's Version™: Priročnik za anketirance (SIS-C). AAIDD.* https://www.aaidd.org/docs/default-source/sis-docs/sis-c/sis-c-respondent-handbook-july-2021-final.pdf?sfvrsn=daa3e21_0

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (b. d.). *Defining criteria for intellectual disability*. AAIDD. https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj* (5. izd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Carr, A. (2025). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: a contextual approach.* Routledge.

Carr, A., Linehan, C., O'Reilly, G., Walsh, P.N., McEvoy, J. (ur.) (2007). *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice (*e-izdaja). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315820170

Kodrič, J. (2010). Psihološko ocenjevanje otrok z motnjo v duševnem razvoju. V B. D. Jurišić in A. Šelih (ur.), *3. posvet na temo Usmerjanje otrok z Downovim sindromom in drugih otrok z motnjo v duševnem razvoju* (str. 7–20). Ljubljana, 28. september 2010: Sožitje, Sekcija za Downov sindrom.

Moravec Berger, D., Jecelj, L., in Kovačič, I. (2006). *Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF).* IRSR; IVZ RS; SZO. Pridobljeno na http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-CMQDS8PR

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2023). *MKB-10-AM, verzija 11*. https://www.nijz.si/podatki/klasifikacije-in-sifranti/mkb-10-am-verzija-11/

Vovk - Ornik, N. (ur.) (2015). Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. Zavod RS za šolstvo. https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf

World Health Organization (b. d.). *International classification of diseases (ICD-11).* https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#605267007

Priloga 1

OTROCI Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU

Terminološka pojasnitev in sodobnejše poimenovanje

V slovenskem prostoru se za poimenovanje te skupine oseb s posebnimi potrebami uporabljajo različni izrazi, npr. motnje v duševnem razvoju, duševno/intelektualno zmanjšana zmožnost, intelektualni primanjkljaji, intelektualna manjzmožnost itd. Posamezni izrazi se pomensko delno prekrivajo; vsi se nanašajo na pomembne omejitve v intelektualnem delovanju in prilagoditvenem funkcioniranju, a niso povsem zamenljivi. Razlikujejo se glede na strokovni, diagnostični, zakonodajni in vzgojno-izobraževalni kontekst, pa tudi glede na tradicijo rabe in terminološke usmeritve posameznih področij.

V našem vzgojno-izobraževalnem prostoru je izraz otroci z motnjami v duševnem razvoju še vedno uradno uveljavljen. Izhaja iz nekdanjega angleškega izraza 'mental retardation', vendar ni neposreden prevod tega izraza, ki ga je po letu 2007 v mednarodnih strokovnih opredelitvah (AAIDD; DSM-5, 2013) nadomestil izraz 'intellectual disability' (oz. 'disorders of intellectual development', ICD 11, l. 2022). **Motnja v duševnem razvoju je še najbližje terminu, ki se še danes uporablja v ICD 11, in sicer *disorders of intellectual development* (motnje intelektualnega razvoja). Izraza 'intellectual disability' in *disorders of intellectual development* nista povsem identična izraza, čeprav označujeta soroden diagnostični koncept.**

Sprememba izraza 'mental retardation' v 'intellectual disability' oz. 'disorders of intellectual development', preusmerja poudarek z opisa motnje v posamezniku (upočasnjenost oz. zaostanek njegovega spoznavnega razvoja) na motnje, ki so posledica medsebojnega delovanja posameznikovih intelektualnih in prilagoditvenih zmožnosti pri spoprijemanju z zahtevami okolja (Kodrič, 2010; Žerak in Masten, 2018).

V slovenskem prostoru so različni izrazi tudi rezultat prevajanja angleških izrazov ter iskanja vsebinsko in jezikovno optimalnih rešitev. Tako se npr. izraz 'intelektualni primanjkljaj' uporablja zlasti v šolskem kontekstu (Lipec Stopar, 2014; Žerak in Masten, 2018), kjer se bolj osredotoča na kognitivno delovanje posameznika, njegov vpliv na učenje, počasnejši razvoj mišljenja ter težave pri sodelovanju v izobraževalnem procesu. V zdravstvenih in drugih strokah se pojavljajo tudi izrazi, kot je 'duševno zmanjšana zmožnost' (npr. Kovačič, 2016, v Žerak in Masten, 2018) ter v novejših prevodih mednarodnih klasifikacij (npr. MKB-10-AM, NIJZ, 2023) izraz 'intelektualna manjzmožnost'.

Izraz *intelektualna manjzmožnost* se pojavlja v nekaterih novejših slovenskih klasifikacijskih prevodih kot ena izmed možnih rešitev za prevajanje koncepta 'intellectual disability' oz. sorodnih diagnostičnih kategorij.

Termin se navezuje na mednardodni koncept *intellectual disability*, kot ga opredeljujeta DSM-5 (APA, 2013) in ICD-11 (World Health Organization, b. d., *Disorders of Intellectual Development*), oz. na sorodne diagnostične opredelitve motenj intelektualnega razvoja. Jezikovno intelektualna manjzmožnost sicer poskuša zajeti *intellectual disability*, vendar ga ne odraža »neposredno«, saj ima angleški izraz disability širši pomen, povezan tudi z oviranostjo, fukcioniranjem in okoljem (bio-psiho-socialni model).

Poimenovanje *intelektualna manjzmožnost* omogoča tvorjenje poimenovanja posamezne stopnje, kar v postopkih usmerjanja otrok s posebnimi potrebami predstavlja podlago za enoznačno opredeljevanje otrok z motnjo v duševnem razvoju.

Zaradi terminološke jasnosti in enotnega razumevanja diagnostičnih opredelitev med strokovnjaki različnih področij, ki sodelujejo v postopkih ocenjevanja, usmerjanja in načrtovanja podpore otrokom s posebnimi potrebami, se v besedilu uporablja izraz *intelektualna manjzmožnost.*

Ob tem pa je vseeno treba poudariti, da terminologija v slovenskem prostoru še ni povsem poenotena, zato se v strokovni rabi različnih strok še vedno pojavljajo različne, delno sopomenske jezikovne rešitve.

II. SLEPI IN SLABOVIDNI OTROCI OZ. OTROCI Z OKVARO VIDNE FUNKCIJE

Dragana Žunič, Zavod RS za šolstvo
Dr. Ingrid Žolgar, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta
Eva Škrlec Velkavrh, UKC Ljubljana, Očesna klinika, Nacionalni center za celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih; Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta
Janja Hrastovšek, Center IRIS – Center za izobraževanje, rehabilitacijo, inkluzijo in svetovanje za slepe in slabovidne, Ljubljana
Silvija Delfin, UKC Ljubljana, Očesna klinika, Nacionalni center za celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih
Dr. Sara Bertok, UKC Ljubljana, Center za redke bolezni, Pediatrična klinika Ljubljana

1 SPLOŠNA OPREDELITEV SKUPINE SLEPIH IN SLABOVIDNIH OTROK IN OTROK Z OKVARO VIDNE FUNKCIJE

Vid ima pri otrokovem razvoju in učenju pomembno vlogo. Omogoča združevanje informacij iz vseh čutil, je bistven za naključno učenje, sintezo informacij, stik in odzivanje na okolje, spodbuja socialno interakcijo, gibanje, oceno prostora ter nudi konsistentne, koordinirane in preverljive povratne informacije. Spodbuja lastno raziskovanje, motivira, vodi in evalvira interakcije z drugimi ter okoljem. Izguba vida lahko predstavlja tveganje za razvoj, funkcioniranje in učenje, saj otroku prinaša določene omejitve. Omejuje ga lahko v obsegu in raznolikosti izkušenj, pri samostojnem gibanju in orientaciji ter pri interakciji s fizičnim in socialnim okoljem (Lowenfeld, 1981).

Vendar **stopnja izgube vida sama po sebi ni dovolj za napovedovanje razvoja, učenja ali celostnega funkcioniranja otroka ter njegovih vzgojno-izobraževalnih potreb**. Zahteva pa, da se slepi in slabovidni otroci učijo po drugih poteh, na drugačen način, saj so informacije pridobljene preko drugih čutil fragmentirane, nekonsistentne in pasivne (Dale idr., 2022; Ferrell, 1997; Ferrell idr., 1998; Hatton idr., 1997; Veldhorst idr., 2023; Warren, 1994).

Glede na meritve vidnih funkcij, vidne ostrine na daljavo in širine vidnega polja so **slepi in slabovidni otroci** tisti, ki imajo s korekcijskimi očali ali kontaktnimi lečami manj kot 0,3 ostanka vidne ostrine na daljavo ali zoženo vidno polje na manj kot 20° okrog fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino (Razširjeni strokovni kolegij za okulistiko, 1996). Pri otrocih **z okvaro vidne funkcije oz. s cerebralno okvaro vida** (kratica ang. CVI) gre za nevrološko pogojeno okvaro vida, ki nastane zaradi poškodbe ali nepravilnosti v razvoju vidnih poti in struktur vidnega sistema v možganih (Dutton, 2015; Dutton in Lueck, 2015; Pehere idr., 2018; Pilling idr., 2023).

Med slabovidne otroke uvrščamo tudi **novo podskupino otrok z izrazitimi težavami na področju vizualnega funkcioniranja**, ki glede na meritve vidne ostrine in vidnega polja ne dosegajo praga za opredelitev slepote ali slabovidnosti po medicinskih kriterijih, njihove značilnosti in težave na področju vizualnega funkcioniranja pa niso značilne za skupino otrok s

cerebralno okvaro vida. Kljub temu ti otroci ob različnih vizualnih zahtevah v vzgojno-izobraževalnem procesu kažejo težave, ki pomembno vplivajo na njihov razvoj in učenje, zato potrebujejo dodatno strokovno pomoč tiflopedagoga ter ustrezne pripomočke in prilagoditve.

2 KRITERIJI ZA OPREDELITEV SLEPOTE, SLABOVIDNOSTI IN OKVARE VIDNE FUNKCIJE

2.1 Medicinski kriteriji

SLABOVIDNI OTROK je otrok, ki ima na boljšem očesu ob najboljši korekciji z očali ali kontaktnimi lečami vidno ostrino na daljavo v razponu od 0,05 do 0,3 (npr. po Snellenu, LogMAR) ali zoženo vidno polje v vseh meridianih nad 10° do vključno 20° okrog fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino. Merilo za oceno vidnega polja je izvid perimetrije. V skupino slabovidnih otrok spada:

- **otrok z zmerno slabovidnostjo**, ki ima na boljšem očesu ob najboljši korekciji z očali ali kontaktnimi lečami vidno ostrino na daljavo v razponu od 0,3 do 0,1;
- **otrok s težko slabovidnostjo**, ki ima na boljšem očesu ob najboljši korekciji z očali ali kontaktnimi lečami vidno ostrino na daljavo v razponu od 0,1 do 0,05 ali zoženo vidno polje v vseh meridianih nad 10° do vključno 20° okoli fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino (Razširjeni strokovni kolegij za okulistiko, 1996; Stirn Kranjc idr., 2014);
- **otrok z izrazitimi težavami na področju vizualnega funkcioniranja**, pri katerem so prepoznane izrazite težave na tem področju in hkrati ne dosega praga za opredelitev slepote ali slabovidnosti po medicinskih kriterijih, vendar ga pomembno ovirajo v vzgojno-izobraževalnem procesu. V to podskupino spadajo otroci, pri katerih teh težav ni bilo mogoče ustrezno preseči v okviru inkluzivne poučevalne prakse, predhodno zagotovljenega stopenjskega modela pomoči in podpore učencem v osnovni šoli ali prilagoditev izobraževanja dijakov v srednješolskih programih v skladu z veljavnimi predpisi na področju vzgoje in izobraževanja. Za uvrstitev otroka v podskupino otrok z izrazitimi težavami na področju vizualnega funkcioniranja je ključno izpolnjevanje funkcionalnega kriterija, da težave na področju vizualnega funkcioniranja otroka pomembno omejujejo ali ovirajo pri učenju, vključevanju in sodelovanju v vzgojno-izobraževalnem procesu. Predlog za vključitev otroka v podskupino otrok z izrazitimi težavami na področju vizualnega funkcioniranja poda tiflopedagog na podlagi tiflopedagoške ocene ter informacij o otroku, ki jih posreduje šola.

Navajamo nekatere primere očesnih stanj, ki spadajo v podskupino otrok z izrazitimi težavami na področju vizualnega funkcioniranja, pri čemer je spodnji nabor samo okviren:

- izrazito slabša vidna ostrina na bližino, ki se kaže kot oteženo ali onemogočeno branje tiska v velikosti pisave manj kot N6 oziroma M0,8 na razdalji 40 cm (Svetovna zdravstvena organizacija, 2025),
- izpadi v vidnem polju (npr. lokalizirani skotomi),
- odsotnost nočnega vida (npr. stacionarna nočna slepota, retinitis pigmentosa),
- izrazito nestabilna ali progresivna očesna stanja na edinem funkcionalnem očesu,

- progresivna ali stabilna očesna stanja, ki se že kažejo v znižani vidni ostrini (0,5–0,3) ipd.

SLEPI OTROK je otrok, ki ima na boljšem očesu ob najboljši korekciji z očali ali kontaktnimi lečami vidno ostrino na daljavo manj kot 0,05 ali zoženo vidno polje v vseh meridianih na 10° ali manj okrog fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino. Merilo za oceno vidnega polja je izvid perimetrije. V skupino slepih otrok spada:

- **otrok s slepoto z ostankom vida**, ki ima na boljšem očesu ob najboljši korekciji z očali ali kontaktnimi lečami vidno ostrino na daljavo manj kot 0,05 do 0,02 ali zoženo vidno polje v vseh meridianih na 5° do 10° okrog fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino;
- **otrok s slepoto z minimalnim ostankom vida**, ki ima na boljšem očesu ob najboljši korekciji z očali ali kontaktnimi lečami vidno ostrino na daljavo manj kot 0,02 ali zoženo vidno polje v vseh meridianih na manj kot 5° okrog fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino;
- **otrok s popolno slepoto** (amaurosis), ki ne zaznava svetlobe (dojem svetlobe je lahko negativen ali pozitiven z negativno projekcijo) (Razširjeni strokovni kolegij za okulistiko, 1996; Stirn Kranjc idr., 2014).

OTROK Z OKVARO VIDNE FUNKCIJE (CEREBRALNA OKVARA VIDA)[5] (v nadaljevanju CVI) je otrok z **nevrološko pogojeno** okvaro vida, ki je lahko posledica **prirojene** ali **pridobljene poškodbe ali nepravilnosti v razvoju struktur vidnega sistema** za lateralnim genikulatnim jedrom v talamusu, vse do višjih možganskih centrov, kjer se vidne informacije obdelujejo, organizirajo, združujejo ter interpretirajo (Dutton in Lueck, 2015; Goodale, 2013; Lueck idr., 2019; Pehere idr., 2018).

CVI je **krovni izraz za spekter** različno izraženih primanjkljajev na področju vidnih funkcij in funkcionalnega vida, ki se lahko kažejo kot primanjkljaji **na nižjih ravneh zaznave** (npr. hemianopsije ob poškodbi optičnih radiacij; nezmožnost zaznave svetlobe, linij, smeri gibanja ob poškodbi primarne vidne skorje v zatilnem režnju; težave z vzpostavljanjem in vzdrževanjem očesnega stika idr.) ter na **višjih ravneh obdelave, povezovanja in interpretacije vidnih informacij** (npr. različne oblike vidnih agnozij; težave vidno-prostorske integracije, motnje selektivne vidne pozornosti idr.) (Boot idr., 2010; Dale, 2021; Dutton, 2015; Dutton in Lueck, 2015; Hokken idr., 2025b).

Novejša strokovna opredelitev delovne skupine *Nacionalnega inštituta za javno zdravje Združenih držav Amerike* (Chang idr., 2024) prirojeno CVI opredeljuje kot **nevrorazvojno motnjo**, za katero so značilni primanjkljaji na **področju vidnih funkcij in funkcionalnega vida**, ki so **lahko neskladni z oftalmološkim stanjem**. Ti primanjkljaji so lahko izrazitejši ali kompleksnejši, kot bi pričakovali zgolj na podlagi vidnega statusa, morebitna sočasna očesna

[5] Otroci s cerebralno okvaro vida oz. z okvaro vidne funkcije po veljavni mednarodni opredelitvi slepote in slabovidnosti Svetovne zdravstvene organizacije, ki je uradno sprejeta tudi v Sloveniji, niso prepoznani kot samostojna kategorija slepote in slabovidnosti, vendar jih za potrebe usmerjanja otrok s posebnimi potrebami v slovenskem izobraževalnem sistemu smiselno umeščamo v širši okvir otrok z okvaro vidne funkcije.

bolezen ali motnja anteriorne vidne poti (npr. retinopatija nedonošenčka ali atrofija vidnega živca) pa sama po sebi ne pojasnjuje otrokovih težav na področju vida. Lahko gre za **samostojno** okvaro vida ob običajni vidni ostrini ter ohranjenem vidnem polju ali pa se CVI pojavi **sočasno s slabovidnostjo ali slepoto z ostanki vida** ter z drugimi primanjkljaji, ovirami in/ali motnjami (npr. motnjo v duševnem razvoju, cerebralno paralizo idr.).

Za člana komisije je ključno razumevanje, da CVI ni zgolj okularna okvara vida v oftalmološkem smislu, temveč **spekter nevrološko pogojenih primanjkljajev, ki vplivajo na obdelavo, organizacijo in interpretacijo vidnih informacij** ter posledično na razvoj, funkcioniranje in učenje otroka s CVI. Primanjkljaji na področju vidnih funkcij in funkcionalnega vida se lahko skozi otrokov razvoj ter glede na dejavnike okolja in zahteve vizualnih nalog spreminjajo. Ker gre za nevrorazvojno motnjo, opredelitev in diagnostika CVI predstavljata **kompleksen, multidisciplinaren proces. Osnovna nevrološka okvara** razvijajočih se možganov **lahko ostane neprepoznana ali nediagnosticirana** vse do kasnejšega življenjskega obdobja (Boonstra idr., 2022; Lueck idr., 2019; Pilling idr., 2023).

2.2 Funkcionalna opredelitev

Splošni opisi funkcioniranja slepih, slabovidnih otrok in otrok s CVI oz. okvaro vidne funkcije, predstavljeni v nadaljevanju, **ne predstavljajo natančnega opisa posameznega otroka, temveč služijo kot orientacijski okvir za presojo članov komisij za usmerjanje**.

Pri opredeljevanju in opisovanju funkcioniranja otrok je treba upoštevati izrazito heterogenost znotraj skupin in podskupin, preplet specifičnih značilnosti vizualnega funkcioniranja otroka, rabo drugih čutil, njegove individualne značilnosti ter značilnosti ožjega in širšega socialnega okolja idr.

Izvor heterogenosti predstavlja preplet številnih dejavnikov:

- **substruktura izgube vida:** stopnja, vrsta (npr. centralna izguba vidne ostrine, periferna izguba vida, kombinacija centralne in periferne izgube vida), stanje vidnih funkcij (vidna ostrina, vidno polje, barvni vid, binokularni vid, akomodacija, kontrastna občutljivost ...), čas nastanka okvare vida (od rojstva, zgodnje otroštvo, srednje otroštvo ali mladostništvo), potek izgube vida (nenadna, postopna), prognoza (stabilna, napredujoča),
- **individualne značilnosti otroka:** kognitivne zmožnosti, percepcija, senzorna integracija, motorične sposobnosti, motivacija in stopnja samoaktivnosti, funkcionalni vid, vizualno funkcioniranje, prilagoditvene spretnosti idr.,
- **dejavniki okolja:** pogoji in prilagoditve v okolju (osvetlitev, barve in kontrasti, velikost in razdalja, prostor, čas, optični in drugi pripomočki, nadomestitev s slušnimi in/ali tipnimi informacijami), značilnosti ožjega in širšega okolja (prejeta podpora družine, pomoč in podpora šole, medosebni odnosi, stališča in prepričanja pomembnih drugih oseb, spodbude za učenje in razvoj),
- **sopojavnost z drugimi primanjkljaji, ovirami oz. motnjami in/ali zdravstvenimi stanji** (kontinuum se lahko razteza od blagih do zelo izraženih) (Allman idr., 2014; Colenbrander, 2016; Corn idr., 2010; Dale idr., 2022; Ferrell idr., 1998; Houwen idr., 2009; Pogrund idr., 2010; Stančić, 1991).

Ključen dejavnik razlik v funkcioniranju med posameznimi podskupinami slepih in slabovidnih otrok je **čas nastanka** okvare vida. Na podlagi dosedanjih raziskav lahko znotraj skupine slepih in slabovidnih otrok pričakujemo razlike v razvoju in funkcioniranju **predvsem med otroki s prirojeno slepoto brez ostanka vida ter ostalimi podskupinami** slepih in slabovidnih otrok (slepimi z ostanki vida in slabovidnimi otroki) (Ferrell idr., 1998; Hatton idr., 1997; Vervloed idr., 2020). Če je slepota prisotna od rojstva ali nastopi kasneje, na primer po 4. ali 5. letu starosti, lahko že nekaj zgodnjih vizualnih izkušenj in vizualni spomin pomembno olajšajo pridobivanje in razumevanje pojmov, razvoj prostorskih predstav, spretnosti orientacije ter večjo samostojnost pri gibanju.

Glede na kontinuum in kombinacije primanjkljajev na področju vida ter stopnjo izraženosti funkcionalnih značilnosti razlikujemo **blago, zmerno in težjo stopnjo izraznosti CVI**. Navedene stopnje niso formalne kategorije, temveč okvirno opisujejo splošne funkcionalne značilnosti otrok, ki spadajo v posamezno skupino:

- otroci z blago obliko CVI, večinoma z učinkovitim funkcionalnim vidom in blago izraženimi težavami pri obdelavi in interpretacije vizualnih informacij (pogosteje so prisotne motnje procesov na višjih ravneh obdelave, povezovanja in interpretacije vidnih informacij),
- otroci z zmerno obliko CVI, delno učinkovitim funkcionalnim vidom, z blagimi do zmernimi primanjkljaji na področju obdelave in interpretacije vizualnih informacij ter pridruženimi primanjkljaji, ovirami oz. motnjami (prisotne so lahko motnje tako procesov na višji kot na nižji ravni zaznave, obdelave in interpretacije vizualnih informacij),
- otroci s težjo obliko CVI, s pomembnimi omejitvami na področju funkcionalnega vida, izrazitimi motnjami procesov na nižji ravni zaznavanja in obdelave vizualnih informacij ter z visoko sopojavnostjo drugih primanjkljajev, ovir oz. motenj (Boonstra idr., 2022; Chang idr., 2024; Sakki idr., 2021).

Pri usmerjanju je ključno razumevanje, da se lahko **funkcioniranje otrok znotraj iste medicinsko opredeljene** skupine ali otrok z enakimi oftalmološkimi meritvami **med seboj izrazito razlikuje**. Posledično se lahko močno razlikujejo tudi njihove težave na področju vida ter z njimi povezane vzgojno-izobraževalne potrebe (kot so na primer: potreba po dodatni strokovni pomoči, pripomočkih, pomožni in podporni tehnologiji, prilagoditvah, pomoči spremljevalca pri vključevanju v vzgojno-izobraževalni proces ipd.). Ustrezni pogoji in prilagoditve v okolju ter samo poučevanje in pridobivanje posebnih znanj, spretnosti in veščin v okviru tiflopedagoške dodatne strokovne pomoči lahko ob aktivnem vključevanju otroka in pridobivanju konkretnih izkušenj zmanjšujejo omejitve zaradi izgube vida ter spodbujajo in krepijo njegovo samoiniciativnost in samostojnost.

Zato sta izjemno pomembni **individualizirana presoja otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb** in na njeni podlagi **strokovna priporočila članov komisije** za usmerjanje za podporo otroku v procesu vzgoje in izobraževanja (za razvoj potrebnih znanj, spretnosti in veščin, predlogi prilagoditev didaktičnega, fizičnega in socialnega učnega okolja, pomožna in podporna tehnologija za slepe in slabovidne, opredelitev potrebe po pomoči spremljevalca itd.), saj podpirata optimalen razvoj in učni napredek otroka. Pri vseh podskupinah slepih in slabovidnih

otrok okvaro vidne funkcije oz. s CVI **naj funkcionalna opredelitev temelji na presoji otrokovega dejanskega funkcioniranja v vzgojno-izobraževalnem procesu, ne le na medicinski diagnozi**. Za ustrezno usmerjanje posameznega otroka je poleg jasno opredeljenih medicinskih kriterijev **nujna celostna tiflopedagoška ocena**.

2.2.1 Kognitivno področje

Slepota in slabovidnost nista neposredna vzroka omejitev ali težav na kognitivnem področju, vendar je zaradi odsotnega ali oteženega naključnega učenja, učenja s posnemanjem, nekonsistentnih in fragmentiranih informacij ter omejenega gibanja in raziskovanja proces pridobivanja izkušenj in učenja počasnejši ter poteka na drugačen način. Prek vida pridobivamo informacije o vzročno-posledičnih odnosih, podobnostih in razlikah med predmeti ter o kontinuiteti predmetov in oseb v prostoru in času ter njihovih spremembah (Stančič, 1991). Pri otrocih s prirojeno slepoto lahko pričakujemo omejitve in odstopanja pri učenju in razumevanju posameznih pojmov (večja potreba po konkretnih izkušnjah in veččutnem učenju pri razvoju konceptov in pojmov, težave z razumevanjem abstraktnih konceptov, kompleksnih aktivnosti, mentalnih reprezentacij in prostorskih odnosov, generalizacija), stalnosti predmeta in kategorizaciji. Pri otrocih s prirojeno slepoto brez ostanka vida ali z minimalnim ostankom vida se lahko izraziteje pojavljajo stereotipna vedenja (blindizmi), eholalija in verbalizem.

Kognitivno funkcioniranje otrok s CVI vida lahko zaznamujejo specifični primanjkljaji na področju usmerjanja, vzdrževanja in preklapljanja vizualne pozornosti, usmerjanja in vzdrževanja pogleda na relevantnih vizualnih dražljajih, delovnega spomina ter pogosto zmanjšane hitrosti predelave vizualnih informacij. To vpliva na tempo dela, vizualno preobremenjenost in uspešnost pri vizualnih nalogah v vzgojno-izobraževalnem procesu, kar se pri otroku lahko kaže kot:

- zmanjšana hitrost odzivanja na hitro spreminjajoče se vzorce ali situacije pri pouku in v šolskem okolju zaradi zapoznele ali upočasnjene obdelave vizualnih informacij;
- nenehen kognitivni napor pri razumevanju nejasnih vizualnih informacij, hitra utrujenost in zmanjšana zmožnost sočasnega zaznavanja ter obdelave več različnih senzornih dražljajev, kar se v šoli pogosto kaže kot nihanje zmogljivosti tekom dneva;
- težave pri razumevanju matematičnih konceptov, ki temeljijo na prostorskih razmerjih in vizualni organizaciji (npr. branje in razumevanje prikazov s stolpci, diagrami, grafi; branje zemljevidov);
- težave pri branju in sledenju vrsticam, zlasti v zgoščenem in nestrukturiranem besedilu; težave pri ločevanju pomembnih vizualnih informacij od nepomembnih dražljajev v ozadju vizualno kompleksnega prikaza itd. (Dale, 2021; Fazzi idr., 2015; Hokken idr., 2025b; McDowell, 2023; Williams idr., 2021; Zhang idr., 2022).

Funkcionalna opredelitev značilnosti otroka na kognitivnem področju temelji na presoji, **v kolikšni meri izguba vida** vpliva zlasti na:

- način pridobivanja informacij (ocena funkcionalnega vida in drugih čutil),
- presojo medija učenja in medija za opismenjevanje (npr. brajica, povečan tisk),

- nivo usvojenosti organizacijskih spretnosti ter učnih in delovnih navad (tempo in natančnost izvajanja nalog, zmožnost organizacije dela in gradiv ipd.),
- kognitivno učinkovitost ob vizualni, taktilni ali slušni preobremenjenosti ali v kompleksnem okolju, stabilnost in trajanje pozornosti,
- vpliv utrudljivosti na kognitivno učinkovitost,
- potrebo po prilagoditvah gradiv in metod dela ter drugo.

Na podlagi funkcionalne opredelitve se določa potreba po:

- dodatni strokovni pomoči tiflopedagoga: učenju znanj, spretnosti in veščin s področja tiflopedagogike: **kompenzatorne veščine, senzorne spretnosti ter uporaba podporne, pomožne in prilagojene tehnologije** (Allman in Lewis, 2014; McLinden idr., 2016; Wolffe idr. 2002);
- prilagoditvah didaktičnega in fizičnega okolja v podporo učenju, dodatni učni pomoči, pomoči spremljevalca pri organizaciji šolskega dela in izvajanju dejavnosti pri praktičnem pouku.

2.2.2 Telesno in senzorno področje ter področje gibalnih zmožnosti

Vid spodbuja gibanje, omogoča pridobivanje informacij o razdalji in smeri premikajočih se predmetov, omogoča predvidevanje nevarnosti ter podpira posnemanje gibov drugih. O specifičnosti razvoja govorimo le pri otrocih s prirojeno popolno slepoto brez ostanka ali z minimalnim ostankom vida. Pri teh lahko pričakujemo omejitve pri rotacijskih gibih telesa, fini motoriki, mobilnosti in učenju hoje, predvsem zaradi manjše stimulacije iz okolja, nezmožnosti posnemanja gibanja ter odsotnosti vidno-motorične koordinacije. Pogosto so prisotna stereotipna vedenja (pozibavanje, prestopanje, mencanje oči). Kasneje oslepeli otroci svojo motoriko prilagodijo novim pogojem, nove motorične veščine in spretnosti pa se učijo enako kot slepi, z razliko bogatih izkušenj (Houwen idr., 2009).

Funkcioniranje otrok s CVI na področju gibanja in orientacije v prostoru ni odvisno od telesnih sposobnosti ali gibalnih zmožnosti, temveč je neločljivo povezano s primanjkljaji v zaznavi, obdelavi in interpretaciji vizualnih informacij o položaju in premikih oseb in predmetov v prostoru, pregledovanju in kartiranju okolice ter informacij, pomembnih za usmerjanje gibanja in prostorsko orientacijo, nezmožnostjo nezavednega kartiranja vizualne scene ter povezovanjem vizualnih in motoričnih informacij pri izvajanju ciljno usmerjenih gibov okončin in telesa v prostoru ter pri dejavnostih (Boonstra idr., 2022; Chang idr., 2024; Hokken idr., 2023). Pri otrocih s CVI se pogosto pojavljajo izpadi v vidnem polju, pogosteje v spodnji polovici perifernega vidnega polja, kar otežuje zaznavanje ovir v prostoru, pravočasno odzivanje nanje ter varno gibanje in orientacijo v prostoru. Pri otrocih s CVI lahko pričakujemo naslednje težave na področju gibanja in orientacije v prostoru:

- pri izvajanju ciljno usmerjenih grobomotoričnih in finomotoričnih dejavnosti, kot so pisanje, kjer lahko otrok izpušča vrstice in robove ter zapisuje črke neustrezne velikosti in razmika; pri risanju in geometrijskem načrtovanju, kjer so posamezni elementi lahko neorganizirani in prostorsko nepravilno umeščeni; pri športnih dejavnostih ipd.;
- težave pri presoji prostorskih odnosov in položaju predmetov ali ovir v prostoru, težave pri orientaciji v novih, zlasti odprtih prostorih, počasnejše zaznavanje in odzivanje na hitro

premikajoče se tarče, kar se kaže kot strah pred gibanjem v odprtih prostorih in/ali vključevanjem v skupinske športne igre ipd.;

- težave pri hoji po stopnicah, zlasti navzdol, pri prestopanju robnikov ali pragov, ker otrok ne more natančno oceniti globine, razdalje ali orientacije talne površine;
- na telesni ravni so pogosto prisotne specifične okulomotorične motnje (motnje gibanja oči, kot so nestabilna fiksacija, neprecizni sakadični gibi, oteženo ali upočasnjeno sledenje premikajočim se tarčam), ki otežujejo vizualni pregled okolice. Posledično otroci pogosto delujejo nerodno, saj se ne izognejo pravočasno oviram v prostoru, se zaletavajo v predmete ali ljudi, njihovi gibi pa so slabše koordinirani ipd. (Chang idr., 2024; Chokron in Dutton, 2016; Hokken idr., 2025b; McDowell, 2023).

Funkcionalna opredelitev značilnosti otroka na **telesnem področju in gibalnih zmožnosti** temelji na presoji, v kolikšni meri izguba vida vpliva zlasti na:

- stopnjo samostojnosti pri gibanju v znanem in neznanem okolju ter v notranjem in zunanjem prostoru na področju ter grobe in fine motorike,
- stopnjo uporabe metod orientacije in mobilnosti (npr. metoda videčega vodiča, metoda bele palice),
- zmožnost sodelovanja pri športnih in gibalnih dejavnostih ter skupinskih igrah,
- učinkovitost uporabe funkcionalnega vida in drugih čutil,
- potrebo po pripomočkih in prilagoditvah prostora ter materialov,
- vpliv na hitrost, koordinacijo, natančnost, učinkovitost in samostojnost izvajanja nalog ter utrudljivost pri izvajanju nalog,
- vpliv vizualne kompleksnosti okolja na orientacijo in samostojno gibanje,
- zmožnost povezovanja vizualnih informacij z gibanjem (nadzorovanje in usmerjanje gibov z vidom) idr.

Na podlagi funkcionalne opredelitve se določa potreba po:

- dodatni strokovni pomoči tiflopedagoga: učenju znanj, spretnosti in veščin s področja tiflopedagogike: **orientacija in mobilnost, prilagojene športne in prostočasne dejavnosti** (Allman in Lewis, 2014; McLinden idr., 2016; Wolffe idr. 2002),
- individualiziranih prilagoditvah didaktičnega, fizičnega in socialnega okolja, pripomočkih ter pomoči spremljevalca pri varnem in samostojnem gibanju, športnih dejavnostih.

2.2.3 Socialno-čustveno področje

Odsotnost podpore in ustreznih spodbud na tem področju se lahko pri slepih, slabovidnih in otrocih s CVI oz. okvaro vidne funkcije kaže v manjši količini in kakovosti socialnih interakcij, socialni izolaciji ter nizki samopodobi. Slepota, slabovidnost in CVI lahko negativno vplivajo na razvoj in stopnjo usvojenosti socialnih veščin, kot so telesna govorica, socialna komunikacija, interakcija z drugimi, medosebni odnosi, interpretacija socialnih vedenj, samozavedanje, sprejemanje odločitev, reševanje problemov, asertivnost, postavljanje ciljev in samozagovorništvo. Zaradi omejenih možnosti opazovanja in posnemanja, manj raznolikih izkušenj ter večje verjetnosti prezaščitenosti, odvisnosti od drugih in naučene nemoči potrebujejo sistematično in kontinuirano učenje socialnih veščin ter veščin opolnomočenja.

Zaradi negotovosti v lastni vizualni zaznavi se lahko pri otrocih s CVI pojavijo težave na področju čustvene regulacije, ki se kažejo kot čustvene stiske in anksioznost. Nenehen napor za interpretacijo vizualnih informacij povzroča hiter upad koncentracije in nihanje čustvene stabilnosti čez dan. Nezmožnost prepoznavanja obraznih potez (prozopagnozija), ki je lahko prisotna pri otrocih s CVI, vodi do tega, da se otroci namesto na obraz zanašajo na sekundarne znake, kot sta glas ali specifična barva oblačil, kar otežuje spontano socialno interakcijo. Socialno-čustvene in vedenjske manifestacije otrok s CVI so pogosto napačno interpretirane kot druge nevrorazvojne motnje. Na primer, zaradi izogibanja očesnemu stiku, navidezne nepazljivosti in socialnega umika so ti otroci pogosto napačno opredeljeni kot otroci z avtističnimi motnjami ali z ADHD (Kılıç idr., 2025; McDowell, 2023; Williams idr., 2021).
Funkcionalna opredelitev značilnosti otroka na **socialno-čustvenem področju** temelji na presoji, v kolikšni meri izguba vida vpliva na razvoj in usvojenost socialnih veščin, samozavedanja, spretnosti in strategij za interakcijo z drugimi, interpretacijo socialnih situacij, prepoznavanje in izražanje čustev ter področje opolnomočenja, zlasti na:

- stopnjo razumevanja in interpretacije socialnih situacij ter vključevanja med vrstnike,
- zmožnost vzpostavljanja in ohranjanja medosebnih odnosov in socialnih interakcij,
- zmožnost samostojnega vključevanja in sodelovanja v skupini,
- vpliv izgube vida na samopodobo in čustveno regulacijo,
- stopnjo veščin samozagovorništva ter poznavanja in zagovarjanja lastnih potreb,
- vpliv kompleksnosti okolja na socialno funkcioniranje ter prepoznavanje obrazov, mimike in socialnih signalov ipd.

Na podlagi funkcionalne opredelitve se določa potreba po:

- dodatni strokovni pomoči tiflopedagoga za učenje znanj, spretnosti in veščin s področja tiflopedagogike: **socialne veščine in opolnomočenje** (Allman in Lewis, 2014; McLinden idr., 2016; Wolffe idr. 2002);
- individualiziranih prilagoditvah didaktičnega, fizičnega in socialnega okolja ter podpori spremljevalca v socialnih situacijah.

2.2.4 Področje samostojnosti in skrbi zase v šolskem prostoru

Zaradi omejenih možnosti raziskovanja okolja ter omejenega naključnega učenja, opazovanja in posnemanja lahko na teh področjih pričakujemo težave, zato otroci potrebujejo neposredno poučevanje v naravnem okolju (npr. oblačenje, osebna higiena, prehrana, rokovanje z denarjem) ali podporo drugih oseb pri določenih aktivnostih (npr. ekskurzije). Samostojna skrb za lastne potrebe v vzgojno-izobraževalnem procesu vzpostavlja kontrolo nad okoljem ter gradi občutek kompetentnosti, kar dolgoročno vodi v otrokovo samostojnost. Učinkovita raba tehnologije (od enostavnih do kompleksnih elektronskih pripomočkov, opreme, programskih sistemov) otrokom omogoča pridobivanje in izmenjavo informacij ter dostop do akademskih vsebin s pretvorbo vidnih informacij v povečan tisk, brajico ali zvočno obliko. Lahko se pojavijo težave pri samostojni uporabi IKT, pri starejših otrocih pa strah pred izpostavljanjem in pritisk vrstnikov ob uporabi pripomočkov.

Pri otrocih s CVI kognitivni napor, potreben za interpretacijo in razumevanje vizualnih informacij, ter težave z integracijo vizualnih in motoričnih informacij vodijo k hitri utrudljivosti in zmanjšani zmožnosti otroka za samostojno in natančno izvedbo vsakodnevnih opravil tekom dneva. Funkcioniranje otroka s CVI izrazito niha pod vplivom utrujenosti in stresa, kar povečuje otrokovo odvisnost od staršev ali skrbnikov. Zaradi primanjkljajev v vizualni selektivni pozornosti otroci s CVI imajo težave z iskanjem predmetov v vizualno nasičenih okoljih, tudi če na primer gledajo neposredno vanje (Chang idr., 2024; Hokken idr., 2025a; McDowell, 2023; Williams idr., 2021).

Funkcionalna opredelitev značilnosti otroka na področju **samostojnosti in skrbi zase** temelji na presoji, v kolikšni meri izguba vida vpliva na stopnjo samostojnosti, učinkovitosti, varnosti in motivacije na področjih vsakodnevnih spretnosti, prostočasnih aktivnosti ter rabe IKT, zlasti na:

- stopnjo samostojnosti pri vsakodnevnih aktivnostih in skrbi zase,
- zmožnost organizacije dela, prostora in pripomočkov,
- potrebo po pomoči druge osebe,
- stopnjo samostojnosti pri uporabi pomožne, podporne in prilagojene tehnologije.

Na podlagi funkcionalne opredelitve se določa potreba po:

- dodatni strokovni pomoči tiflopedagoga: učenju znanj, spretnosti in veščin s področij **vsakodnevnih veščin ter pomožne, podporne in prilagojene tehnologije** (Allman in Lewis, 2014; McLinden idr., 2016; Wolffe idr. 2002),
- individualiziranih prilagoditvah didaktičnega, fizičnega in socialnega okolja, pripomočkih ter potrebi po spremljevalcu za doseganje čim večje samostojnosti pri vsakodnevnih opravilih in skrbi zase v šolskem okolju.

2.2.5 Zmožnosti sodelovanja, participacije in prilagajanje zahtevam vzgojo-izobraževalnega okolja

Zaradi omejenih možnosti raziskovanja okolja ter naključnega učenja, opazovanja in posnemanja lahko pri otrocih s slepoto (z ostanki vida, minimalnimi ostanki ali popolno slepoto) pričakujemo več težav. Povečano je tveganje za pasivnost, odvisnost in manjšo asertivnost. Otroci potrebujejo sistematično in strukturirano poučevanje ter podporo pri vključevanju v procese odločanja, prilagajanju na izgubo vida in sprejemanju omejitev, pri prehodih ter večjih spremembah v sicer stalnem okolju. Izzivi se lahko pojavijo tudi pri vključevanju v večje skupine, zlasti pri vzpostavljanju in ohranjanju socialnih odnosov. Prisotna je lahko pretirana odvisnost in usmerjenost na spremljevalca.

Zaradi dodatnega napora pri procesiranju vizualnih informacij se otroci s CVI hitreje utrudijo, proti koncu pouka pa se njihova zmožnost pozornosti, organizacije in sodelovanja pogosto še dodatno zmanjša. Pogosto se pojavlja t. i. navidezna nepazljivost. V razredu lahko delujejo, kot da ne poslušajo, ne sledijo pouku ali se hitro zamotijo, vendar takšno vedenje pogosto ni posledica pomanjkanja interesa ali motivacije. Gre predvsem za posledico težav pri filtriranju nepomembnih vizualnih dražljajev v hrupnem, vizualno prezasičenem okolju, kar vodi v izrazito kognitivno preobremenitev. V socialnih situacijah se zato pogosto umikajo v osamo ali dajejo prednost interakcijam ena na ena, ker jih skupinska dinamika, večje število dražljajev in

nepredvidljivost socialnega okolja vizualno in čustveno preobremenijo. Pri otrocih s CVI se lahko pojavljajo tudi pomembne težave na področju prilagoditvenega vedenja. Raziskave, izvedene s standardiziranimi psihometričnimi instrumenti za ocenjevanje prilagoditvenega vedenja, kažejo, da otroci s CVI pogosto dosegajo izrazito nizke rezultate na področjih komunikacije, vsakodnevnih veščin in socializacije, v nekaterih primerih tudi pod 1. percentilom. Pomembno je razumevanje, da sodelovanje otrok s CVI pri pouku in razvoj prilagoditvenih spretnosti nista odvisna zgolj od njihovih kognitivnih sposobnosti, temveč v veliki meri tudi od stopnje vizualne anksioznosti, utrudljivosti in zmožnosti možganov za sprotno procesiranje kompleksnih vidnih informacij v realnem času (Hokken idr., 2025a; Nguyen idr., 2025).

Funkcionalna opredelitev značilnosti otroka na področju sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti temelji na presoji, v kolikšni meri izguba vida vpliva na avtonomijo posameznika, samoregulirano vedenje, zmožnosti vključevanja, prilagajanja in interakcij v vzgojno-izobraževalnem okolju, zlasti na:

- stopnjo prilagodljivosti na spremembe,
- zmožnost prenosa in uporabe naučenih strategij v nove okoliščine,
- potrebo po pripravi načrta tranzicije, podpori pri organizaciji, vključevanju v različne ravni vzgoje in izobraževanja ali zaposlitev,
- stopnjo usvojenosti zaposlitvenih veščin in poznavanja poklicnih možnosti,
- vpliv izgube vida na vztrajnost, tempo dela in samostojnost funkcioniranja.

Na podlagi funkcionalne opredelitve se določa potreba po:

- dodatni strokovni pomoči tiflopedagoga: učenju znanj, spretnosti in veščin s področij **zaposlitvenih in socialnih veščin ter opolnomočenja** (Allman in Lewis, 2014; McLinden idr., 2016; Wolffe idr. 2002);
- načrtu tranzicije, individualiziranih prilagoditvah didaktičnega, fizičnega in socialnega okolja, pripomočkih ter potrebi po spremljevalcu pri vključevanju in ustreznem odzivanju na spremembe v vzgojno-izobraževalnem procesu.

2.3 Podporni in organizacijski vidiki v vzgojno-izobraževalnem procesu

Slepi, slabovidni in otroci s CVI oz. okvaro vidne funkcije imajo zaradi izgube vida specifične potrebe, ki jih je treba nasloviti v vzgojno-izobraževalnem procesu. Za vsestranski razvoj, učenje ter ublažitev in odpravo posrednih in neposrednih posledic izgube vida pridobivajo veščine, spretnosti in znanja, ki vključujejo: razvoj vseh senzornih modalitet, pridobivanje kompenzatornih spretnosti in specialnih komunikacijskih tehnik, metode varnega in samostojnega gibanja, socialne spretnosti, veščine opolnomočenja ter znanja, spretnosti in veščine pomožne in podporne tehnologije. Vse to se pridobiva in nadgrajuje glede na razvojno obdobje otroka, raven izobraževanja in vzgojno-izobraževalne potrebe ter predstavlja prvi pogoj za akademsko učenje, poklicno usposabljanje ter pripravo na samostojno in neodvisno življenje. Hkrati je treba zagotavljati izvedbo poučevanja na veččuten način, dodatno strokovno pomoč tiflopedagoga, pripomočke, časovne prilagoditve ter prilagoditve gradiv, učnega procesa in prostora. Pri presoji in oblikovanju predlogov za prilagoditve didaktičnega, fizičnega in socialnega učnega okolja članom komisije priporočamo, da **predlogi temeljijo na navodilih za**

izvajanje in prilagajanje posameznega izobraževalnega programa, v katerega se otrok usmerja.

V primeru sočasne CVI kot spremljajočega sekundarnega primanjkljaja, ovire ali motnje ob primarni (na primer pri otrocih z motnjo v duševnem razvoju, gibalno oviranostjo idr.) lahko prvostopenjska komisija na podlagi tiflopedagoške ocene in opažanj strokovne skupine šole smiselno presodi o izbiri ustreznejšega specialnopedagoškega strokovnega profila za izvajanje dodatne strokovne pomoči glede na otrokovo funkcioniranje (npr. specialnega pedagoga namesto tiflopedagoga).

3 VSTOPNA TOČKA

Pri presoji upravičenosti do usmerjanja v skupino slepih, slabovidnih in otrok s CVI oz. z okvaro vidne funkcije se upoštevata medicinski kriterij, ki določa stopnjo izgube vida, in funkcionalni kriterij, ki določa vpliv izgube vida na funkcioniranje, vključevanje ter samostojnost v učnem procesu in stopnjo izraženih težav. Medicinska diagnoza sama po sebi ne odraža vedno vpliva izgube vida na otrokovo funkcioniranje. Po drugi strani pa so lahko pri otrocih, ki ne izpolnjujejo medicinskih kriterijev za slepoto in slabovidnost, prepoznane pomembne težave pri funkcioniranju.

Podajamo naslednja priporočila za odločanje članov komisij za usmerjanje v primeru skladnosti ali neskladnosti obeh kriterijev:

a) izpolnjen medicinski kriterij in izkazane težave v funkcioniranju: **otrok je usmerjen** in potrebuje pripomočke, prilagoditve ter dodatno strokovno pomoč tiflopedagoga;
b) izpolnjen medicinski kriterij, težave v funkcioniranju niso izrazite zaradi že usvojenih znanj, spretnosti in veščin, podpore v šolskem okolju, uporabe pomožne in podporne tehnologije ter drugih pripomočkov in prilagoditev: **otrok je usmerjen** z opredeljenimi prilagoditvami in pripomočki, vendar lahko z manjšim obsegom ali celo brez dodatne strokovne pomoči tiflopedagoga;
c) izpolnjen medicinski kriterij, težave v funkcioniranju niso prisotne: **otrok ni usmerjen**, v sintezi strokovnega mnenja se po potrebi navedejo potrebne prilagoditve. V vzgojno-izobraževalnem procesu se otroku zagotavlja podpora v okviru inkluzivne poučevalne prakse ter stopenjske pomoči in podpore;
d) medicinski kriterij ni izpolnjen, težave v funkcioniranju pa so izrazite in jih v okviru dobre poučevalne prakse ter stopenjske pomoči in podpore ni bilo mogoče preseči: **otrok je usmerjen** z opredeljenimi prilagoditvami, pripomočki in dodatno strokovno pomočjo tiflopedagoga.
e) medicinski kriterij ni izpolnjen, funkcionalne težave niso prisotne: **otrok ni usmerjen**.

4 IZLOČITVENI KRITERIJI

Izključitev primarnih nevrorazvojnih motenj pri opredelitvi slepih, slabovidnih in otrok s cerebralno okvaro vida oz. z okvaro vidne funkcije

V podskupino otrok z izrazitimi težavami na področju vizualnega funkcioniranja ne usmerjamo otrok, pri katerih so težave na področju vizualnega funkcioniranja posledica neustrezno

korigirane refrakcijske napake ali primarno posledica drugih primanjkljajev, ovir oziroma motenj (na primer motenj pozornosti, specifičnih učnih težav ipd.). V to podskupino prav tako ne usmerjamo otrok z akutnimi očesnimi stanji, pri katerih proces zdravljenja še ni zaključen.

Čeprav se CVI lahko pojavlja sočasno z drugimi nevrorazvojnimi motnjami, primarno ne predstavlja motnje jezika, učenja ali socialne komunikacije (na primer motnje avtističnega spektra ali disleksije) (Chang idr., 2024). Ker se značilnosti oziroma vedenjski vzorci otrok s cerebralno okvaro vida pogosto delno prekrivajo z značilnostmi drugih nevrorazvojnih motenj, je za njeno ustrezno opredelitev potrebna skrbna multidisciplinarna diferencialna diagnostika. Brez ustreznega prepoznavanja cerebralne okvare vida kot primarnega vzroka težav pri učenju njihove potrebe po prilagoditvah, specifični podpori in ustreznih pristopih obravnave pogosto ostanejo spregledane.

5 SMERNICE ZA ODLOČANJE PREVERJANJA USTREZNOSTI USMERITVE

Za otroke s stabilnim očesnim stanjem in z že usvojenimi znanji, spretnostmi in veščinami za premagovanje izgube vida je pričakovati, da se v osnovnošolskem programu obseg in oblika dodatne strokovne pomoči postopoma zmanjšujeta oz. da se dodatna strokovna pomoč in pomoč spremljevalca celo ukineta. Rok za preverjanje ustreznosti usmeritve se v teh primerih določi praviloma v določenem roku **pred vstopom v tretje vzgojno-izobraževalno obdobje**.

Kadar je glede na naravo izgube vida mogoče pričakovati spremembe v vizualnem funkcioniranju ter možnost spremembe potrebnih prilagoditev, pomožnih in podpornih tehnologij ter obsega, oblike in izvajalca dodatne strokovne pomoči, je ob izdaji odločbe treba določiti rok za preverjanje ustreznosti usmeritve, praviloma v dveh do treh letih:

- za otroke, ki spadajo v podskupino otrok z izrazitimi težavami na področju vizualnega funkcioniranja in pri katerih je pričakovano izboljšanje funkcioniranja;
- za otroke s slabo očesno prognozo, pri katerih predvidevamo potrebo po povečanju obsega ur dodatne strokovne pomoči in nabora prilagoditev;
- za otroke, ki imajo poleg slabovidnosti opredeljene dodatne primanjkljaje, ovire ali motnje in je ob prvem usmerjanju težko določiti primarni vzrok težav ter ustrezno obravnavati vzgojno-izobraževalne potrebe;
- za otroke s CVI oz. z okvaro vidne funkcije, pri katerih je zaradi razvoja ali pridobljenih kompenzatornih veščin na tiflopedagoških področjih pričakovati izboljšanje vizualnega in splošnega funkcioniranja ter samostojnosti; pri določenih stanjih (npr. hemianopsija ob možganski kapi) lahko predvidevamo, da se bo otrok ob ustrezni podpori v obdobju enega ali dveh šolskih let prilagodil na novonastalo stanje vida in razvil strategije za učinkovito dostopanje do vizualnih informacij.

6 KRITERIJI ZA ZAGOTAVLJANJE PRAVICE DO SPREMLJEVALCA

Člani komisije za usmerjanje pri presoji o dodelitvi pravice do spremljevalca za zagotavljanje fizične pomoči slepemu, slabovidnemu ali otroku s CVI oz. okvaro vidne funkcije **prednostno upoštevajo funkcionalno opredelitev otrokovih značilnosti**. Pravica do spremljevalca se otroku

dodeli na podlagi njegovega dejanskega funkcioniranja v vzgojno-izobraževalnem procesu in ne zgolj na podlagi medicinskih kriterijev.

Pravica do pomoči spremljevalca v vzgojno-izobraževalnem procesu **se otroku lahko dodeli, kadar je iz dokumentacije razvidno, da zaradi izgube vida potrebuje pomoč druge osebe** pri:
•organizaciji šolskega dela, pripravi šolskih ali drugih potrebščin za pouk in med poukom (usvajanje rutin, razvijanje organizacijskih spretnosti, izdelava zapiskov učne snovi idr.);
•uporabi medicinskih, tehničnih in didaktičnih pripomočkov za slepe in slabovidne, ki jih otrok potrebuje za dostop do informacij in dejavnosti pri pouku (npr. priprava brajevega pisalnega stroja, brajeve vrstice, namizne elektronske lupe, bele palice ipd.);
•varnem vključevanju, sodelovanju in ustreznem odzivanju v učnih dejavnostih ter drugih situacijah v šolskem in zunajšolskem okolju (npr. pri obšolskih dejavnostih), kadar so pri otroku prisotne težave na področju samostojnega gibanja in orientacije, povečano tveganje za ogrožanje njegove varnosti ter omejitve na področju prilagoditvenih spretnosti idr.

Spremljevalec **se otroku ne dodeli**, kadar:
•otrok kljub težavam pri vizualnem funkcioniranju dosega ustrezno stopnjo samostojnosti;
•bi pomoč spremljevalca nadomeščala že razvite otrokove zmožnosti in s tem zmanjševala njegovo samostojnost;
•potrebe otroka lahko ustrezno zagotavljajo prilagoditve didaktičnega, fizičnega in socialnega učnega okolja, pripomočki ali druge oblike stopenjske pomoči in podpore brez spremljevalca.

Viri in literatura

Allman, C. B., Lewis S. (2014). *ECC essentials: Teaching the Expanded Core Ccurriculum to Students with Visual Impairments.* AFB PRESS.

Boonstra, F. N., Bosch, D. G. M., Geldof, C. J. A., Stellingwerf, C., Porro, G. (2022). The Multidisciplinary Guidelines for Diagnosis and Referral in Cerebral Visual Impairment. *Frontiers in human neuroscience*, *16*, 727565. https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.727565

Boot, F. H., Pel, J. J., van der Steen, J., Evenhuis, H. M. (2010). Cerebral Visual Impairment: which perceptive visual dysfunctions can be expected in children with brain damage? A systematic review. *Research in developmental disabilities*, *31*(6), 1149–1159. https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1016/j.ridd.2010.08.001

Chang, M. Y., in CVI Working Group (2024). Special commentary: Cerebral/cortical visual impairment working definition: A report from the National Institutes of Health CVI Workshop. *Ophthalmology, 131*(12), 1359–1365. https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2024.09.017

Chokron, S., Dutton, G. N. (2016). Impact of Cerebral Visual Impairments on Motor Skills: Implications for Developmental Coordination Disorders. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1471 https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01471

Colenbrander, A. (2016). A conceptual model for vision rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 53*(6), 693–704.

Corn, A. L., Lusk, K. E. (2010). Perspectives on low vision. V: A. L. Corn in J. N. Erin (ur.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (2. izd., str. 3–34). AFB Press

Dale, N. (2021). Cerebral visual impairment-related vision problems in the classroom. *Developmental medicine and child neurology*, *63*(6), 632. https://doi.org/10.1111/dmcn.14837

Dale, N., Salt, A., Sargent, J., Greenway, R. (2022). *Children with Vision Impairment: Assessment*, *development, and management*. Mac Keith Press.

Dutton, N. G. (2015). Disorders of the brain and how they can affected vision. V: A. H. Lueck in G. N. Dutton (Eds.). *Vision and the Brain: Understanding Cerebral Visual Impairment in Children* (str. 3–20). AFB Press, American Foundation 47ort he Blind.

Dutton, N. G., Lueck H. A. (2015). Impairment of Vision Due to Damage to the Brain. V: A. H. Lueck in G. N. Dutton (ur.). *Vision and the Brain: Understanding Cerebral Visual Impairment in Children* (str. 3–20). AFB Press, American Foundation 47ort he Blind.

Fazzi, E., Molinaro, A., Hartmann, E. (2015). The Potential Impact of Visual Impairment and CVI on Child Development [Review of *The Potential Impact of Visual Impairment and CVI on Child Development*]. V: A. H. Lueck in G. N. Dutton (ur.). *Vision and the Brain: Understanding Cerebral Visual Impairment in Children* (str. 83–104). AFB Press, American Foundation for the Blind.

Ferrell, K. A., Shaw, A. R. Deitz, S. J. (1998). *Project PRISM: A longitudinal study of developmental patterns of children who are visually impaired* . (Report No. CFDA 84.0203c; H02310188). Greeley, CO: University of Northern Colorado, Division of Special Education.

Ferrell, K. A., Smith, C.A. (2017). Growth and Development of Young Children. V: M. C. Holbrook et al. *Foundations of Education: History and Theory of Teaching Children and Youths with Visual Impairments*. AFB Press, American Foundation for the Blind.

Hatton, D. D., Bailey, D. B., Jr, Burchinaland, M. R., Ferrell, K. A. (1997). Developmental Growth Curves of Preschool Children with Vision Impairments. *Child development*, *68*(5), 788–806. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb01962.x

Hokken, M. J., Krabbendam, E., van der Zee, Y. J., Kooiker, M. J. G. (2023). Visual selective attention and visual search performance in children with CVI, ADHD, and Dyslexia: a scoping review. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, *29*(3), 357–390. https://doi.org/10.1080/09297049.2022.2057940

Hokken, M. J., Geldof, C. J. A., Stuit, S. M., van der Zee, Y. J., Moskalenko, V. W., Escudero, P., Kooiker, M. J. G. (2025a). CVI questionnaires for preschool children: Towards early screening of visual difficulties in daily life. *Applied Neuropsychology: Child*, 1–11. https://doi.org/10.1080/21622965.2025.2531422

Hokken, M. J., van der Zee, Y. J., van der Geest, J. N., Kooiker, M. J. G. (2025b). Parent-reported problems in children with Cerebral Visual Impairment: Improving the

discriminative ability from ADHD and dyslexia using screening inventories. *Neuropsychological Rehabilitation*, *35*(1), 54–74. https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2328875

Houwen, S., Visscher, C., Lemmink, K. A. P. M., Hartman, E. (2009). Motor Skill Performance of Children and Adolescents with Visual Impairments: A Review. *Exceptional Children*, *75*(4), 464-492. doi: 10.1177/001440290907500405

Kılıç, E., Cemali, M., Akı, E. (2025). The impact of cerebral visual impairment on social skills and sensory processing. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, *45* (3), 350–359 https://doi.org/10.1177/15394492241261358

Lowenfeld, B. (1981). *Berthold Lowenfeld on blindness and blind people: Selected papers*. American Foundation for the Blind.

Lueck, A. H., Dutton, G. N., Chokron, S. (2019). Profiling Children With Cerebral Visual Impairment Using Multiple Methods of Assessment to Aid in Differential Diagnosis. *Seminars in Pediatric Neurology*, *31*, 5–14. https://doi.org/10.1016/j.spen.2019.05.003

McDowell, N. (2023). Children with cerebral visual impairment related visual issues in the classroom. *Kairaranga*, *24*(2), 15–29. https://doi.org/10.54322/kairaranga.v24i2.365

McLinden, M., Douglas, G., Cobb, R., Hewett, R., Ravenscroft, J. (2016). 'Access to learning' and 'learning to access': Analysing the distinctive role of specialist teachers of children and young people with vision impairments in facilitating curriculum access through an ecological systems theory. *British Journal of Visual Impairment*, *34*(2), 177–195.

Nguyen, R., O'Neil, S. H., Borchert, M. S., Chang, M. Y. (2025). Adaptive functioning and relationship to visual behavior in children with cerebral/cortical visual impairment. *Journal of AAPOS : the official publication of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, *29*(1), 104107. https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2025.104107

Pehere, N., Chougule, P., Dutton, G. N. (2018). Cerebral visual impairment in children: Causes and associated ophthalmological problems. *Indian journal of ophthalmology*, *66*(6), 812–815. https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.4103/ijo.IJO_1274_17

Pilling, R. F., Allen, L., Bowman, R., Ravenscroft, J., Saunders, K. J., Williams, C. (2023). Clinical assessment, investigation, diagnosis and initial management of cerebral visual impairment: a consensus practice guide. *Eye (London, England)*, *37*(10), 1958–1965. https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1038/s41433-022-02261-6

Pogrund R. L., Fazzi, D. L. (ur.) (2010). *Early focus: working with young children who are blind or visually impaired and their families.* AFB Press

Razširjeni strokovni kolegij za okulistiko (1996). *Definicija slepote in slabovidnosti za Republiko Slovenijo in kriterije za razvrščanje v kategorije slepote in slabovidnosti*.

Sakki, H., Bowman, R., Sargent, J., Kukadia, R., Dale, N. (2021). Visual function subtyping in children with early-onset cerebral visual impairment. *Developmental medicine and child neurology*, *63*(3), 303–312. https://doi.org/10.1111/dmcn.14710

Stančić, V. (1991). *Oštećenja vida - biopsihosocijalni aspekti*. Školska knjiga.

Stirn Kranjc, B., Raič, V., Lah, U., Murn, T., Žunič, D., Pinterič, A. (2014). Slepi in slabovidni otroci oz. otroci z okvaro vidne funkcije. V: Vovk Ornik, N. (ur.). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami.* https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf

Svetovna zdravstvena organizacija (2025). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, ICD-11.* Svetovna zdravstvena organizacija. https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en

Vervloed, M. P. J., van den Broek, E. C. G., van Eijden, A. J. P. M. (2020). Critical Review of Setback in Development in Young Children with Congenital Blindness or Visual Impairment. *International Journal of Disability, Development and Education*, *67*(3), 336–355. https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1588231

Veldhorst, C., Vervloed, M., Kef, S., Steenbergen, B. (2023). A scoping review of longitudinal studies of children with vision impairment. *British Journal of Visual Impairment*, *41*(3), 587–609.

Warren, D. H. (1994). *Blindness and children: An individual differences approach*. Cambridge University Press.

Williams, C., Pease, A., Warnes, P., Harrison, S., Pilon, F., Hyvarinen, L., West, S., Self, J., Ferris, J., in CVI Prevalence Study Group (2021). Cerebral visual impairment-related vision problems in primary school children: a cross-sectional survey. *Developmental medicine and child neurology*, *63*(6), 683–689. https://doi.org/10.1111/dmcn.14819

Wolffe, K. E., Sacks, S. Z., Corn, A. L., Erin, J. N., Huebner, K. M., Lewis, S. K. (2002). Teachers of Students with Visual Impairments: What are they Teaching? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(5), 293–304.

Zhang, X., Manley, C. E., Micheletti, S., Tesic, I., Bennett, C. R., Fazzi, E. M., Merabet, L. B. (2022). Assessing visuospatial processing in cerebral visual impairment using a novel and naturalistic static visual search task. *Research in developmental disabilities*, *131*, 104364. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104364

III. GLUHI IN NAGLUŠNI OTROCI

Mag. Dunja Petak, Zavod RS za šolstvo
Klavdija Ambrožič, Center za sluh in govor Maribor
Nadira Silajdžič, Center za komunikacijo, sluh in govor Portorož
Katja Globevnik, Center za sluh in govor Maribor; Katja Krajnc, Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana
Maja Nahtigal Skušek, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

1 SPLOŠNA OPREDELITEV GLUHIH IN NAGLUŠNIH OTROK

Klasifikacija gluhote in naglušnosti temelji predvsem na:

1. stopnji izgube sluha, merjeni v decibelih (dB),
2. vzroku nastanka okvare,
3. času nastanka okvare,
4. mestu okvare sluha (World Health Organization [WHO], 2021; American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2020).

Ad 1 Stopnja okvare sluha, merjena v dB:
Glede na Svetovno zdravstveno organizacijo (WHO) ločimo naslednje stopnje:

- **Normalen sluh (do 20–25 dB):** oseba brez težav sliši šepet in normalni govor.
- **Blaga naglušnost (26–40 dB):** težave pri razumevanju tihega govora ali govora v hrupnem okolju.
- **Zmerna naglušnost (41–60 dB):** oseba težko sliši normalni govor brez slušnega aparata, še posebej na daljavo.
- **Težja naglušnost (61–80 dB):** razumevanje govora je možno le, če je ta zelo glasen in neposreden.
- **Zelo težka naglušnost (81–90 dB):** oseba sliši le nekatere zelo glasne zvoke, sporazumevanje temelji na vidnih informacijah (branje z ustnic).
- **Gluhota (nad 91 dB):** popolna ali skoraj popolna izguba sluha; zvoki niso več zaznavni kot koristne informacije za sporazumevanje (WHO, 2021; ASHA, 2020).

Ad 2 Glede na vzrok nastanka okvare sluha ločimo:

- **prevodno naglušnost:** težava v zunanjem ali srednjem ušesu (npr. zamašen sluhovod, poškodba bobniča); zvok ne pride do notranjega ušesa;
- **zaznavno (senzorinevralno) naglušnost:** poškodba notranjega ušesa (polža) ali slušnega živca; to je najpogostejša trajna oblika okvare;
- **mešano naglušnost:** kombinacija obeh zgoraj navedenih oblik (ASHA, 2020; WHO, 2021).

Ad 3 Glede na čas nastanka okvare sluha ločimo:

- **prelingvalno gluhoto:** nastane pred razvojem govora (rojstvo ali zgodnje otroštvo);
- **postlingvalno gluhoto:** nastane po tem, ko je oseba že usvojila govor in jezik.

Čas nastanka okvare sluha je ključni za razvoj govora in jezika (Humphries idr., 2012; Hall, Levin in Anderson, 2017; National Association of the Deaf [NAD], b. d.).

Ad 4 Glede na mesto okvare sluha ločimo:

- **prevodno izgubo sluha**, ki nastane zaradi motenj v zunanjem ali srednjem ušesu (npr. vnetje srednjega ušesa, izliv v srednjem ušesu) in je pogosto začasna. Kljub temu lahko tudi začasna prevodna izguba sluha pomembno vpliva na razvoj poslušanja, govora, jezika, pozornosti in učenja, zlasti če se pojavlja v zgodnjem otroštvu ali se ponavlja (ASHA, 2020);
- **zaznavno (senzorinevralno) izgubo**, ki nastane zaradi okvare notranjega ušesa (polža). Najpogosteje je trajna in je lahko prirojena ali pridobljena (npr. zaradi hrupa, staranja ali bolezni). Ta vrsta izgube sluha vpliva ne le na jakost zvoka, temveč tudi na njegovo jasnost, zato imajo posamezniki pogosto težave z razumevanjem govora, zlasti v hrupnem okolju. Pomembno lahko vpliva na razvoj govora in jezika ter na učno uspešnost (WHO, 2021; Marschark in Spencer, 2010);
- **mešano izgubo sluha**, ki predstavlja kombinacijo prevodne in zaznavne izgube sluha, kar pomeni, da so prisotne okvare tako v zunanjem ali srednjem ušesu kot tudi v notranjem ušesu ali slušnem živcu. Posledice so lahko izrazitejše kot pri posamezni vrsti izgube sluha, saj vpliva tako na prenos kot na zaznavo zvoka. Takšna izguba sluha lahko pomembno ovira razvoj komunikacijskih sposobnosti in učenje (ASHA, 2020);
- **nevralno izgubo sluha**, ki nastane zaradi okvare slušnega živca, ki prenaša zvočne informacije iz notranjega ušesa v možgane. Zvok lahko doseže notranje uho, vendar se signal ne prenaša ustrezno naprej. Posamezniki imajo pogosto velike težave z razumevanjem govora, tudi če zvoke zaznajo. Ta vrsta izgube sluha lahko močno vpliva na razvoj govora, jezika in socialne komunikacije (ASHA, 2020);
- **centralno izgubo sluha**, ki nastane zaradi motenj v delovanju slušnih poti ali centrov v možganih. Posameznik lahko sliši zvoke, vendar jih težje prepozna, razume ali ustrezno obdela. Težave se pogosto kažejo pri razumevanju govora v zahtevnejših poslušnih pogojih (npr. v hrupu ali pri hitrem govoru). Centralna izguba sluha lahko pomembno vpliva na pozornost, jezikovni razvoj, učenje in šolsko uspešnost (American Speech-Language-Hearing Association, 2005, 2020).

2 OPREDELITEV SKUPINE GLUHIH OZIROMA NAGLUŠNIH OTROK

2.1 Medicinska opredelitev skupine gluhih in naglušnih otrok

Naglušni otrok ima povprečno izgubo sluha na govornem področju na frekvencah 500, 1000, 2000 in 4000 Hz manj kot 110 dB, gluhi otrok pa več kot 110 dB.

Izguba sluha vpliva na različna področja otrokovega življenja – na sporazumevanje, socializacijo, izobraževanje (WHO, 2021; Marschark in Spencer, 2010). V populaciji naglušnih in gluhih otrok se lahko pojavljajo velike individualne razlike. Na govorno-jezikovne in komunikacijske veščine pomembno vplivajo vrsta in stopnja izgube sluha, čas nastanka (prelingvalno ali postlingvalno), uporaba ustreznega slušnega pripomočka glede na stopnjo in vrsto izgube sluha, ustrezna in zgodnja habilitacija ali rehabilitacija, kognitivne, osebnostne in druge lastnosti.

2.2 Opredelitev funkcioniranja gluhih in naglušnih otrok v okviru petih področij

V naslednjem poglavju so opisane ključne (izstopajoče) značilnosti funkcioniranja gluhih in naglušnih otrok v vzgojno-izobraževalnem procesu, in sicer na petih področij funkcioniranja. Pri vključevanju otroka v vzgojno-izobraževalni program je treba upoštevati predvsem sposobnost učinkovitega poslušanja, govorno-jezikovne in komunikacijske veščine, kognitivne sposobnosti, socializacijske veščine, čustveno zrelost, samopodobo ter osebnostne in druge lastnosti.

Na slušno in govorno-jezikovno funkcioniranje gluhih otrok pomembno vpliva tudi izbira ustreznega slušnega pripomočka. Učinki polževega vsadka so individualno zelo različni in so odvisni od starosti ob implantaciji, kakovosti rehabilitacije, dodatnih težav ter dostopa do jezika (Kral in Sharma, 2012). Funkcionalno gluhi otrok usvaja jezik, govor in sporazumevanje primarno po vizualni in kinestetični poti s pomočjo znakovnega jezika, odgledovanja z ustnic in drugih strategij.

2.2.1 Kognitivno področje

Pri gluhih in naglušnih otrocih kognitivni razvoj ni v prvi vrsti odvisen od slušne izgube, temveč od zgodnjega dostopa do jezika. Jezikovna deprivacija zaradi pozne ali neustrezne izpostavljenosti lahko vodi v upočasnjen razvoj, slabše izvršilne funkcije (pozornost, delovni spomin, načrtovanje) ter omejeno abstraktno mišljenje. Razvoj poteka na kontinuumu od tipičnega (ob zgodnjem dostopu do jezika) do izrazitih kognitivnih zaostankov, pri čemer so pogosto prizadeti tudi socialna kognicija in procesiranje informacij. Ključna zaščitna vloga pripada zgodnji, dostopni jezikovni izkušnji (npr. vizualni ali govorni), ki omogoča normalen razvoj višjih kognitivnih funkcij (Hall, Hall in Caselli, 2024).

2.2.2 Telesno in senzorno področje ter področje gibalne zmožnosti

Motnje ravnotežja so pri gluhih otrocih zelo pogoste in vplivajo na gibalni razvoj, orientacijo, pozornost, branje, sodelovanje v razredu in socialno vključenost (Melo, 2024).

2.2.3 Socialno-čustveno področje

Komunikacija je ključni dejavnik socialno-čustvenega razvoja, saj vpliva na socialno vključenost, občutek varnosti, samopodobo in razvoj socialnih veščin (Calderon in Greenberg, 2003). Ob pomanjkljivo omogočeni učinkoviti komunikaciji se lahko pojavijo občutki socialne izoliranosti, frustracija, zmanjšana samopodoba ter zmanjšano vključevanje v vrstniške interakcije. Posledično je manj priložnosti za spontano učenje socialnih pravil, saj večina socialnih informacij poteka zvočno (Peterson in Siegal, 2000). Pogosto so prisotni tudi občutek drugačnosti, težave pri izražanju in razumevanju čustev ter povečano tveganje za stres, anksioznost ali socialni umik. Ker je jezik temelj učenja, se lahko pri gluhih učencih pojavljajo težave pri razumevanju abstraktnih vsebin, počasnejše bralno razumevanje ter težave v pisnem jeziku (slovnica, besedišče, zaporedje). Omejen je lahko tudi dostop do ustnih razlag in neformalno posredovanih informacij. Vedenjski odzivi, kot so umik, pasivnost ali izbruhi frustracije, so pogosto posledica komunikacijskih ovir in preobremenitve, ne pa osebnostnih lastnosti ali vedenjskih motenj (Hall, Levin in Anderson, 2017).

2.2.4 Področje samostojnosti in skrbi zase v šolskem prostoru

Na področju samostojnosti in skrbi zase so pri gluhih in naglušnih otrocih morebitne težave večinoma sekundarne in izhajajo iz omejenega dostopa do informacij ter komunikacijskih ovir, ne pa iz same slušne izgube. Ob zgodnjem dostopu do jezika se samostojnost razvija primerljivo s slišečimi vrstniki, medtem ko lahko jezikovna deprivacija vodi v težave pri razumevanju navodil, organizaciji dejavnosti in iniciativnosti ter večjo odvisnost od odraslih. V šolskem okolju se to kaže kot potreba po dodatnih razlagah, vizualni podpori in strukturiranju nalog, pri čemer pomembno vlogo igra tudi tolmač slovenskega znakovnega jezika. Izrazitejše težave, ki pomembno vplivajo na vsakodnevno funkcioniranje

in vključevanje v vzgojno-izobraževalni proces, se pogosteje pojavljajo pri otrocih z omejenim dostopom do jezika (Hall, Hall in Caselli, 2024; National Association of the Deaf, b. d.).

2.2.5 Zmožnosti sodelovanja, participacije in prilagoditve zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja

Pri gluhih in naglušnih otrocih se težave na področju sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti pojavljajo predvsem kot posledica komunikacijskih ovir in omejenega dostopa do informacij, ne pa kot primarni primanjkljaj. Ob zgodnjem dostopu do jezika so te sposobnosti praviloma razvite primerljivo s slišečimi vrstniki, medtem ko lahko jezikovna deprivacija vodi v težave pri razumevanju socialnih pravil, sodelovanju v skupini, prilagajanju spremembam in upoštevanju navodil, zlasti v jezikovno zahtevnejših situacijah. Posledično otroci pogosto potrebujejo več strukturiranja, vizualne podpore ter imajo lahko zmanjšano fleksibilnost pri odzivanju na zahteve okolja. Izrazitejše težave, ki vplivajo na vključevanje v skupino in sodelovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu, so pogosteje povezane z omejenim dostopom do jezika in neustreznim komunikacijskim okoljem (Hall, Hall in Caselli, 2024; Meristo, Strid in Hjelmquist, 2024).
Občasno prihaja do odstopanja funkcioniranja otrok glede na medicinski kriterij. Otrok je po medicinskih kriterijih gluh, vendar lahko slušno in govorno funkcionira kot naglušen. Tako imenovani »funkcionalno gluh« je otrok, ki je po medicinskih kriterijih naglušen, vendar funkcionira kot gluh.
Ključno strokovno izhodišče je, da se ustreznost usmeritve presoja glede na funkcionalni vpliv izgube sluha na otrokovo komunikacijo, učenje in socialno vključevanje, ne zgolj na podlagi avdioloških meritev (WHO, 2021; Hall, Hall in Caselli, 2024).

2.3 Usmerjanje gluhih in naglušnih otrok

Gluhe in naglušne otroke lahko usmerjamo v naslednje podskupine:

2.3.1 Naglušni otroci

a) Otrok z lažjo izgubo sluha (povprečna izguba v govornem območju od 26 do 40 dB) je otrok z obojestransko lažjo izgubo sluha ali zmerno izgubo na enem ušesu in je brez izgube na drugem ušesu. Otrok usvaja govor in jezik ter se sporazumeva po slušni poti; v hrupnem okolju uporablja tudi veščine odgledovanja z ustnic. Pri usvajanju govora in jezika ima lahko težave pri izgovarjavi glasov v besedah, usvajanju besedišča, uporabi slovničnih pravil in oblikovanju povedi v smiselno celoto.
V tihem okolju otrok sliši in razume glasovni govor, spremembe pogojev poslušanja pa lahko pomembno vplivajo na razumevanje.
V vzgojno-izobraževalnem procesu lahko otrok izkazuje:
občasne težave pri sledenju skupinskemu delu, zlasti v hrupnem okolju (po navadi povezane z nerazumevanjem navodil), potrebo po ponovitvah in dodatnih pojasnilih, manjšo odzivnost v skupinskih razpravah in rahlo zmanjšano učinkovitost pri prilagajanju na hitre spremembe v komunikaciji. Kognitivni razvoj je večinoma tipičen, lahko pa se pojavijo blage težave pri vzdrževanju pozornosti, delovnem spominu in razumevanju zahtevnejših jezikovnih informacij.
Opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov:
Pri otroku z lažjo izgubo sluha je **kognitivni razvoj** praviloma primerljiv z vrstniki. Težave se lahko pojavijo predvsem pri slušnem procesiranju, vzdrževanju pozornosti, razumevanju kompleksnejših navodil,

pomnjenju slišanih informacij ter v situacijah, kjer je prisoten hrup ali več govorcev hkrati. Zaradi povečanega napora pri poslušanju se lahko hitreje pojavi utrudljivost. **Na telesnem in gibalnem področju** večinoma ni izrazitejših odstopanj. Pri nekaterih otrocih se lahko občasno pojavijo težave z ravnotežjem, orientacijo v prostoru ali zbranostjo, kar lahko vpliva na sodelovanje pri določenih dejavnostih. Funkcioniranje otroka je lahko različno glede na učinkovitost slušnega pripomočka in pogojev v okolju. Z vidika **socialno-čustvenega področja** lahko otrok zaradi oteženega sledenja pogovorom, predvsem v hrupnem okolju ali pri skupinski komunikaciji, težje sodeluje v spontanih socialnih interakcijah. Posledično se lahko pojavijo nesporazumi, občutek drugačnosti, večja zadržanost, negotovost ali zmanjšana samozavest. Kljub temu ob podporni komunikaciji in ustreznem vključevanju praviloma razvija socialne odnose primerljivo z vrstniki. Otrok je načeloma **samostojen** pri vsakodnevnih dejavnostih, lahko pa potrebuje dodatna pojasnila ter vizualno podporo ali pomoč pri razumevanju navodil in organizaciji dela. Pomembno je postopno razvijanje odgovornosti za uporabo in skrb za slušni pripomoček ter spodbujanje samostojnega iskanja pomoči, kadar informacij ne razume dovolj dobro. Otrok ima lahko težave pri **sodelovanju in prilagoditvenih spretnostih**, saj težje sledi skupinski komunikaciji, predvsem v hrupnem okolju, pri hitrem govoru ali ob več govorcih hkrati. V novih ali komunikacijsko zahtevnejših situacijah lahko potrebuje več usmerjanja, ponovitev in vizualnih opor. Ob ustreznih prilagoditvah praviloma sodeluje primerljivo z vrstniki ter se uspešno vključuje v vzgojno-izobraževalni proces.
Smiselna je uporaba slušnega aparata ter po potrebi dodatnih podpornih sistemov.

b) Otrok z zmerno izgubo sluha (povprečna izguba v govornem območju od 41 do 60 dB) je otrok z obojestransko zmerno izgubo sluha ali težko, najtežjo ali popolno izgubo na enem ušesu in je brez izgube na drugem ušesu. Otrok usvaja govor in jezik ter se sporazumeva predvsem po slušni poti s pomočjo slušnega pripomočka. Pri govoru si pomaga tudi z odgledovanjem z ustnic. Usvajanje govora je upočasnjeno, saj glasove sliši nepopolno in jih lahko nerazumljivo izgovarja. Prisotne so lahko težave pri razumevanju besed, povedi in besedila. V vsakdanjem življenju ima precejšnje težave pri sporazumevanju, še posebej v hrupnem okolju.
V vzgojno-izobraževalnem procesu lahko otrok izkazuje:
težave pri aktivnem vključevanju v skupinsko delo, zmanjšano sledenje več govorcem hkrati, potrebo po jasnih, strukturiranih in vizualno podprtih navodilih, počasnejše prilagajanje spremembam v dejavnostih (slabše razumevanje socialnih pravil), večjo odvisnost od podpore učitelja ali vrstnikov pri razumevanju nalog. Kognitivni razvoj je lahko rahlo upočasnjen, pogostejše so težave pri vzdrževanju pozornosti, delovnem spominu, procesiranju informacij ter razumevanju kompleksnejšega jezika, zlasti ob omejenem dostopu do jezikovnega vnosa.
Opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov:
Pri otroku z zmerno izgubo sluha je **kognitivni razvoj**, ob ustreznem dostopu do jezika in zgodnji rehabilitaciji, praviloma primerljiv z vrstniki. Izraziteje pa se lahko pojavljajo težave pri slušnem procesiranju, vzdrževanju pozornosti, razumevanju daljših in kompleksnejših navodil, pomnjenju slišanih informacij ter pri sledenju pouku v hrupnem okolju ali ob več govorcih hkrati. Zaradi večjega napora pri poslušanju sta pogosto prisotni hitrejša utrudljivost in počasnejša predelava informacij. Na **telesnem in gibalnem področju** večinoma ni izrazitejših odstopanj, pri nekaterih otrocih pa se lahko pojavljajo težave z ravnotežjem, orientacijo v prostoru, koordinacijo ali zbranostjo. Funkcioniranje otroka je pogosto odvisno od učinkovitosti slušnega pripomočka, akustičnih pogojev v okolju ter možnosti dostopa do govora in drugih informacij. Z vidika **socialno-čustvenega področja** lahko otrok zaradi oteženega razumevanja govora težje sledi spontanim pogovorom, skupinskim dejavnostim in hitrim menjavam govorcev. Pogosteje lahko prihaja do nesporazumov, občutka drugačnosti, socialne negotovosti,

umikanja iz komunikacije ali zmanjšane samozavesti. Zaradi povečanega napora pri poslušanju se lahko pojavita tudi frustracija in čustvena izčrpanost. Ob podporni komunikaciji in ustreznem vključevanju praviloma razvija primerne socialne odnose z vrstniki. Otrok je praviloma **samostojen** pri vsakodnevnih dejavnostih, vendar pogosto potrebuje dodatna pojasnila, preverjanje razumevanja, vizualno podporo ter pomoč pri organizaciji dela in sledenju navodilom. Pomembno je razvijanje odgovornosti za uporabo in skrb za slušni pripomoček ter spodbujanje samostojnega iskanja pomoči in opozarjanja na komunikacijske ovire. Otrok ima lahko težave pri **sodelovanju in prilagoditvenih spretnostih**, saj težje sledi skupinski komunikaciji, predvsem v hrupnem okolju, pri hitrem govoru ali kadar govori več oseb hkrati. V novih ali komunikacijsko zahtevnejših situacijah pogosto potrebuje več usmerjanja, ponovitev, počasnejši tempo komunikacije ter dodatne vizualne opore. Ob ustreznih prilagoditvah se praviloma uspešno vključuje v vzgojno-izobraževalni proces.
Obvezna je uporaba ustreznih slušnih pripomočkov (npr. slušni aparat ali polžev vsadek) ter podpornih sistemov, kot je FM-sistem. Po potrebi se vključi dodatna komunikacijska podpora (npr. znakovni jezik, tolmač ali zapisovalec). Naj ima možnost odgledovanja (branja iz ustnic). V prostoru je treba zmanjšati hrup.

c) <u>Otrok s težko izgubo sluha</u> (povprečna izguba v govornem območju od 61 do 90 dB) je otrok z obojestransko težko izgubo sluha ali popolno izgubo na enem ušesu in zmerno izgubo na drugem ušesu. Otrok usvaja govor in jezik pretežno po slušni poti s pomočjo slušnega pripomočka; pri sporazumevanju potrebuje odgledovanje z ustnic, nekateri si pomagajo z znakovnim jezikom. Usvajanje govora je upočasnjeno, okrnjeno in zahtevno, saj veliko glasov sliši nepopolno in popačeno. Govor je pogosto težje razumljiv, besedišče pa skromnejše. V vsakdanjem življenju ima po navadi zelo velike težave pri razumevanju govora po slušni poti.
<u>V vzgojno-izobraževalnem procesu lahko otrok izkazuje:</u>
pomembno omejeno sodelovanje v skupini brez ustreznih komunikacijskih prilagoditev, težave pri razumevanju socialnih pravil in dinamike skupine, potrebo po stalni podpori pri vključevanju v dejavnosti, izrazito odvisnost od vizualnih informacij in strukturiranega okolja, težave pri prilagajanju nepričakovanim spremembam. Kognitivni razvoj je lahko pomembneje ogrožen, z izrazitejšimi težavami pri izvršilnih funkcijah, delovnem spominu, procesiranju informacij in abstraktnem mišljenju, zlasti ob pozni ali omejeni jezikovni izpostavljenosti.
<u>Opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov</u>:
Pri otroku s težko izgubo sluha je **kognitivni razvoj** lahko primerljiv z vrstniki predvsem ob zgodnjem dostopu do jezika, ustrezni rehabilitaciji ter učinkoviti uporabi slušnih pripomočkov. Pogosteje pa se pojavljajo izrazite težave pri slušnem procesiranju, razumevanju govora, pomnjenju slišanih informacij, vzdrževanju pozornosti ter pri predelavi jezikovno zahtevnejših vsebin. Otrok lahko zaradi omejenega dostopa do spontanih slušnih informacij težje razvija besedišče, abstraktno mišljenje in razumevanje kompleksnejših jezikovnih struktur. Zaradi stalnega napora pri poslušanju sta pogosto prisotni hitra utrudljivost in zmanjšana učinkovitost pri daljših dejavnostih. Na **telesnem in gibalnem področju** se lahko pogosteje pojavljajo težave z ravnotežjem, koordinacijo, orientacijo v prostoru in zbranostjo, saj je delovanje ravnotežnega sistema lahko povezano z okvaro slušnega sistema. Funkcioniranje otroka je pomembno odvisno od učinkovitosti slušnega pripomočka, pogojev v okolju ter možnosti dostopa do informacij po slušni in vizualni poti. Z vidika **socialno-čustvenega področja** otrok pogosto težje sledi spontanim pogovorom, skupinskim dejavnostim in socialnim interakcijam, zlasti v hrupnem okolju ali kadar govori več oseb hkrati. Posledično lahko prihaja do pogostejših nesporazumov, občutka izoliranosti, socialne negotovosti, frustracije, zmanjšane samozavesti ali umikanja iz komunikacije. Zaradi oteženega dostopa do neformalnih informacij in spontanega socialnega učenja lahko potrebuje

več podpore pri razvijanju socialnih veščin in vključevanju v skupino. Na področju **samostojnosti in skrbi zase** je otrok lahko samostojen pri vsakodnevnih dejavnostih, vendar pogosto potrebuje dodatno pomoč pri razumevanju navodil, organizaciji dela, načrtovanju dejavnosti ter spremljanju informacij v okolju. Pomembno je razvijanje odgovornosti za uporabo in vzdrževanje slušnih pripomočkov ter učenje strategij za samostojno iskanje pomoči in prilagajanje komunikacije. Otrok ima lahko izrazitejše težave pri sodelovanju in prilagoditvenih spretnostih, saj težko sledi skupinski komunikaciji, predvsem v hrupnem okolju, pri hitrem govoru ali kadar komunikacija ni vizualno podprta. Pogosto potrebuje počasnejši tempo komunikacije, več ponovitev, dodatne razlage, strukturiranje situacij ter stalno uporabo vizualnih opor. Ob ustreznih prilagoditvah in podpori se lahko uspešno vključuje v vzgojno-izobraževalni proces. Učenec potrebuje dosledno odgledovanje (branje z ustnic), maksimalno zmanjšanje hrupa in odmeva.
Obvezna je uporaba ustreznih slušnih pripomočkov (npr. slušni aparat ali polžev vsadek) ter podpornih sistemov, kot je FM-sistem. Po potrebi se vključi dodatna komunikacijska podpora (npr. znakovni jezik, tolmač ali zapisovalec).

2.3.2 Gluhi otroci

a) <u>Otrok z najtežjo izgubo sluha</u> (povprečna izguba v govornem območju od 91 do 110 dB) je otrok z obojestransko najtežjo izgubo sluha in je funkcionalno gluh. Otrok ima slušno zaznavo le s pomočjo slušnega pripomočka. Zaznavanje zvoka se lahko individualno razlikuje; nekateri otroci zaznavajo vibracije ali razlikujejo jakost zvoka, čeprav ne razumejo govora. Otrok usvaja govor in jezik predvsem po vizualni poti (odgledovanje z ustnic, znakovni jezik). Govor usvaja močno upočasnjeno. Posledice se pogosto kažejo v skromnem besedišču in težavah pri razumevanju.
<u>V vzgojno-izobraževalnem procesu lahko otrok izkazuje:</u>
sodelovanje, ki je v celoti odvisno od dostopnosti ustreznega komunikacijskega sistema (npr. znakovni jezik) ali slušnega pripomočka. V primeru da otrok ne uporablja polževega vsadka oz. mu le-ta ne zagotovi dostopa do verbalnega govora, ima težave pri vključevanju v slišeče okolje brez tolmačenja ali prilagoditev, potrebo po jasno strukturiranem, vizualno podprtem učnem okolju, večjo učinkovitost sodelovanja v okoljih, kjer je komunikacija dostopna in prilagojena, razlike v prilagoditvenih spretnostih glede na zgodnjo jezikovno izpostavljenost in slušni pripomoček. Kognitivni razvoj je pri uporabnikih slušnega aparata pogosto bolj ogrožen, z izrazitejšimi težavami pri izvršilnih funkcijah, delovnem spominu in procesiranju informacij, zlasti ob omejenem dostopu do jezika; ob zgodnji jezikovni podpori in uporabi polževega vsadka pa običajno poteka bistveno ugodneje.
<u>Opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov:</u>
Pri otroku z najtežjo izgubo sluha je **kognitivni razvoj** v največji meri odvisen od zgodnjega dostopa do jezika in ustrezne komunikacijske podpore. Ob zgodnji izpostavljenosti dostopnemu jeziku (govornemu in/ali znakovnemu) se lahko razvija primerljivo z vrstniki, ob jezikovni deprivaciji pa se pogosteje pojavljajo težave pri razumevanju abstraktnih vsebin, razvoju besedišča, izvršilnih funkcij, pozornosti, pomnjenja ter predelave informacij. Zaradi zelo omejenega dostopa do spontanih slušnih informacij otrok težje usvaja jezik in znanje po slušni poti, zato je ključnega pomena uporaba vizualnih načinov komunikacije in učenja. Na **telesnem in gibalnem področju** se lahko pogosteje pojavljajo težave z ravnotežjem, koordinacijo, orientacijo v prostoru. Težave so lahko povezane z okvaro slušnega in ravnotežnega sistema ter z omejenim dostopom do informacij iz okolja. Funkcioniranje otroka je pomembno odvisno od učinkovitosti komunikacijskih prilagoditev, uporabe slušnih pripomočkov ter možnosti dostopa do informacij po vizualni poti. Z vidika **socialno-čustvenega področja** otrok pogosto

doživlja omejen dostop do spontanih socialnih interakcij, pogovorov in neformalnih informacij iz okolja. Posledično se lahko pojavljajo občutek izoliranosti, frustracija, socialna negotovost, zmanjšana samozavest ali umikanje iz komunikacije. Težave pri razumevanju in izražanju čustev ter pri vključevanju v vrstniško skupino so pogosto povezane predvsem z omejenim dostopom do jezika in komunikacije, ne pa z otrokovo osebnostjo. Ob ustrezni komunikacijski podpori in vključevanju lahko otrok razvija primerne socialne odnose ter občutek pripadnosti skupini. Na področju **samostojnosti in skrbi zase** otrok pogosto potrebuje več podpore pri razumevanju navodil, organizaciji dejavnosti, spremljanju informacij ter načrtovanju dela. Pomembno je razvijanje strategij za samostojno komunikacijo, uporabo vizualnih opor in prevzemanje odgovornosti za uporabo slušnih pripomočkov ter drugih podpornih načinov komunikacije. Otrok ima lahko izrazite težave pri sodelovanju in prilagoditvenih spretnostih, predvsem v situacijah, kjer komunikacija ni vizualno dostopna ali ni ustrezno prilagojena. Težje sledi skupinski komunikaciji, spontanim pogovorom in hitrim menjavam govorcev, zato potrebuje jasno strukturirane situacije, počasnejši tempo komunikacije, dodatne razlage ter stalno uporabo vizualnih podpor. Ob ustreznih prilagoditvah in podpori se lahko uspešno vključuje v vzgojno-izobraževalni proces. Za uspešno poslušanje je najprimernejši slušni pripomoček polžev vsadek. Učenec potrebuje dosledno zagotovljeno vidnost obraza govorca (ustrezna osvetlitev, brez zakrivanja ust), komunikacija pa mora biti organizirana tako, da govori ena oseba naenkrat, ob jasnem napovedovanju govorca. V prostoru naj bo minimalno hrupa in čim manj vizualnih motenj. Če učenec nima optimalnega slušnega pripomočka, se uporabljajo vizualno-znakovni načini komunikacije (npr. slovenski znakovni jezik), po potrebi pa je vključen učitelj za komunikacijo v znakovnem jeziku oziroma tolmač.

b) <u>Otrok s popolno izgubo sluha</u> – gluhi otrok (povprečna izguba v govornem območju nad 110 dB) je otrok, ki ne loči niti dveh jakosti zvoka, niti ne dveh frekvenc, niti sposoben slišati ali razumeti govora, tudi če je ojačen. Zaznava zvoka je praviloma omejena na vibracije ali minimalne slušne dražljaje.
<u>V vzgojno-izobraževalnem procesu lahko otrok izkazuje:</u>
zelo skromno besedišče verbalnega jezika, medtem, ko je sporazumevanje v znakovnem jeziku lahko bogatejše. Jezik usvaja pretežno po vizualni poti, predvsem prek znakovnega jezika, ki predstavlja njegov naravni in dostopen jezik ter ključno vpliva na kognitivni, socialni in čustveni razvoj. Verbalni govor je pogosto zelo omejen ali nerazumljiv. Polžev vsadek lahko omogoča delno slušno zaznavo, vendar razvoj govora tudi ob njegovi uporabi ni zagotovljen in je odvisen od številnih dejavnikov.
<u>Opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov:</u>
Pri otroku s popolno izgubo sluha je **kognitivni razvoj** v največji meri odvisen od zgodnjega dostopa do jezika in kakovostne komunikacijske podpore. Ob zgodnji izpostavljenosti dostopnemu jeziku, govornemu ob uporabi polževega vsadka ali slovenskemu znakovnemu jeziku (SZJ), se lahko kognitivni razvoj razvija primerljivo z vrstniki. Če dostop do jezika ni pravočasen ali ustrezen, se lahko pojavijo težave pri razvoju besedišča, razumevanju abstraktnih vsebin, izvršilnih funkcijah, pozornosti, pomnjenju in predelavi informacij. Ker otrok nima funkcionalnega dostopa do slušnih informacij, poteka usvajanje jezika, znanja in informacij predvsem po vizualni poti. Na **telesnem in gibalnem področju** se lahko pojavljajo težave z ravnotežjem, koordinacijo, orientacijo v prostoru in zbranostjo, saj je delovanje ravnotežnega sistema pogosto povezano z delovanjem notranjega ušesa. Funkcioniranje otroka je odvisno predvsem od dostopnosti komunikacije, vizualnih prilagoditev ter možnosti vključevanja v okolje. Z vidika **socialno-čustvenega področja** je otrok zaradi omejenega dostopa do spontanih pogovorov, neformalnih informacij in socialnih interakcij lahko bolj izpostavljen občutkom izoliranosti, frustracije, drugačnosti ali socialne negotovosti. Pogosteje se lahko pojavljajo težave pri spontanem vključevanju v vrstniško skupino, razumevanju socialnih pravil ter izražanju in razumevanju čustev. Ob ustrezni komunikacijski podpori, dostopnem jeziku in spodbudnem okolju lahko otrok razvija primerne

socialne odnose, občutek pripadnosti in pozitivno samopodobo. Na področju **samostojnosti in skrbi zase** otrok pogosto potrebuje dodatno podporo pri razumevanju informacij, organizaciji dejavnosti, načrtovanju dela in spremljanju dogajanja v okolju. Pomembno je razvijanje samostojne uporabe komunikacijskih strategij, vizualnih opor ter prevzemanje odgovornosti za uporabo slušnih pripomočkov oziroma drugih načinov komunikacije. Otrok ima lahko izrazite težave pri sodelovanju in **prilagoditvenih spretnostih**, kadar komunikacija ni slušno ali vizualno dostopna ter ni ustrezno prilagojena. Težje sledi skupinskim dejavnostim, spontanim pogovorom in hitrim menjavam govorcev, zato potrebuje jasno strukturirane komunikacijske situacije, vizualne podpore, dodatne razlage in predvidljivo okolje. Ob ustreznih prilagoditvah in podpori se lahko uspešno vključuje v vzgojno-izobraževalni proces.
Če otrok uporablja polžev vsadek in je ta funkcionalen, se ga vključuje kot podporo pri zaznavanju zvoka in govora. Kadar otrok polževega vsadka ne uporablja ali njegova uporaba ni funkcionalna, je primarni način komunikacije vizualni, predvsem slovenski znakovni jezik (SZJ). Obvezna je vključitev učitelja za komunikacijo v SZJ oziroma tolmača, dosledno mora biti zagotovljena vidnost vseh govorcev (osvetljen obraz, brez zakrivanja ust, brez govora med pisanjem na tablo). Potrebna je popolna minimizacija hrupa.

3 DOLOČITEV IN UTEMELJITEV VSTOPNE TOČKE

Določitev vstopne točke temelji na interdisciplinarni oceni, ki vključuje medicinsko, logopedsko/surdopedagoško, psihološko in po potrebi tudi specialnopedagoško diagnostiko. Otroka lahko prepoznamo kot gluhega ali naglušnega otroka ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: stopnja in vrsta izgube sluha, čas nastanka okvare (prelingvalno ali postlingvalno), učinkovitost slušnih pripomočkov (slušni aparat ali polžev vsadek), govorno-jezikovne ter komunikacijske zmožnosti, vpliv izgube sluha na učenje, socializacijo in vsakodnevno funkcioniranje ter okolijski dejavniki (npr. hrup, velikost skupine, podpora v domačem okolju).

3.1 Vstopna točka za opredeljevanje gluhih in naglušnih otrok

Pri opredelitvi otroka kot gluhega ali naglušnega upoštevamo naslednje kriterije:

- Izguba sluha mora biti strokovno potrjena z ustrezno dokumentacijo, ki vključuje: izvid specialista otorinolaringologije (ORL), ki ne sme biti starejši od enega leta in iz katerega je razvidna vsaj lažja stopnja izgube sluha, izvid logopeda ali surdopedagoga, ki potrjuje zmerne ali težje primanjkljaje na vsaj enem od navedenih področij funkcioniranja.

Vstopna točka se določa glede na stopnjo potrebne podpore:

- **nižja stopnja podpore**: pri lažjih težavah, kjer zadostujejo prilagoditve v okolju (težave so blage in situacijske, zato zadostujejo pedagoške prilagoditve npr. sedenje v bližini učitelja, jasna artikulacija, vizualna podpora ...);
- **srednja stopnja podpore** (usmerjanje): kadar otrok potrebuje dodatno strokovno pomoč in prilagoditve – izguba sluha pomembno vpliva na usvajanje jezika in znanja, zato otrok potrebuje sistematično strokovno pomoč (logoped, specialni pedagog) in prilagoditve pouka – govorno-jezikovni razvoj je upočasnjen, ima težave pri razumevanju govora, tudi ob uporabi slušnih pripomočkov, potrebuje podporo pri učenju in komunikaciji.
- **višja stopnja podpore:** kadar izguba sluha pomembno vpliva na komunikacijo, učenje in celostni razvoj (usmerjanje v program s prilagojenim izvajanjem – otrok s težko ali najtežjo izgubo sluha

oziroma gluhoto, pri katerem: je komunikacija pomembno omejena, govor ni primarni ali zadostni način sporazumevanja, potrebuje prilagojen način poučevanja (npr. znakovni jezik, tolmač, individualiziran pristop).

Ključno je, da se vstopna točka določa na podlagi funkcionalnega vpliva izgube sluha, ne zgolj na podlagi avdioloških meritev .

4 OPREDELITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

Otrok se ne umešča v skupino gluhih in naglušnih otrok, kadar:

- ni prisotna zadostna izguba sluha – izguba sluha ne presega 26 dB na vsaj dveh govornih frekvencah;
- gre za začasno ali prehodno izgubo sluha – ponavljajoča se ali začasna prevodna izguba sluha zaradi vnetij srednjega ušesa ali izlivnega otitisa, pri čemer se pričakuje spontana normalizacija sluha ali izboljšanje po zdravljenju (npr. kirurškem posegu), v teh primerih je lahko smiselna uvedba IDPP (izvirni delovni projekt pomoči);
- gre za avditorno nevropatijo brez periferne izgube sluha (American Speech-Language-Hearing Association, 2005, 2020);
- ni trajnih funkcionalnih posledic slušne motnje – otrok se ne uvrsti v skupino, če: ni dokazljive trajne izgube sluha (na podlagi izvida ORL-specialista oziroma avdiološke obravnave), gre za izključno začasno prevodno izgubo sluha (npr. ob akutnem vnetju srednjega ušesa ali prehodnem izlivu), ki ob ustreznem zdravljenju izzveni, gre za motnje avditornega procesiranja brez prisotne periferne izgube sluha, ki se praviloma ne uvrščajo v kategorijo gluhih in naglušnih otrok, temveč v druge kategorije posebnih potreb.

5 SMERNICE ZA ODLOČANJE PREVERJANJA USTREZNOSTI USMERITVE

Preverjanje ustreznosti usmeritve gluhih in naglušnih otrok je kontinuiran proces, ki temelji na celostni in funkcionalni oceni in predvidevanju otrokovega nadaljnjega razvoja. Njegov namen je zagotavljanje optimalnega razvoja govora, jezika, komunikacije ter uspešnega vključevanja v ustrezen vzgojno-izobraževalni program.
Preverjanje zajema več ključnih področij: slušno funkcioniranje (npr. spremembe sluha, učinkovitost slušnih pripomočkov), govorno-jezikovni razvoj, komunikacijo, učno-kognitivno področje ter socialno-čustveni razvoj. Pri tem je pomembno, da se ne ocenjuje zgolj stopnje izgube sluha, temveč predvsem njen vpliv na otrokovo vsakodnevno funkcioniranje.

Ustreznost usmeritve se preverja:

- ob pričakovanih spremembah v sluhu ali uporabi slušnih pripomočkov (izboljšanje ali poslabšanje stanja sluha);
- v primeru usmeritve otroka s prevodno izgubo sluha predlagamo preverjanje ustreznosti usmeritve čez 2 leti.

Viri in literatura

American Speech-Language-Hearing Association (2005). (Central) auditory processing disorders. https://www.asha.org/

American Speech-Language-Hearing Association (2020). Central auditory processing disorder. https://www.asha.org/

American Speech-Language-Hearing Association (2020). Degree of hearing loss. https://www.asha.org/

American Speech-Language-Hearing Association (2020). Hearing aids for children. https://www.asha.org/

Battelino, S., Brecelj, I., Mozetič Hussu, A., Ropret, D., Željan, I., Levec, A. (2015). Gluhi in naglušni otroci. V: N.Vovk Ornik (ur.). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. Zavod RS za šolstvo. *https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf*

Calderon, R., Greenberg, M. T. (2003). Social and emotional development of deaf children. V: *Oxford handbook of deaf studies, language, and education*.

Hall, W. C., Levin, L. L., Anderson, M. L. (2017). Language deprivation syndrome: A possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(6), 761–776. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1351-7

Hall, W. C., Hall, M. L., Caselli, N. K. (2024). Access to language and cognitive development in deaf and hard-of-hearing children. Education Sciences, 15(7), 915. https://www.mdpi.com/2227-7102/15/7/915

Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., Rathmann, C., Smith, S. (2012). Language acquisition for deaf children: Reducing the harms of zero tolerance to the use of alternative approaches. *Harm Reduction Journal, 9, 16. https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-16*

Kral, A., Sharma, A. (2012). Developmental neuroplasticity after cochlear implantation. Trends in Neurosciences, 35(2), 111–122. https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.09.004

Marschark, M., Spencer, P. E. (2010). The Oxford handbook of deaf studies, language, and education. Oxford University Press.

Melo, R. S. (2024). How to help deaf children who do not understand their vestibular symptoms and motor disorders as abnormal? Journal of Audiology & Otology, 28(4), 314–317. https://doi.org/10.7874/jao.2024.00045

Meristo, M., Strid, K., Hjelmquist, E. (2024). Theory of mind development in deaf children: The role of language access. Frontiers in Psychology, 15.

National Association of the Deaf (n. d.). Position statement on early cognitive and language development and education of deaf and hard of hearing children. https://www.nad.org/about-us/position-statements/position-statement-on-early-cognitive-and-language-development-and-education-of-deaf-and-hard-of-hearing-children/

Peterson, C. C., Siegal, M. (2000). Insights into theory of mind from deafness. Child Development.

World Health Organization (2021). *World report on hearing*. World Health Organization.

IV. OTROCI Z GLUHOSLEPOTO

Dragana Žunič, Zavod RS za šolstvo
Dr. Simona Gerenčer, Združenje DLAN, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo
Dr. Ingrid Žolgar, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta
Dr. Damjana Kogovšek, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta
Dr. Saba Battelino, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo
Katja Krajnc, Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana
Renata Medle, Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana
Silvija Delfin, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Očesna klinika

1 SPLOŠNA OPREDELITEV OTROK Z GLUHOSLEPOTO

Sluh in vid sta ključna senzorna sistema za sprejemanje, predelavo in razumevanje informacij iz okolja. Pomembno vplivata na razvoj komunikacije, jezika, učenja, orientacije in mobilnosti, socialne interakcije in samostojnega funkcioniranja posameznika.

Sluh ima pomembno vlogo pri razvoju govora, jezika, komunikacije in učenja, saj otroku omogoča spontano sprejemanje in procesiranje informacij iz okolja. Omogoča razvoj slušnega zaznavanja, razlikovanja, poslušanja, razumevanja govora ter usvajanja jezika skozi vsakodnevne interakcije. Prek sluha otrok pridobiva informacije tudi zunaj neposrednega vidnega polja, kar pomembno prispeva k naključnemu učenju, razvoju pojmov, socialnih odnosov ter orientaciji v prostoru in času. Vid pa omogoča združevanje informacij iz vseh čutil, sintezo informacij ter neposreden stik z okoljem. Je bistven za naključno učenje, raziskovanje, gibanje, orientacijo v prostoru, ocenjevanje razdalj in socialno interakcijo, saj otroku nudi konsistentne, koordinirane in preverljive povratne informacije. Spodbuja lastno raziskovanje, motivira, vodi in evalvira interakcije z drugimi ter okoljem.

Hkratna izguba sluha in vida lahko predstavlja tveganje za razvoj, funkcioniranje in učenje, saj otroku prinaša določene omejitve. Omejuje ga lahko v obsegu in raznolikosti izkušenj, pri samostojnem gibanju in orientaciji ter pri interakciji s fizičnim in socialnim okoljem (Vervloed in Damen, 2015). Vendar **stopnja izgube sluha in vida sama po sebi ni dovolj za napovedovanje razvoja, učenja ali celostnega funkcioniranja otroka ter njegovih vzgojno-izobraževalnih potreb**. Pomemben vpliv imajo tudi čas nastanka izgube sluha ali vida, zgodnja dostopnost jezika, kakovost komunikacijskega okolja, zgodnja obravnava ter uporaba slušnih pripomočkov, pripomočkov za slepe in slabovidne, podpornih komunikacijskih načinov, podporne in pomožne tehnologije itd. (National Center on Deaf-Blindness, b. d.; Nordic Welfare Centre, b. d.; World Federation of the Deafblind, 2023; World Health Organization, 2021). Ne glede na navedene dejavnike izguba sluha ali vida zahteva, da se otroci učijo po drugih poteh, drugače, saj so informacije, pridobljene prek drugih čutil, fragmentirane, nekonsistentne in pasivne (Ferrell idr., 1998; Jaiswal idr., 2018; Sacks idr., 1998).

Na podlagi sodobnih funkcionalnih konceptov novejša mednarodno sprejeta nordijska opredelitev gluhoslepoto opredeljuje kot »**samostojno in edinstveno skupino otrok in mladostnikov s kombinirano, hkratno izgubo sluha in vida, ki je tako izrazita, da je čutom**

težko, da bi se medsebojno nadomeščali« (Nordic Welfare Centre, b. d.; World Federation of the Deafblind, 2023). Prisotnost hkratne izgube sluha in vida pri otroku pomembno vpliva na razvoj in funkcioniranje, ki se bistveno razlikujeta od tistih pri samostojni izgubi sluha ali vida. Zato gluhoslepih **ni mogoče obravnavati, kot da jih zaznamuje seštevek dveh ločenih senzornih okvar, temveč kot samostojno skupino otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami** (Blaha in Moss, 1994; Deafblind International, b. d.; Gerenčer Pegan, 2006, 2011, 2017, 2019, 2020; Jablan in Stanimirov, 2012; Sundqvist idr., 2023; Tarczay, 2007; Vervloed in Damen, 2015).

Sodobno razumevanje gluhoslepote kot samostojnega stanja s specifičnimi funkcionalnimi posledicami potrjuje tudi predlog seta kod za gluhoslepoto v okviru MKF (ICF Core Set) (Wittich idr., 2024; Wittich in Dumassais, 2026). Nabor temelji na biopsihosocialnem modelu ter celostno opredeljuje vpliv gluhoslepote na komunikacijo, orientacijo in mobilnost, dostop do informacij, socialno vključenost in participacijo, ob hkratnem upoštevanju pomena okoljskih dejavnikov in podpornih sistemov.
V strokovni literaturi lahko zasledimo različne opredelitve gluhoslepote, med katerimi prevladujejo:

- **medicinske opredelitve**, ki temeljijo na stopnji izgube sluha in vida (npr. opredelitve gluhote, naglušnosti, slepote in slabovidnosti);
- **funkcionalne opredelitve**, ki izhajajo iz funkcioniranja posameznika in vpliva hkratne izgube sluha in vida na njegovo vsakdanje življenje;
- **razvojne opredelitve**, ki upoštevajo čas in zaporedje nastanka izgube sluha in vida glede na razvoj govora, jezika in sporazumevalnih zmožnosti (prelingvalna, postlingvalna gluhoslepota) (Ask Larsen in Damen, 2014; Dammeyer, 2012, 2014; Dammeyer in Ask Larsen, 2016; Meekins-Doherty idr., 2025; Vervloed in Damen, 2015).

Zaradi različnih opredelitev gluhoslepote, neenotnih diagnostičnih meril in omejene dostopnosti podatkov ni enotne ocene o številu oseb z gluhoslepoto. Razširjenost gluhoslepote v svetovnem merilu je ocenjena na 0,2 % do 2 %. Velikost in struktura te populacije se skozi čas spreminjata pod vplivom različnih dejavnikov, med katerimi so etiologija, napredek medicine, dostopnost zgodnjega odkrivanja in obravnave, možnosti rehabilitacije ter podaljševanje življenjske dobe, kar vpliva tudi na spreminjanje pogostosti posameznih vzrokov gluhoslepote (Meekins-Doherty idr., 2025; World Federation of the Deafblind, 2023).

2 KRITERIJI ZA OPREDELITEV OTROK Z GLUHOSLEPOTO

2.1 Medicinski kriteriji

Prvi pogoj za opredelitev gluhoslepote je izpolnjevanje medicinskih kriterijev za opredelitev **kombinirane**, **hkratne izgube sluha in vida**.
Otrok z gluhoslepoto je otrok, ki ima povprečno izgubo sluha na govornem območju na frekvencah 500, 1000, 2000 in 4000 Hz več kot 26 dB[6] ter hkrati na boljšem očesu ob najboljši korekciji z očali ali kontaktnimi lečami vidno ostrino na daljavo v razponu od 0,05 do 0,3 (npr. po Snellenu, LogMAR) ali

[6] Medicinski kriteriji za opredelitev skupine gluhih in naglušnih otrok določajo, da ima naglušni otrok povprečno izgubo sluha na govornem območju frekvenc 500, 1000, 2000 in 4000 Hz manjšo od 110 dB, gluhi otrok pa povprečno izgubo sluha večjo od 110 dB.

zoženo vidno polje v vseh meridianih nad 10° do vključno 20° okrog fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino.[7]

2.2 Funkcionalna opredelitev

Zaradi hkratne izgube sluha in vida gluhoslepota vedno v **različnih obsegih omejuje samostojnost otroka** pri dejavnostih ter njegovo **polno vključevanje v vzgojno-izobraževalni proces** in šolsko okolje. **Kombinirani učinek hkratne izgube sluha in vida se odraža na vseh razvojnih področjih**. Vpliva na otrokove govorne in jezikovne zmožnosti, komunikacijo, načine sporazumevanja, dostop do slušnih in vidnih informacij, orientacijo ter zmožnost samostojnega in varnega gibanja, socialno-čustveni razvoj, motoriko, učenje, vključevanje v vsakodnevne šolske dejavnosti in socialne interakcije. Pri spoznavanju sveta, sporazumevanju in učenju postanejo za otroka z gluhoslepoto posebej pomembne **druge zaznavne poti in senzorne informacije, kot so tipno (taktilno), kinestetično in haptično zaznavanje, voh in okus**.

Resnost hkratne izgube sluha in vida je odvisna od: **časa nastanka** izgube sluha in/ali vida, zlasti v povezavi z razvojem govora, jezika in sporazumevalnih zmožnosti (prelingvalna ali postlingvalna izguba sluha in vida); **stopnje izgube sluha in vida in njene narave** (prirojena ali pridobljena izguba sluha in vida; stabilna ali napredujoča narava); **sopojavljanja** drugih primanjkljajev, ovir oz. motenj ter dodatnih zdravstvenih stanj ali težav; **dostopnosti** do ustrezne zgodnje obravnave, zgodnje jezikovne izkušnje, habilitacije in rehabilitacije, pripomočkov in podpornega okolja idr. Prisotnost dodatnih zdravstvenih težav ali primanjkljajev, ovir oziroma motenj (npr. nevrološke posebnosti, kronične bolezni in druge zdravstvene težave, motnje v duševnem razvoju, motnje avtističnega spektra, motnje v gibalnem razvoju itd.) lahko pomembno vpliva na otrokove potrebe po podpori, načine učenja, komunikacijo ter vključevanje v družinsko, šolsko in širše socialno okolje. Pomembno področje razlikovanja predstavljajo tudi načini sporazumevanja (Alsop, 2002; Anthony, 2016; Ask Larsen in Damen, 2014; Dammeyer, 2014; Dammeyer in Ask Larsen, 2016; Gerenčer Pegan, 2011, 2019, 2020; Gerenčer in Ipavec Dobrota, 2021; Hartshorne in Schmittel, 2016; Sundqvist idr., 2023; Tosolini idr., 2025; Vervloed in Damen, 2015).

Otroci z gluhoslepoto uporabljajo različne **ekspresivne in receptivne oblike komunikacije**, pogosto tudi **kombinacijo različnih načinov sporazumevanja**, prilagojenih njihovim senzornim zmožnostim. **Komunikacijski sistemi se skozi razvoj lahko spreminjajo in prilagajajo njihovim potrebam.** Zato pri opredeljevanju vzgojno-izobraževalnih potreb otrok z gluhoslepoto je treba upoštevati **izrazito heterogenost te populacije ter preplet številnih dejavnikov**, ki vplivajo na otrokov razvoj in funkcioniranje (Ask Larsen in Damen, 2014; Sacks in Silberman, 1998; Vervloed in Damen, 2015)

Ker zgolj medicinska opredelitev ne pojasni dovolj natančno vplivov hkratne izgube sluha in vida na razvoj, funkcioniranje ter učenje otrok z gluhoslepoto, pri sodobnem razumevanju njihovih vzgojno-izobraževalnih potreb izhajamo iz funkcionalne opredelitve gluhoslepote. Ta glede na čas nastanka kombinirane, hkratne izgube sluha in vida razlikuje **dve temeljni skupini** otrok z gluhoslepoto:

[7] Glede na meritve vidnih funkcij, vidne ostrine na daljavo in širine vidnega polja so slepi in slabovidni otroci tisti, ki imajo s korekcijskimi očali ali kontaktnimi lečami manj kot 0,3 ostanka vidne ostrine na daljavo ali zoženo vidno polje na manj kot 20° okrog fiksacijske točke, ne glede na centralno vidno ostrino. Pri otrocih s cerebralno okvaro vida oz. z okvaro vidne funkcije (kratica ang. CVI) gre za nevrološko pogojeno okvaro vida, ki nastane zaradi poškodbe ali nepravilnosti v razvoju vidnih poti in struktur vidnega sistema v možganih.
Za več informacij glej str. 33

- **otroke s prirojeno gluhoslepoto (prirojeno izgubo sluha in prirojeno izgubo vida), pri katerih je kombinirana izguba sluha in vida prisotna pred razvojem govora in jezika**. Takšna oblika gluhoslepote se pogosto označuje kot **prelingvalna gluhoslepota**. Prirojena izguba sluha in izguba vida pomembno vplivata na razvoj jezika, komunikacije, usmerjanje in vzdrževanje pozornosti, vzpostavljanje in vzdrževanje socialnih odnosov, razvoja samostojnosti, orientacije in mobilnosti;
- **osebe s postlingvalno gluhoslepoto, pri katerih se okvari vida in sluha pojavita po usvojitvi govora in jezika (pridobljena izguba sluha in vida).** Glede na stopnjo okvare ter čas in zaporedje njenega nastanka uporabljajo različne, **individualno prilagojene načine sporazumevanja**. Pri teh otrocih se posledice hkratne izgube sluha in vida pogosto kažejo v prilagajanju na pridobljene senzorne spremembe, spremembah samopodobe in identitete ter v povečanih potrebah po podpori pri učenju, komunikaciji, socialnem vključevanju in krepitvi samostojnosti (Dammeyer, 2010; Dammeyer in Ask Larsen, 2016; Vervloed in Damen, 2015; World Federation of the Deafblind, 2023).

Druga funkcionalna delitev otrok z gluhoslepoto temelji na **stopnji ohranjenega funkcionalnega sluha in vida**. Glede na ohranjen funkcionalni sluh in vid ločimo štiri podskupine: 1) posameznike brez funkcionalnega sluha ali vida, 2) gluhe s funkcionalnim vidom, 3) slepe s funkcionalnim sluhom in 4) posameznike s funkcionalnim sluhom in vidom. Vse štiri skupine so na kontinuumu in med njimi ni jasne meje (Fellinger idr., 2009, v Vervloed in Damen, 2015).

Navedene delitve otrok z gluhoslepoto v posamezne podskupine **niso formalne kategorije, temveč okvirno označujejo različne kombinacije hkratne izgube sluha in vida**, ne glede na stopnjo izraženosti ter čas ali zaporedje nastanka posamezne senzorne okvare. Med vsemi kombinacijami je **hkratna popolna odsotnost sluha in vida (tj. popolna gluhota in popolna slepota) izjemno redka**. Ne glede na različne pristope k opredeljevanju se izraz gluhoslepota uporablja **kot krovni pojem za vse podskupine oseb s kombinirano, hkratno izgubo sluha in vida po medicinskih kriterijih** (Vervloed in Damen, 2015).

Opisi funkcioniranja otrok z gluhoslepoto, predstavljeni v nadaljevanju, niso natančen prikaz posameznega otroka, temveč služijo kot **orientacijski okvir za strokovno presojo članov komisij** za usmerjanje. Funkcionalne značilnosti otrok z gluhoslepoto na spodaj naštetih področjih so **po navadi izrazitejše** pri otrocih s popolno izgubo sluha in vida, pri otrocih z minimalno ohranjenim funkcionalnim sluhom in vidom ter pri otrocih, pri katerih je hkratna izguba sluha in vida nastala pred razvojem govora in jezika. Pri drugih podskupinah otrok z gluhoslepoto so te funkcionalne značilnosti **lahko manj izrazite ali pa posamezne med njimi sploh niso prisotne**. Zato sta izjemno pomembni individualizirana in celostna presoja otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb ter na njuni podlagi oblikovana strokovna priporočila članov komisije za usmerjanje za podporo otroku v procesu vzgoje in izobraževanja.

2.2.1 Komunikacija, sporazumevalne zmožnosti in jezik gluhoslepih

Jezikovne in sporazumevalne zmožnosti otrok z gluhoslepoto so zelo raznolike, komunikacija pa poteka z uporabo **individualno prilagojenih načinov sporazumevanja**, ki se prilagajajo njihovim senzornim, kognitivnim in razvojnim značilnostim.

Otroci brez funkcionalnega sluha in vida ali z minimalnimi ostanki sluha in vida uporabljajo različne zaznavne poti, predvsem tipno, kinestetično in haptično zaznavanje. Kot primarni način sporazumevanja lahko uporabljajo **jezik gluhoslepih** (ki temelji na dotiku, kot so taktilni znakovni jezik, protaktilna komunikacija, sporazumevanje s predmeti itd.) in/ali **druge prilagojene komunikacijske sisteme** (na primer nadomestna in dopolnilna komunikacija). V primeru sopojavnosti z drugimi primanjkljaji, ovirami ali motnjami je razvoj komunikacije teh otrok pogosto tesno povezan z izgradnjo odnosa, občutkom varnosti, skupno pozornostjo, izkušnjami prek telesa in dotika ter temelji na prelingvalnih oblikah izražanja, telesnih odzivih, ritmu, dotiku in neposredni telesni bližini z drugo osebo.

Pri otrocih z gluhoto ali težjo naglušnostjo, ki imajo do določene mere ohranjen funkcionalen vid, komunikacija pogosto temelji na **znakovnem jeziku oz. taktilnem, vodenem znakovnem jeziku ter** drugih vizualno dostopnih oblikah komunikacije.
Pri otrocih s slepoto (popolna slepota, slepota z ostanki vida), ki imajo do določene stopnje ohranjen in funkcionalen sluh, ter pri otrocih z do določene stopnje ohranjenim funkcionalnim vidom in sluhom, komunikacija najpogosteje temelji na **govorjenem jeziku**. Komunikacija je lahko podprta z različnimi slušnimi pripomočki, alternativnimi načini podajanja informacij in prilagoditvami okolja.
Raziskave poudarjajo, da številni otroci z gluhoslepoto ne uporabljajo le enega načina sporazumevanja, temveč **multimodalno komunikacijo**, pri kateri hkrati ali izmenično uporabljajo različne komunikacijske kanale, odvisno od situacije, komunikacijskega partnerja in razpoložljivih senzornih informacij. Komunikacija otrok z gluhoslepoto lahko poteka prek govora, poslušanja s pomočjo slušnih aparatov ali polževega vsadka, prilagojenega znakovnega jezika, taktilnega znakovnega jezika, dogovorjenih znakov, eno- ali dvoročne abecede ter njunih taktilnih oblik, metod Tadoma, Lorm, Malossi in Dalgarnova, daktilnih znakov, predmetnih, slikovnih ali tipnih simbolov, pisave, prilagojene in izbočene pisave, brajice, kretenj, telesnega izražanja, dotika, mimike, gibanja, vibracij, svetlobnih signalov, komunikacijskih tabel, koledarjev, elektronskih komunikatorjev ter drugih individualno prilagojenih načinov komunikacije, ki omogočajo dostop do informacij ter izražanje potreb, želja, misli in občutkov (Dammeyer in Ask Larsen, 2016; Gerenčer Pegan, 2011, 2019, 2020; Gerenčer in Ipavec Dobrota, 2021; Jablan in Stanimirov, 2012; Jaiswal idr., 2018; Kastrup Pedersen in Buelund Selling, 2024; Vervloed in Damen, 2015).

2.2.2 Kognitivno področje

Značilnosti otrok z gluhoslepoto na kognitivnem področju so pomembno povezane z obsegom in resnostjo funkcionalnih posledic hkratne izgube sluha in vida, zlasti tistih, ki so prirojene ali nastanejo pred razvojem govora in jezika. Ker se slušne in vidne informacije ne morejo učinkovito medsebojno dopolnjevati, je dostop do informacij iz okolja pogosto omejen, informacije iz okolja so nekonsistentne in fragmentarne, otroci pa so lahko izpostavljeni tveganju **senzorne deprivacije**. To lahko upočasni kognitivni razvoj, oteži ali onemogoči naključno učenje, učenje s posnemanjem, vpliva na vzpostavljanje in vzdrževanje pozornosti, razvoj pojmov, oblikovanje predstav o svetu, razumevanje vzročno-posledičnih odnosov, učenje iz izkušenj ter vzpostavljanje pomena v socialnem in fizičnem okolju.
V primerjavi z vrstniki imajo otroci s prirojeno izgubo sluha in vida, otroci brez funkcionalnega sluha in vida ali z minimalno ohranjenim funkcionalnim sluhom in vidom pogosto več težav pri razumevanju širšega konteksta, povezovanju informacij in oblikovanju celovitih predstav o svetu. Proces pripisovanja pomena informacijam iz okolja je pri njih po navadi počasnejši, saj poteka postopoma, po posameznih korakih oz. v **zaporednih sekvencah izkušenj**. Za oblikovanje pojmov in razumevanje odnosov med dogodki pogosto potrebujejo več neposrednih izkušenj, ponovitev, strukturiranega vodenja in eksplicitnega posredovanja informacij.
Pri otrocih z gluhoslepoto je kognitivni razvoj močno odvisen tudi od zgodnjega dostopa do jezika. **Jezikovna deprivacija** zaradi pozne ali neustrezne izpostavljenosti jezikovnim izkušnjam lahko predstavlja tveganje za kognitivni razvoj otrok.

2.2.3 Telesno in senzorno področje ter področje gibalnih zmožnosti

Zaradi hkratne izgube sluha in vida imajo otroci z gluhoslepoto omejen dostop do informacij o oddaljenosti in smeri premikajočih se predmetov, o položaju lastnega telesa v prostoru ter v odnosu do drugih oseb. Posnemanje gibov drugih oseb ter predvidevanje ovir in nevarnosti v

okolici je oteženo ali onemogočeno. Pri gibanju imajo težave z orientacijo in ocenjevanjem razdalj. Hkratna izguba sluha in vida pomembno vpliva tudi na otrokovo motivacijo za raziskovanje okolja, saj so možnosti za spontano zaznavanje ciljev, dogodkov in spodbud v okolju omejene.
Gibalni vzorci otrok z gluhoslepoto so pogojeni s kombinirano hkratno izgubo sluha in vida, kar lahko vodi do upočasnjenega motoričnega razvoja in specifičnih načinov gibanja. Glede na etiologijo gluhoslepote smo pri otrocih z gluhoslepoto pozorni na težave vestibularnega sistema, ki lahko vplivajo na ravnotežje, občutek stabilnosti in razvoj gibalnih spretnosti, ter na težave na področju senzorne integracije.

2.2.4 Socialno-čustveno področje

Otroci z gluhoslepoto so zaradi komunikacijskih ovir in omejenih možnosti za vzpostavljanje socialnih odnosov izpostavljeni večjemu tveganju **socialne izolacije**, osamljenosti in zmanjšane socialne participacije. Te izkušnje lahko vplivajo na razvoj samopodobe, občutka pripadnosti in identitete pri otroku. Zaradi oteženega razumevanja dogajanja v okolju, zmanjšanih možnosti za spontano opazovanje socialnih situacij ter omejenega dostopa do komunikacije lahko otrok z gluhoslepoto doživlja povečano negotovost, frustracije in občutke socialne izključenosti ter je bolj ranljiv za pojav težav na področju duševnega zdravja. Pri številnih otrocih se pojavljajo izzivi na področju samoregulacije, prepoznavanja in izražanja čustev ter prilagajanja spremembam v okolju (Hartshorne in Schmittel, 2016).

2.2.5 Področje samostojnosti in skrbi zase v šolskem prostoru

Stopnja samostojnosti pri otrocih z gluhoslepoto je zelo različna in odvisna od časa ter stopnje izgube sluha in vida, dostopa do jezika, zgodnjih jezikovnih izkušenj, prisotnosti dodatnih primanjkljajev, ovir ali motenj, zdravstvenih težav, uporabe podporne in pomožne tehnologije ter kakovosti podpore v družinskem, šolskem in širšem socialnem okolju. Zaradi hkratne izgube sluha in vida otroci z gluhoslepoto številnih vsakodnevnih spretnosti ne usvajajo spontano, temveč potrebujejo sistematično, neposredno in večkrat ponovljeno poučevanje v avtentičnih življenjskih in šolskih situacijah. Težave se lahko pojavijo pri izvajanju vsakodnevne šolske rutine, kot so organizacija osebnih in šolskih potrebščin, orientacija in gibanje po šolskih prostorih, rokovanje s pripomočki, podporno in pomožno tehnologijo, skrb zase (osebna higiena, toaletna rutina, oblačenje, prehranjevanje) ter vključevanje v dejavnosti v šolskem okolju, zaradi česar pogosto potrebujejo fizično pomoč in spremstvo odraslih.

2.2.6 Zmožnosti sodelovanja, participacije in prilagoditve zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja

Zaradi kombinirane, hkratne izgube sluha in vida imajo otroci z gluhoslepoto pogosto pomembne omejitve pri sodelovanju v različnih socialnih, učnih in vsakodnevnih dejavnostih. Raziskave kažejo, da se največje ovire pojavljajo na področju komunikacije, vzpostavljanja in ohranjanja medosebnih odnosov, samostojnega gibanja in orientacije ter aktivnega vključevanja v šolske dejavnosti. Zaradi oteženega dostopa do informacij iz okolja otroci težje spremljajo dogajanje v skupini, razumejo socialne situacije, vzpostavljajo socialne odnose z

vrstniki in odraslimi ter sodelujejo v skupinskih dejavnostih. Pri tem imajo pomembno vlogo prilagojeni načini sporazumevanja, strukturirano okolje, vizualna oziroma taktilna podpora ter po potrebi tudi podpora tolmača za slovenski znakovni jezik ali **tolmača za komunikacijo gluhoslepih oz. učitelja za delo z gluhoslepimi**.

2.3 Podporni in organizacijski vidiki v vzgojno-izobraževalnem procesu

Heterogenost skupine otrok z gluhoslepoto se odraža v **zelo različnih potrebah po podpori** v vzgojno-izobraževalnem procesu. Nekateri otroci potrebujejo predvsem veščutno poučevanje, prilagojena učna gradiva, pripomočke, pomožno in podporno tehnologijo za dostop do informacij ter lažjo dvosmerno komunikacijo s komunikacijskim partnerjem, drugi pa intenzivnejšo individualno podporo, obsežnejšo surdopedagoško, tiflopedagoško in/ali specialnopedagoško dodatno strokovno pomoč ter pomoč spremljevalca pri orientaciji in gibanju, rokovanju s pripomočki ter vključevanju v socialno in učno okolje.

Za vsestranski razvoj, učenje ter ublažitev posledic hkratne izgube sluha in vida otroci z gluhoslepoto v šolskem okolju pridobivajo veščine, spretnosti in znanja, ki vključujejo: razvoj vseh senzornih modalitet, zgodnje in dostopne jezikovne izkušnje, pridobivanje kompenzatornih spretnosti in specialnih komunikacijskih tehnik, metode varnega in samostojnega gibanja, socialne spretnosti, veščine opolnomočenja ter znanja, spretnosti in veščine uporabe pomožne in podporne tehnologije ter tehničnih in medicinskih pripomočkov. V šolskem okolju se lahko pojavi potreba po dodatnih razlagah, vizualni in slušni podpori ter strukturiranju nalog. Kompenzacijske strategije in podpora so usmerjene v razvoj tipnega zaznavanja, dostopa do informacij, komunikacije in okolja, zagotavljanje dostopa do izobraževanja ter razvoj samostojnosti, orientacije in mobilnosti.

Za ustrezno podporo otroku z gluhoslepoto je ključnega pomena, da se prepoznajo in upoštevajo otrokovi individualni načini sporazumevanja ter mu zagotovijo dostopno, prilagojeno in dosledno komunikacijsko okolje. Pomembno vlogo imajo tolmači, ki tolmačijo učne vsebine in navodila, posredujejo informacije med učiteljem in učencem ter sodelujejo pri načrtovanju prilagojenih oblik dela in sporazumevanja.

Pri presoji in oblikovanju predlogov za prilagoditve didaktičnega, fizičnega in socialnega učnega okolja članom komisije priporočamo, da predlogi temeljijo na navodilih za izvajanje in prilagajanje posameznega izobraževalnega programa, v katerega je otrok z gluhoslepoto usmerjen.

3 VSTOPNA TOČKA

Za člana komisije je ključno razumeti, da odločitev o opredelitvi otroka kot otroka z gluhoslepoto temelji **na medicinskih kriterijih kot vstopnem pogoju**.

Opredelitev obsega, vrste in oblik pomoči in podpore otroku v vzgojno-izobraževalnem procesu temelji na **presoji stopnje izraženosti funkcionalnih posledic kombinirane, hkratne izgube sluha in vida, možnosti medsebojnega nadomeščanja ohranjenih funkcionalnih zmožnosti sluha in vida ter vpliva teh dejavnikov** na otrokovo funkcioniranje, vključevanje in samostojnost v vzgojno-izobraževalnem procesu.

V primerih, ko je kombinirana izguba sluha in vida **izražena v blažji obliki** (npr. lažja naglušnost in zmerna slabovidnost), ali kadar otrok zaradi **uspešne rehabilitacije, učinkovite uporabe medicinskih in tehničnih pripomočkov za osebe z okvaro sluha in vida ter razvitih kompenzacijskih veščin v zadostni meri nadomešča funkcionalne omejitve enega čuta z drugim, člani komisije presodijo**, ali so funkcionalne posledice kombinirane izgube sluha in vida izražene v taki meri, da je treba otroka opredeliti kot otroka z gluhoslepoto ali pa je ustreznejša opredelitev kot otroka s sopojavnostjo dveh posameznih senzoričnih okvar (dvojna senzorna okvara). Pri presoji upoštevajo predvsem vpliv kombinirane, hkratne izgube sluha in vida na otrokovo komunikacijo, dostop do informacij, orientacijo in gibanje, učenje, vključevanje ter samostojno delovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu. Če se ugotovi, da otrok zaradi kombinirane izgube sluha in vida ne potrebuje individualno prilagojenih načinov komunikacije ter drugih oblik pomoči in podpore, značilnih za gluhoslepoto, se usmerjanje izvede na podlagi kriterijev za posamezno senzorno okvaro (kriteriji za gluhe in naglušne otroke; kriteriji za slepe in slabovidne ali otroke s cerebralno okvaro vida oz. otroke z okvaro vidne funkcije).

Opredelitev obsega, vrste in oblike pomoči ter podpore v vzgojno-izobraževalnem procesu za otroke z gluhoslepoto temelji na **celostni, individualizirani in multidisciplinarni oceni**.

4 IZLOČITVENI KRITERIJI

Ključni izključitveni kriterij za opredelitev otroka z gluhoslepoto je, da posamezne senzorna okvara ne dosega praga za opredelitev kombinirane, hkratne in trajne izgube sluha in vida po medicinskih kriterijih. Otroka ni mogoče opredeliti kot otroka z gluhoslepoto, če:

- posamezna senzorna okvara (izguba sluha ali vida) ne dosega praga za opredelitev gluhote, naglušnosti, slepote ali slabovidnosti (npr. izguba sluha ne presega 26 dB na vsaj dveh govornih frekvencah, ostanki vida na daljavo s korekcijo pa presegajo 30 % na boljšem očesu);
- na podlagi specialistične otorinolaringološke ali avdiološke obravnave ni bila ugotovljena trajna izguba sluha;
- gre zgolj za začasno prevodno izgubo sluha (npr. ob akutnem vnetju srednjega ušesa, prehodnem izlivu v srednjem ušesu ali drugih prehodnih zdravstvenih stanjih), ki ob ustreznem zdravljenju izzveni;
- so težave na področju poslušanja in razumevanja slušnih informacij posledica motnje avditornega procesiranja brez ugotovljene periferne izgube sluha;
- gre za akutna očesna stanja, ki začasno vplivajo na vizualno funkcioniranje, diagnostični ali terapevtski postopek pa še ni zaključen;
- so težave na področju vizualnega funkcioniranja posledica neustrezno korigirane refrakcijske napake in se ob ustrezni optični korekciji pomembno izboljšajo.

5 SMERNICE ZA ODLOČANJE GLEDE PREVERJANJA USTREZNOSTI USMERITVE

Rok za preverjanje ustreznosti usmeritve po uradni dolžnosti je odvisen od narave izgube sluha in vida (stabilna ali progresivna), razvoja kompenzatornih spretnosti, potrebe po spremembi individualno prilagojenih načinov sporazumevanja ter okoljskih in podpornih

dejavnikov v vzgojno-izobraževalnem procesu. Rok preverjanja usmeritve se praviloma določi najpozneje pred vstopom v tretje vzgojno-izobraževalno obdobje oziroma po potrebi tudi prej.

Smernice za preverjanje ustreznosti usmeritve z vidika izgube sluha:

- ob pričakovanih spremembah v sluhu ali uporabi slušnih pripomočkov (izboljšanje ali poslabšanje stanja sluha), v primeru usmeritve otroka s prevodno izgubo sluha ipd., predlagamo preverjanje ustreznosti usmeritve čez dve leti.

Smernice za preverjanje ustreznosti usmeritve z vidika izgube vida:

- ob pričakovanih spremembah v vizualnem funkcioniranju (npr. progresivna očesna prognoza) in možnosti spremembe potrebnih prilagoditev, pomožnih in podpornih tehnologij ter obsega, oblike in izvajalca dodatne strokovne pomoči predlagamo preverjanje ustreznosti usmeritve čez dve do tri leta.

6 KRITERIJI ZA ZAGOTAVLJANJE PRAVICE DO SPREMLJEVALCA

Člani komisije za usmerjanje pri presoji o dodelitvi pravice do spremljevalca za zagotavljanje fizične pomoči otroku z gluhoslepoto **prednostno upoštevajo funkcionalno opredelitev otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb**. Pravica do pomoči spremljevalca v vzgojno-izobraževalnem procesu **se otroku lahko dodeli, kadar je iz dokumentacije razvidno, da zaradi hkratne izgube sluha in vida potrebuje pomoč druge osebe** pri, na primer:

• organizaciji šolskega dela, pripravi šolskih ali drugih potrebščin za pouk in med poukom (usvajanje rutin, razvijanje organizacijskih spretnosti, izdelava zapiskov učne snovi idr.);

• uporabi medicinskih, tehničnih in didaktičnih pripomočkov, ki jih otrok potrebuje za dostop do informacij in dejavnosti pri pouku (npr. polžev vsadek, slušni aparat (eno- ali obojestranski), FM-sistem ali DM-sistem, brezžični mikrofoni za učitelja, namizni oziroma skupinski mikrofoni za podporo komunikaciji v skupini, elektroakustični sistemi za zvočno ojačanje v učilnici, brajev pisalni stroj, brajeva vrstica, elektronska lupe, bela palica, aplikacije za pretvorbo govora v besedilo, svetlobni signali, vibracijski opozorilni sistemi ipd.);

• varnem vključevanju, sodelovanju in ustreznem odzivanju v učnih dejavnostih ter drugih situacijah v šolskem in zunajšolskem okolju (npr. pri obšolskih dejavnostih), kadar so pri otroku prisotne težave na področju samostojnega gibanja in orientacije, povečano tveganje za ogrožanje njegove varnosti ter omejitve na področju prilagoditvenih spretnosti idr.

Spremljevalec **se otroku ne dodeli**, kadar:
• otrok kljub težavam ob hkratni izgubi sluha in vida dosega ustrezno stopnjo samostojnosti;
• bi pomoč spremljevalca nadomeščala že razvite otrokove zmožnosti in s tem zmanjševala njegovo samostojnost.

Viri in literatura

Alsop, L. (2002). *The intervener in early intervention and educational settings for children and youth with deafblindness*. Western Oregon University, Teaching Research, National Technical Assistance Consortium for Children and Young Adults Who Are Deaf-Blind.

Anthony, T. L. (2016). Early identification of infants and toddlers with deafblindness. *American Annals of the Deaf*, 161(4), 412–423. https://www.jstor.org/stable/26235292

Ask Larsen, F. A., Damen, S. (2014). Definitions of deafblindness and congenital deafblindness. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2568–2576. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.05.029

Blaha, R., Moss, K. (1994). The unique educational and services needs of children with deaf-blindness. *See/Hear: A Quarterly Newsletter about Visual Impairments and Deafblindness for Families and Professionals. https://www.deafblind.co.uk/unique.html*

Dammeyer, J. (2010). Interaction of dual sensory loss, cognitive function, and communication in people who are congenially deaf-blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *104*(11), 719–725. https://doi.org/10.1177/0145482X1010401108

Dammeyer, J. (2012). Identification of congenital deafblindness. *British Journal of Visual Impairment*, 30, 101–107. https://doi.org/10.1177/0264619612443

Dammeyer, J. (2014). Deafblindness: a review of the literature. *Scandinavian journal of public health*, *42*(7), 554–562. https://doi.org/10.1177/1403494814544399

Dammeyer, J., Ask Larsen, F. (2016). Communication and language profiles of children with congenital deafblindness. *British Journal of Visual Impairment*, 34, 214–224.

Deafblind International (b. d.). *Encyclopedia of deafblindness*. https://www.deafblindinternational.org/encyclopedia-of-deafblindness/

Ferrell, K. A., Shaw, A. R., Deitz, S. J. (1998). *Project PRISM: A longitudinal study of developmental patterns of children who are visually impaired* . (Report No. CFDA 84.0203c; H02310188). Greeley, CO: University of Northern Colorado, Division of Special Education.

Gerenčer Pegan, S. (2006). Življenje v svetu tišine in teme. *Socialno delo, letnik 45, številka 3/5, str. 207–212*. URN:NBN:SI:DOC-SZ0OTUM2 from http://www.dlib.si

Gerenčer Pegan, S. (2011). *Osebe z gluhoslepoto in načini sporazumevanja*. Ljubljana: Društvo gluhoslepih Slovenije DLAN.

Gerenčer Pegan, S. (2017). *Ljudje z gluhoslepoto v Sloveniji*. Fakulteta za socialno delo.

Gerenčer Pegan, S. (2019). *Haptični način sporazumevanja z ljudmi z gluhoslepoto*. Ljubljana: Združenje gluhoslepih Slovenije DLAN in Združenje tolmačev gluhoslepim Slovenije TAKTIL.

Gerenčer Pegan, S. (2020). *Haptični način sporazumevanja z ljudmi z gluhoslepoto II*. Ljubljana: Združenje gluhoslepih Slovenije DLAN in Združenje tolmačev gluhoslepim Slovenije TAKTIL.

Gerenčer, S., Ipavec Dobrota, I. (2021). *Svet na DLANI: Jezik gluhoslepih. Ob vpisu jezika gluhoslepih v Ustavo Republike Slovenije.* Ljubljana: Združenje gluhoslepih Slovenije DLAN.

Hartshorne, T. S., Schmittel, M. C. (2016). Social-Emotional Development in Children and Youth Who Are Deafblind. *American Annals of the Deaf*, *161*(4), 444–453. https://doi.org/10.1353/aad.2016.0036

Jablan, B., Stanimirov, K. (2012). Sistem kalendara i komunikacija slepo-gluve dece. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 11(1), 107–122. https://doi.org/10.5937/specedreh1201107J

Jaiswal, A., Aldersey, H., Wittich, W., Mirza, M., Finlayson, M. (2018). Participation experiences of people with deafblindness or dual sensory loss: A scoping review of global deafblind literature. *PLoS ONE* 13(9): e0203772. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203772

Kastrup Pedersen, B., Buelund Selling, H. (2024). *Taktilno sporazumevanje in prirojena gluhoslepota*. Ljubljana: Združenje gluhoslepih Slovenije DLAN (prevod Danske knjige).

Meekins-Doherty, L., Prain, M., Elise Maxwell, G., Silveira, S., Shepard, E. (2025). Exploring methodologies for establishing prevalence of deafblindness in children: A scoping review. *British Journal of Visual Impairment*, *43*(1), 120–142. https://doi.org/10.1177/02646196231212830

National Center on Deaf-Blindness (b. d.). https://www.nationaldb.org/

Nordic Welfare Centre (n. d.). *Nordic definition of deafblindness.* https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/03/nordic-definition-of-deafblindness.pdf

Sacks, S. Z., Silberman, R. K. (1998). *Educating students who have visual impairments with other disabilities*. Paul H. Brookes Publishing

Sundqvist, A. S., Wahlqvist, M., Anderzén-Carlsson, A., Olsson, E. (2023). Interventions for children with deafblindness: An integrative review. *Child: Care, Health and Development, 49*(3), 407–430. https://doi.org/10.1111/cch.13060

Tarczay, S. (2007). Deafblindness – A combined impairment. *Ljetopis socijalnog rada, 14*(1), 143–153.

Tosolini, K. E., Damen, S., Janssen, M. J., Minnaert, AEMG (2025). A Piagetian lens on cognitive development of children and youths with congenital deafblindness: a scoping review. *Front. Educ. 10:1479668*. doi: 10.3389/feduc.2025.1479668 https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2331186X.2024.2422738#d1e708

Vervloed, M. P. J., Damen, S. (2015). Language and Communication in People Who Are Deafblind. V: M.Marschark,, P. E. Spencer, (ur.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language*, Oxford Library of Psychology (online edn.), Oxford Academic, 11 Feb. 2016). https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190241414.013.22

Wittich, W., Dumassais, S., Jaiswal, A., Paramasivam, A., Budhiraja, S., Lopez, R., Granberg, S. (2024). Development of core sets for deafblindness: An international expert survey on functioning and disability of individuals living with deafblindness using the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 60*(2), 382–390. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08188-7

Wittich, W., Dumassais, S. (2026). The WHO ICF comprehensive Core Set for deafblindness: A narrative overview of the development process. *British Journal of Visual Impairment*, *44*(2), 445–461. https://doi.org/10.1177/02646196251320351

World Federation of the Deafblind (2023). *WFDB global report 2023*. https://wfdb.eu/wfdb-report-2022/

World Health Organization (2021). *World report on vision*. https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/world-vision-report-accessible.pdf

V. OTROCI Z GOVORNO-JEZIKOVNIMI MOTNJAMI

Mag. Dunja Petak, Zavod RS za šolstvo
Jasna Lavrinc, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Zdravstveni dom Celje
Janja Vidovič, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Zdravstveni dom Ormož
Mojca Ferlež, Center za komunikacijo, sluh in govor Portorož
Dr. Mateja Gačnik, Center za komunikacijo, sluh in govor Portorož
Lucija Brus Hladen, Center za sluh in govor Maribor

1 SPLOŠNA OPREDELITEV SKUPINE OTROK Z GOVORNO-JEZIKOVNIMI MOTNJAMI

V skupino otrok z govorno-jezikovnimi motnjami uvrščamo otroke, pri katerih so težave na govornem in/ali jezikovnem področju primarne in predstavljajo osrednjo oviro v komunikaciji ter učenju. V skupino niso vključeni otroci, pri katerih so govorne in/ali jezikovne težave predvsem posledica drugih prevladujočih stanj ali motenj (npr. intelektualne manjzmožnosti, senzorne okvare, motnje avtističnega spektra ali izrazit vpliv večjezičnosti).
Pri otrocih z govornimi in jezikovnimi motnjami je ugotovljeno odstopanje v razumevanju in/ali rabi govora in jezika, ki ni skladno z njihovo kronološko starostjo in razvojnimi pričakovanji ter se odraža v zmanjšani zmožnosti učinkovite, funkcionalne komunikacije. Govorne in jezikovne motnje so lahko razvojne ali pridobljene in se kažejo na enem ali več področjih – razumevanje (receptivni jezik), izražanje (ekspresivni jezik), raba jezika, tekočnost govora, glas, fonologija in artikulacija.
Govorne in jezikovne motnje se lahko pojavijo izolirano na področju govora ali jezika oziroma v kombinaciji obeh.
Jezikovna motnja pomeni odstopanje na področju razumevanja in/ali rabe govorjenega, pisanega jezika in/ali drugih simbolnih sistemov. Zajema lahko obliko jezika (fonologijo, morfologijo, sintakso), vsebino jezika (semantiko) in/ali rabo jezika v komunikaciji (pragmatiko).
Med govorne motnje umeščamo odklone v artikulaciji govorjenih glasov, tekočnosti govora in/ali glasu.
Govorno in jezikovno motnjo opredeli logoped ali klinični logoped (v nadaljevanju logoped) na podlagi celostne strokovne ocene.
Govorno-jezikovne motnje se običajno pojavijo v obdobju otroštva in lahko trajajo vse življenje, pri čemer se njihova izraznost in pojavnost skozi čas spreminjata. Po stopnji težavnosti segajo od blagih do težkih oblik.

2 OPREDELITEV SKUPINE OTROK Z GOVORNO-JEZIKOVNIMI MOTNJAMI

2.1 Medicinska opredelitev otrok z govorno-jezikovnimi motnjami

Ocenjevanje govora in jezika mora zajemati celostno presojo govorne produkcije ter razumevanja in izražanja jezika, ki jo opravi logoped v okviru aktualnih strokovnih smernic. V okviru ocene logoped izvede tudi pregled ustnih struktur in njihovih funkcij. Vključena mora biti

tudi ocena slušnega funkcioniranja (priporočljiv je avdiološki izvid, zadostuje tudi presejalni test sluha, ki ga lahko opravi logoped). Logopedski izvid mora biti aktualen (ne sme biti starejši kot eno leto), vsebovati mora vsaj delovno diagnozo in uporabljene teste. V primeru večjezičnosti se upoštevajo jezikovne izkušnje vseh jezikov, govorna in jezikovna motnja pa opredeli samo v primeru, da se odstopanja pojavljajo pri vseh jezikih. Za celovito oceno je treba zagotoviti tudi relevantne medicinske, razvojne in psihosocialne podatke, ki se jih pridobi s strani ustreznih strokovnjakov, ter funkcionalni kriterij, ki se nanaša na vpliv težav na otrokovo delovanje in uspešnost v šolskem prostoru.
Govorno in jezikovno motnjo opredeli izključno logoped in otroka uvrsti v eno izmed skupin otrok z govorno-jezikovnimi motnjami – lažjo (blago), zmerno, težjo ali težko – ter opredeli obliko izvajanja pomoči, katere izvajalec je logoped. Če priloženi izvid ni dovolj specificiran, se zahteva ustrezna dokumentacija oziroma se po potrebi opravi dodaten pregled otroka za potrebe ustrezne usmeritve.

2.2 Opredelitev funkcioniranja otrok z govorno-jezikovnimi motnjami v okviru petih področij

V naslednjem poglavju so opisane ključne (izstopajoče) značilnosti funkcioniranja otrok z govorno-jezikovnimi motnjami v vzgojno-izobraževalnem procesu, in sicer na petih področjih funkcioniranja.

2.2.1 Kognitivno področje

Otroci z govorno-jezikovnimi motnjami imajo neverbalne kognitivne sposobnosti praviloma vsaj v mejah povprečja (od povprečnih do visokih), njihove verbalne sposobnosti pa lahko odstopajo od povprečja (prisoten je lahko razkorak, ki kaže na odklone predvsem na verbalnem področju). Odstopanja se lahko pojavljajo tudi na področju artikulacije, fonologije, glasu in/ali tekočnosti. Zanje so poleg osnovnih značilnosti prisotne tudi pridružene težave na področjih delovnega spomina ter pomnjenja, počasnejšega obdelovanja informacij, šibkejših izvršilnih funkcij.

2.2.2 Telesno in senzorno področje ter področje gibalnih zmožnosti

Telesne in gibalne značilnosti pri otrocih z govornimi in jezikovnimi motnjami so posledica interakcije med jezikovnimi in motoričnimi procesi ter se presojajo z vidika njihovega funkcionalnega vpliva na učenje, komunikacijo in sodelovanje. Morebitne posebnosti na telesnem in gibalnem področju ne izhajajo iz strukturnih okvar ali bolezni, temveč se pojavljajo kot spremljajoče razvojne značilnosti, ki vplivajo na učinkovitost izvajanja določenih učnih dejavnosti. Lahko se pojavijo blaga odstopanja v orofacialni motoriki, predvsem v koordinaciji in natančnosti izvedbe gibov govoril, brez prisotnosti nevroloških ali strukturnih okvar, težave v motoričnem načrtovanju, ki se lahko kažejo tako v govorni produkciji kot v izvedbi zaporednih gibalnih nalog, znižana avtomatizacija gibalnih spretnosti, zlasti pri nalogah, ki zahtevajo

hkratno jezikovno obdelavo in motorično izvedbo ter znižana hitrost motoričnega izvajanja nalog, povezana s povečano kognitivno obremenitvijo zaradi jezikovnih težav.

2.2.3 Socialno-čustveno področje

Otroci z govornimi in jezikovnimi motnjami imajo nižjo zmožnost tekočega izražanja in hitrega razumevanja sogovorca, kar vpliva na njihov socialno-čustveni razvoj. Le-ta je tesno povezan s komunikacijskimi zmožnostmi. Ker jezik služi kot glavno orodje za izražanje potreb, čustev in navezovanje stikov, se primanjkljaji na tem področju pogosto odrazijo v socialni izolaciji ali čustvenih stiskah. V različni intenziteti se pojavljajo težave pri navezovanju stikov (zaradi omejenega besednjaka ali težav pri tvorjenju stavkov se otrok težje vključuje v igro ali pogovor, kar vodi v osamljenost in v individualno igranje), nerazumevanje socialnih pravil (težko razumejo daljša navodila, besedne igre ali kompleksnejša socialna pravila, kar lahko vrstniki napačno razumejo kot nezainteresiranost), znižana motivacija za komunikacijo (zaradi ponavljajočih se neuspehov v komunikaciji postanejo manj spretni in se raje umaknejo).

2.2.4 Področje samostojnosti in skrbi zase v šolskem prostoru

Govorno-jezikovna motnja vpliva na otrokovo vsakodnevno funkcioniranje v šolskem okolju, kjer sta ključna izražanje in razumevanje. Težave na področju razumevanja učnih vsebin in navodil, težje usvajanje učnih vsebin, pomanjkljivo izkazovanje znanja, oteženo sodelovanje v skupini, upočasnjeno obdelovanje informacij, težave z organizacijo in načrtovanjem dela vplivajo na zmanjšano učinkovitost pri učenju in samostojnost otroka pri šolskem delu ter vodijo v večjo odvisnost od pomoči odrasle osebe. V različni intenziteti se pojavljajo težave pri samostojnem delu pri pouku, sodelovanju pri pouku ter preostalih prostočasnih dejavnostih, organizaciji časa ter načrtovanja dela, hitrejša je lahko utrudljivost ter zmanjšana vzdržljivost, posledično pa večja odvisnosti od podpore odrasle osebe.

2.2.5 Zmožnosti sodelovanja, participacije in prilagajanja zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja

Govorna in jezikovna motnja vpliva na otrokovo šolsko, socialno in splošno funkcioniranje. Posledice se lahko izkazujejo na področju sodelovanja v šolskem okolju, saj je govorjeni jezik temeljno sredstvo za razumevanje navodil, sodelovanje v dialogih, izkazovanje znanja in vključevanje v skupinsko delo. Na ravni prilagoditvenih spretnosti se vpliv govorne in jezikovne motnje odraža v vseh treh ključnih komponentah. Na konceptualni ravni so prisotne težave pri uporabi jezika za učenje, branje in pisanje. Ker ne zmore učinkovito manipulirati z besednimi informacijami, težje usvaja šolsko snov, težje razume besedila in usvajanju abstraktnih pojmov, kar vpliva na šolsko uspešnost. Na socialni ravni se lahko zaradi težav z izražanjem in razumevanjem težje vključujejo v socialne skupine. Na praktični ravni pa se težave kažejo pri sledenju navodilom, organizaciji nalog in vsakodnevnem funkcioniranju, kjer je razumevanje verbalnih informacij ključno (otroci imajo prav tu težave). Otroci z govornimi in jezikovnimi motnjami pogosteje izkazujejo nižjo raven aktivnega sodelovanja pri pouku in v učnih situacijah.

Težave imajo pri uporabi jezika za učenje, branje in pisanje. Ker ne zmorejo učinkovito manipulirati z besednimi informacijami, težje usvajajo šolsko snov, težje razumejo besedila in usvajajo abstraktne pojme, kar vpliva na njihovo šolsko uspešnost.

2.3 Opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov otrok z govorno-jezikovnimi motnjami v vzgojno-izobraževalnem procesu

Opredelitev podpornih in organizacijskih vidikov za otroke z govorno-jezikovnimi motnjami v vzgojno-izobraževalnem procesu vključuje prilagoditve poučevanja, komunikacije, učnega okolja in načinov dela glede na otrokove jezikovne, komunikacijske ter učne potrebe. Podpora naj bo usmerjena v razvijanje jezikovnih sposobnosti, razumevanja, opismenjevanja, socialne komunikacije in vključevanja v učni proces. Organizacijski vidiki vključujejo sodelovanje vseh strokovnih delavcev, individualizirano načrtovanje podpore, vključevanje specialnopedagoške in logopedske pomoči ter prilagajanje učnega okolja, da otrok zmore sodelovati in napredovati v skladu s svojimi zmožnostmi.

V odvisnosti od stopnje izraženosti govorno-jezikovne motnje ter področja oz. področij odstopanj v govoru in/ali jeziku na **kognitivnem področju** upoštevamo vpliv težav na procesiranje, razumevanje in posredovanje informacij, kar se lahko odraža v upočasnjenem tempu dela, povečani mentalni utrudljivosti ter težavah pri usvajanju in izkazovanju znanja. Podporo usmerjamo v razvijanje učnih strategij in samoregulacije, prilagajanje tempa dela, obsega in zahtevnosti nalog ter podporo pri razumevanju učnih vsebin.

Pri govornih motnjah zagotavljamo predvsem podporo in prilagoditve pri ustnem izražanju in ustnem izkazovanju znanja, pri jezikovnih odstopanjih pa tudi dodatno razlago, prilagajanje jezikovne zahtevnosti ter podporo pri razumevanju in pisnem izražanju.

Na **socialno-čustvenem področju** otrok potrebuje podporo pri razvoju komunikacijskih in socialnih spretnosti, pri čemer je pomembna logopedska obravnava. Prav tako potrebuje podporo pri vzpostavljanju, razvijanju in vzdrževanju ustreznih socialnih interakcij, kot so razumevanje odnosov, navezovanje stikov, vključevanje v skupino ter ustrezno delovanje v njej. Pri delu z otrokom je pomembno, da vzgojitelji in učitelji govorijo počasi in jasno, uporabljajo preproste povedi, redno preverjajo razumevanje ter omogočijo dovolj časa za odgovor. Smiselno je tudi izogibanje branju na glas pred celim razredom, kadar to pri otroku povzroča stres. Pomembno vlogo pri zagotavljanju ustrezne podpore imajo vzgojitelji in učitelji, ki s prilagojenim pristopom ustvarjajo spodbudno in varno učno okolje.

Na **telesnem in gibalnem področju** je smiselno zmanjševanje sočasnih jezikovnih in motoričnih zahtev (npr. ločevanje poslušanja in zapisovanja) z jasnimi, strukturiranimi in multimodalnimi navodili. Glede na potrebe posameznika naj se omogočajo alternativni načini izkazovanja znanja.

Na **področju zmožnosti sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti** otrok potrebuje več spodbud za aktivno vključevanje v učni proces ter več podpore odraslega v jasno strukturiranem in predvidljivem okolju. Pomembna so jasna in strukturirana navodila, uporaba vizualne podpore ter prilagajanje jezikovnih vsebin otrokovim zmožnostim, z uporabo poenostavljenih besedil, poudarjenih ključnih informacij, dodatnih razlag besed in sprotnim preverjanjem razumevanja. Otroku je treba omogočiti več časa za oblikovanje in priklic odgovora ter možnost večkratnega

ponavljanja in utrjevanja učne snovi. Smiselno je tudi sistematično spodbujanje samostojnosti, aktivnega sodelovanja in doživljanja uspeha v učnem procesu.
Na področju **samostojnosti in skrbi zase** otrok potrebuje spodbude za aktivno delo ter aktivno vključevanje v učni proces. Pri pouku naj se spodbuja njegova samostojnost z uporabo jasnih in konkretnih navodil, po potrebi pa naj se sproti preverja razumevanje. Priporočljiva je uporaba vizualnih opor ter omogočanje podaljšanega časa za delo. Pomembno je tudi spodbujanje razvoja organizacijskih spretnosti, zlasti z načrtovanjem in strukturiranjem dela po korakih. Posameznika je treba spodbujati k izražanju lastnih potreb, sodelovanju v manjši in večji skupini ter vključevanju v razredne aktivnosti. Prav tako potrebuje spodbude pri razvijanju komunikacijskih spretnosti, na primer z vključevanjem v ciljno naravnane interesne dejavnosti. Pri delu z otrokom je treba dosledno upoštevati predvidene prilagoditve pri rabi pripomočkov, poučevanju, preverjanju in ocenjevanju znanja.

2.4 Usmerjanje otrok z govorno-jezikovnimi motnjami

Glede na govorno-jezikovne motnje razlikujemo otroke z lažjimi, zmernimi, težjimi in težkimi govorno-jezikovnimi motnjami.

Otroci z lažjo (blago) govorno-jezikovno motnjo se ne usmerjajo

Otrokovo govorno in/ali jezikovno sporazumevanje ni skladno z otrokovo kronološko starostjo in razvojnimi pričakovanji vsaj na enem izmed področij – razumevanje (receptivni jezik), izražanje (ekspresivni jezik), raba jezika, tekočnost govora, glas, fonologija in artikulacija, ki ne predstavlja pomembne ovire v vzgojno-izobraževalnem procesu.
Funkcionalnost jezikovnega sporočanja ni pomembno zmanjšana. Otrok s pomočjo govorjenega jezika pretežno učinkovito prenaša informacije, pri tem lahko potrebuje več spodbud in pomoči kot vrstniki.
Treba je zgotoviti prilagoditve v vzgojno-izobraževalnem procesu ter predhodne kontinuirane korake pomoči – otrok potrebuje redno logopedsko obravnavo (ambulantna obravnava ipd.), inkluzivno poučevalno prakso ter po potrebi tudi podporo v okviru začetnih korakov pomoči oz. ISP ali IDPP.
Otroka se ne usmeri.
Odstopanja na različni področjih funkcioniranja:
Pri lažji govorno-jezikovni motnji so prisotni funkcionalni vplivi le na področju zmanjšane aktivne vloge v učnem procesu in zmanjšanem sodelovanju v strukturiranih dejavnostih.

Otroci z zmerno govorno-jezikovno motnjo

Otrokovo govorno in/ali jezikovno sporazumevanje ni skladno z njegovo kronološko starostjo in razvojnimi pričakovanji vsaj na enem izmed področij – razumevanje (receptivni jezik), izražanje(ekspresivni jezik), raba jezika, tekočnost govora, glas, fonologija in artikulacija, ki predstavlja določeno oviro v vzgojno-izobraževalnem procesu. Zmanjšana je funkcionalnost jezikovnega sporočanja. Govorne in jezikovne motnje vplivajo na usvajanje veščin branja in

pisanja ter na celotno učno uspešnost. Treba je zgotoviti prilagoditve v vzgojno-izobraževalnem procesu ter predhodne kontinuirane korake pomoči. Glede na učinkovitost slednjih, se določeno število otrok z zmerno govorno-jezikovno motnjo ne usmeri, saj je zanje ustreznejše zagotavljanje redne ambulantne logopedske obravnave ter dobra inkluzivna poučevalna praksa. Otroke, pri katerih se predhodne oblike pomoči izkažejo za nezadostne, se lahko usmeri v ustrezen program z dodelitvijo dodatne strokovne pomoči logopeda.

Odstopanja na različnih področjih funkcioniranja:

Pri zmerni govorno-jezikovni motnji ni funkcionalnih vplivov na intelektualnem področju, vendar so lahko prisotne težave s šibkejšim slušnim pomnjenjem in šibkejšim verbalnim delovnim spominom ter zmanjšano hitrostjo jezikovnega procesiranja, kar vpliva na hitrejšo mentalno utrudljivost. Lahko je jezikovna podlaga šibkejša, kar otežuje učenje in opismenjevanje. Posledično sta lahko zmanjšani učna motivacija in vztrajnost, ob pogostejšem doživljanju neuspeha pa se lahko pojavljajo tudi čustvene stiske. V blažji obliki se lahko odražajo funkcionalni vplivi na področju socialne komunikacije, pri zmanjšanem samostojnem delu ter zmanjšanem aktivnem vključevanju v učni proces.

Otroci s težjo govorno-jezikovno motnjo

Otrokovo govorno in jezikovno sporazumevanje ni skladno z njegovo kronološko starostjo in razvojnimi pričakovanji na več področjih – razumevanje (receptivni jezik), izražanje (ekspresivni jezik), raba jezika, tekočnost govora, glas, fonologija in artikulacija, kar predstavlja pomembno oviro v vzgojno-izobraževalnem procesu.

Funkcionalnost jezikovnega sporočanja je pomembno zmanjšana tako pri sporazumevanju z vrstniki kot z odraslimi. Otrokovo ustno in pisno sporazumevanje je pomembno omejeno, zaradi česar so njegova sporočila težje razumljiva. Otrokovo razumevanje kompleksnih jezikovnih sporočil je po navadi oteženo. Govorne in jezikovne motnje pomembno vplivajo na celoten vzgojno-izobraževalni proces (na usvajanje in izkazovanje znanja ter posledično močno vplivajo na učno uspešnost). Otrok potrebuje usmeritev v ustrezen program, ki nudi obsežnejše prilagoditve v vzgojno-izobraževalnem procesu, strokovno pomoč logopeda ter prilagojeno učno okolje. Otroka se lahko usmeri v program redne osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo ali v prilagojen program z enakovrednim izobrazbenim standardom za otroke z govorno-jezikovnimi motnjami.

Odstopanja na različnih področjih funkcioniranja:

Pri težji govorno-jezikovni motnji ni funkcionalnih vplivov na intelektualnem področju , vendar je profil intelektualnih sposobnosti diskrepanten, saj so verbalne sposobnosti nižje od neverbalnih. Prisotne so težave s slušnim pomnjenjem, verbalnim delovnim spominom in zmanjšano hitrostjo jezikovnega procesiranja, kar vpliva na hitrejšo mentalno utrudljivost. Jezikovna podlaga za učenje in opismenjevanje je šibkejša, zato sta zmanjšani tudi učna motivacija in vztrajnost, ob doživljanju neuspeha pa so prisotni čustveni odzivi. Funkcionalni vplivi se kažejo v večji obliki na področju socialne komunikacije, čustvenega odzivanja in zelo zmanjšanega samostojnega dela ter sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti, kjer se odraža precej zmanjšana aktivna vloga v učnem procesu.

Otroci s težko govorno-jezikovno motnjo

Otrokovo govorno in jezikovno sporazumevanje zelo odstopa od pričakovane stopnje glede na njegovo kronološko starost in razvojna pričakovanja. Odstopanja so prisotna tako na področju razumevanja (receptivni jezik) kot izražanja (ekspresivni jezik). Ob tem so lahko prisotne tudi motnje tekočnosti, artikulacije, fonologije ter glasovne motnje. Govorno-jezikovna motnja predstavlja zelo pomembno oviro v vzgojno-izobraževalnem procesu. Funkcionalna raba jezika je bistveno zmanjšana tako v komunikaciji z vrstniki kot z odraslimi. Razumevanje jezika je slabo razvito, ustno in pisno izražanje pa močno omejeno, zaradi česar so otrokova sporočila težko razumljiva. Nekateri otroci uporabljajo dopolnilno in nadomestno komunikacijo. Govorne in jezikovne motnje zelo izrazito in celostno ovirajo otrokovo funkcioniranje v vzgojno-izobraževalnem procesu. Pomembno omejujejo razumevanje, izražanje ter usvajanje in izkazovanje znanja, zaradi česar otrok ne more ustrezno slediti niti prilagojenemu izvajanju rednega programa. Posledično potrebuje obsežnejše prilagoditve ciljev, vsebin in načinov dela. Otroka je treba usmeriti v ustrezen program, s prilagojenim kurikulumom (učnimi cilji, standardi znanja) in poudarkom na funkcionalnih znanjih. (Del otrok se usmeri v program z nižjim izobrazbenim standardom, del v posebni program vzgoje in izobraževanja).

Odstopanja na različnih področjih funkcioniranja:

Pri težki govorni jezikovni motnji je prisoten diskrepanten profil sposobnosti, saj so verbalne sposobnosti nižje od neverbalnih. Šibka sta slušno pomnjenje in verbalni delovni spomin ter zmanjšana hitrost jezikovnega procesiranja, kar vpliva na hitrejšo mentalno utrudljivost. Jezikovna podlaga za učenje in opismenjevanje je slabša, zlasti na področju fonološkega zavedanja, zato sta zmanjšani tudi učna motivacija in vztrajnost, ob doživljanju neuspeha pa so prisotni čustveni odzivi. Funkcionalni vplivi se kažejo na področju socialne komunikacije in čustvenega odzivanja na težave. Na področju samostojnosti in skrbi zase so izraziti vplivi, ki predstavljajo veliko oviro pri vsakodnevnem funkcioniranju, saj je otrok pri večini aktivnosti odvisen od pomoči, vodenja in nadzora odrasle osebe, samostojno delo pa je močno omejeno. Zelo izraziti so tudi vplivi na področju sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti, ki se kažejo kot izrazito zmanjšana zmožnost vključevanja v učni proces, omejena odzivnost ter potreba po stalni individualizirani podpori, strukturiranju okolja in prilagoditvah. Otrok ima zelo omejeno aktivno vlogo v učnem procesu.

3 DOLOČITEV IN UTEMELJITEV VSTOPNE TOČKE

Stopenjski model pomoči se uporablja pri vseh motnjah. Pri lažji govorno-jezikovni motnji je priporočljivo, da se izvajata prva dva koraka pomoči in po potrebi tretji.

Ob oddaji Zahteve za uvedbo postopka usmerjanja za otroke z zmerno, težjo in težko govorno-jezikovno motnjo pa je treba zagotoviti stopenjski model pomoči, in sicer – pri zmerni govorno-jezikovni motnji vse tri korake pomoči, pri težji in težki vse tri korake, kadar je to možno, oziroma vsaj prvega.

Stopenjski model pomoči:

- Stopnja 1: aktivna logopedska obravnava (opravljena diagnostična faza ter nekaj terapevtskih obravnav)
- Stopnja 2: zagotavljanje prilagoditev pri rednem pouku, dopolnilni pouk ter pomoč v podaljšanem bivanju (če obiskuje podaljšano bivanje) ob aktivni logopedski obravnavi
- Stopnja 3: ob zagotovljenih korakih iz 2. stopnje pomoči še pomoč v okviru ISP ali IDPP
- Stopnja 4: postopek za usmerjanje in pridobitev DSP

Vstopna točka za opredeljevanje otrok z govorno-jezikovnimi motnjami

- Opredeljena zmerna, težja oz. težka govorno-jezikovna motnja s strani logopeda,
- vsaj povprečne globalne intelektualne sposobnosti oz. izrazito diskrepantne intelektualne sposobnosti, kjer so besedne sposobnosti statistično pomembno nižje od praviloma vsaj povprečnih nebesednih sposobnosti,
- ovirano funkcioniranje otroka ter potrebna intenzivnejša podpora v vzgojno-izobraževalnem procesu.

4 OPREDELITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

Pri opredeljevanju otrok s primarnimi govornimi in jezikovnimi motnjami je ključno razlikovanje med primarnimi težavami na področju govora in jezika ter težavami, ki so posledica morebitnih pridruženih drugih razvojnih, nevroloških, senzoričnih, kognitivnih ali okoljskih dejavnikov.

V skupino otrok z govorno-jezikovnimi motnjami ne uvrščamo:

- otrok z motnjo v duševnem razvoju, razen v izjemnih primerih, pri katerih ob izjemno nizkih splošnih intelektualnih sposobnostih ugotavljamo še dodatno pomembno večje odstopanje na področju govorno-jezikovnega razumevanja in izražanja, kot je običajno za opredeljeno stopnjo intelektualne manjzmožnosti. Pri tem je treba poudariti, da v takšnih izjemnih primerih ne gre za primarne govorno-jezikovne motnje, ampak sekundarne, zato se v takšnih primerih otrokom ne dodeljuje dodatne strokovne pomoči logopeda z odločbo, temveč se jim logopedska obravnava lahko zagotavlja iz drugih virov;
- otrok z drugimi razvojnimi motnjami, ki ne spadajo v kategorijo govorno-jezikovnih (npr. razvojna motnja koordinacije, ADHD), kadar so jezikovne težave del širše klinične slike;
- otrok z izgubo sluha nad 30 dB, ki sama po sebi povzroča zaostanek v razvoju govorno-jezikovne komunikacije;
- dvo- ali večjezičnih otrok, pri katerih se odstopanja na področju govorno-jezikovnega razumevanja in izražanja pojavljajo le v razumevanju in uporabi enega jezika, v drugem pa se te motnje ne pojavljajo;

- otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, kjer so komunikacijske težave posledica teh stanj (npr. selektivni mutizem);
- otrok z motnjami avtističnega spektra;
- otrok, pri katerih se težave na govornem in jezikovnem področju pojavijo kot posledica nespodbudnega okolja (npr. premalo socialnih interakcij, čezmerna uporaba zaslonov in podobno) ;
- otrok, pri katerih so govorna in jezikovna odstopanja skladna s splošnim razvojnim zaostankom;
- otrok s komorbidnimi motnjami ob primarni motnji, ki ne spada med govorno-jezikovne motnje;
- otrok z motnjami branja in pisanja, ki niso posledica govorno jezikovne motnje – PPPU.

5 SMERNICE ZA ODLOČANJE PREVERJANJA USTREZNOSTI USMERITVE

Preverjanje ustreznosti usmeritve je ključno za zagotavljanje primerne in učinkovite podpore otroku z govorno-jezikovnimi motnjami. Usmeritev je praviloma najučinkovitejša v zgodnjem razvojnem obdobju, vendar se lahko otrokove potrebe, zmožnosti ter druge pomembne okoliščine skozi čas spreminjajo.
Zato je treba ustreznost usmeritve sistematično preverjati, najkasneje **ob zaključku prvega vzgojno-izobraževalnega obdobja**.

Kadar obstoječa usmeritev ne zagotavlja več zadostnega napredka otroka, so udeleženci v procesu (starši oziroma skrbniki, vzgojno-izobraževalni zavod ali polnoletna usmerjena oseba) dolžni podati pobudo za njeno spremembo s predložitvijo aktualne dokumentacije.
Predvsem za otroke z nižjo stopnjo izraženosti motenj, vključene v izobraževalne programe s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo, je dodatna strokovna pomoč logopeda učinkovita v nižjih razredih in z napredovanjem v višje razrede ne prispeva več k ustreznemu napredku. Posledično jo je treba prekiniti ali zamenjati z ustreznejšo obliko pomoči (npr. ambulantna logopedska obravnava ali dodeliti izvajalca drugega strokovnega profila), pri čemer se spremembe uveljavijo v okviru novega postopka usmerjanja in s predložitvijo aktualne dokumentacije.

Viri in literatura

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).*

American Speech-Language-Hearing Association (n. d.). Spoken language disorders. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/spoken-language-disorders/

American Speech-Language-Hearing Association (n. d.). *Bilingual service delivery.* https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/multilingual-service-delivery

Berninger, V. W. (2012). *Past, present, and future contributions of writing research.*

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., CATALISE Consortium (2017). *Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language*

development: Terminology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(10), 1068–1080. https://doi.org/10.1111/jcpp.12721

Bishop, D. V. M. (2006). *What causes specific language impairment?*

Bishop, D. V. M., et al. (2017). *CATALISE: A multinational consensus on developmental language disorder.*

Hick, R. F., Botting, N., Conti-Ramsden, G. (2005). *Cognitive abilities in children with specific language impairment: consideration of visuo-spatial skills. International Journal of Language & Communication Disorders, 40(2), str. 137–149. doi: 10.1080/13682820400011507*

Hill, E. L. (2001). *Non-specific nature of specific language impairment: A review of motor deficits.*

International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) (ICD-11). https://icd.who.int/

Kent, R. D. (2000). *Research on speech motor control and its disorders.*

McLeod, S., Baker, E. (2017). *Children's speech: An evidence-based approach to assessment and intervention*. Pearson.

Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(11), 1247–1257. https://doi.org/10.1111/jcpp.12573

Paul, R., Norbury, C. F. (2021). Language disorders from infancy through adolescence: Assessment and intervention (5th ed.). Elsevier.

Scott, C. M., Windsor, J. (2000). General language performance measures in spoken and written language disorders. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 43(2), 324–339.

Toms, P., Hughes, D., Carrier, C., Norbury, C. F. (2023). Adaptive Behavior in Children With Developmental Language Disorder. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 54(3), 850–863. https://doi.org/10.1044/2023_LSHSS-22-00070

VI. GIBALNO OVIRANI OTROCI

Suzana Krajnc Joldić, Zavod RS za šolstvo
Marta Orehek Kirbiš, Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik
Nataša Petrović, Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik
Dr. Tjaša Filipčič, Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani
Tanja Babnik, OŠ Ledina, Bolnišnična šola
Barbara Korošec, Univerzitetni Inštitut RS za rehabilitacijo Soča
Mag. Svetlana Logar, Univerzitetni Inštitut RS za rehabilitacijo Soča
Dr. Katja Groleger Sršen, Univerzitetni Inštitut RS za rehabilitacijo Soča

1 SPLOŠNA OPREDELITEV

1.1 Medicinska in funkcijska opredelitev skupine

Za opredelitev gibalno oviranih otrok oz. otrok z zmanjšanimi zmožnostmi gibanja se uporablja Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) in Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF), pri čemer se zmanjšane zmožnosti gibanja ne opisujejo zgolj z diagnozo, temveč je opisano tudi posledično funkcioniranje na treh med seboj prepletenih področjih: telesne funkcije in zgradbe, dejavnosti ter sodelovanje v življenjskih situacijah. Upošteva se tudi vpliv okoljskih in osebnostnih dejavnikov.

Gibalna oviranost pri otrocih z zmanjšanimi zmožnostmi gibanja izvira bodisi iz okvar osrednjega in/ali perifernega živčnega sistema, bodisi iz okvar mišično-skeletnega sistema. Zaradi omejenih zmožnosti gibanja se otroci lahko soočajo s težavami pri samostojnem vključevanju, sodelovanju in izvajanju dejavnosti na različnih področjih vsakdanjega življenja.

Te težave se lahko kažejo pri skrbi zase, kot so oblačenje in slačenje, obuvanje, osebna higiena, hranjenje, premeščanje ter menjava položajev. Prav tako se lahko pojavljajo pri opravljanju starosti primernih vsakodnevnih dejavnosti, pri prostočasnih dejavnostih, hišnih opravilih, vključevanju in sodelovanju v procesu vzgoje in izobraževanja (VIZ) ter pri vključevanju v ožje in širše socialno okolje.

Gibalno ovirani, tudi lažje ali zmerno, imajo lahko težave na področju kontrole sfinktrov (nevrogeni mehur ali črevo) in morda zato potrebujejo fizično pomoč odrasle osebe pri odvajanju in/ali urejanju. Ne glede na stopnjo gibalne oviranosti spadajo v tem primeru tudi v skupino dolgotrajno bolnih otok.

Poleg primarne gibalne oviranosti imajo otroci pogosto tudi pridružene težave na področju govora, vida, sluha in tipa, zaznavnih sposobnosti ter intelektualnega funkcioniranja. Lahko so prisotne tudi težave na področju čustvenega in socialnega delovanja.

Zaradi pogosto pridruženih motenj v zaznavanju dražljajev, njihovem prevajanju, procesiranju v osrednjem živčevju ali odzivanju nanje (npr. senzorna preobčutljivost, centralna okvara vida, težave z vidno-prostorsko predstavljivostjo) je celostna strokovna ocena otroka zelo pomembna. Ta omogoča prepoznavanje vseh primanjkljajev, ki bi lahko vplivali na njegovo vključevanje, sodelovanje in učinkovitost v procesu vzgoje in izobraževanja.

Kognitivno funkcioniranje gibalno oviranih otrok in mladostnikov je zelo raznoliko. Gibalna oviranost sama po sebi ne pomeni nujno tudi sočasnih in sorazmernih kognitivnih težav. Pri nekaterih otrocih so kognitivne sposobnosti povprečne ali celo nadpovprečne, pri drugih pa se pojavljajo posebnosti, pogosto povezane z osnovnim vzrokom oviranosti, na primer z okvarami živčevja. Na kognitivnem področju se težave lahko kažejo kot večja in hitrejša psihofizična utrudljivost, psihomotorična upočasnjenost ter nižja

učinkovitost kljub vloženemu trudu. Če gibalne spretnosti niso avtomatizirane, jih to lahko dodatno obremeni in vpliva na njihovo miselno učinkovitost ter sposobnost aktivnega sodelovanja v procesu VIZ. Na učno uspešnost lahko vplivajo tudi bolečine, potreba po počitku zaradi utrujenosti ter večja odsotnost od pouka zaradi osnovnih bolezni in zdravstvenih obravnav.

Gibalna oviranost se lahko kaže tudi na področju komunikacije, saj omejitve pri gibanju vplivajo na uporabo govora, kretenj ali drugih načinov izražanja. Zato so ustrezne prilagoditve in podpora ključne za zagotavljanje enakih možnosti sporazumevanja.
Prisotne so lahko tudi različne težave na področju vedenja in čustvovanja, na kar vplivajo številni dejavniki, kot so funkcijske motnje, bolezni, poškodbe osrednjega živčevja, zmanjšane intelektualne zmožnosti, različne faze okrevanja po poškodbi ali bolezni, ko sta čustvovanje in vedenje pod vplivom prilagajanja na posledice, odraščanje in vstopanje v obdobje mladostništva, spoprijemanje z drugačnostjo, boleznijo ter doživljanje bolečine.

Lahko imajo omejene stike z vrstniki, primanjkljaje na področju socialnih veščin in so pogosteje izključeni iz socialnih odnosov. Vzroki za to so lahko omejitve na področju gibanja, socialna stigmatizacija zaradi telesnega videza ter večja pasivnost otroka. Posledično težje vzpostavljajo socialne interakcije, se vključujejo v skupne dejavnosti z vrstniki ter oblikujejo in vzdržujejo prijateljske odnose. Socialna vključenost je odvisna od več dejavnikov:
• pogosto imajo omejen dostop do za otroke običajnih socialnih dejavnosti, ki vključujejo več gibanja, pri vključevanju v te dejavnosti pa so manj spontani že zaradi same gibalne oviranosti ter zaradi različnih dodatnih težav, kot so hranjenje prek hranilne cevke, katetrizacija, dostop do prevoza;
• težave na področju čustvovanja in vedenja (čustvene stiske, slabše počutje, težave pri uravnavanju čustev in vedenja, odzivanje na stres, frustracije in spremembe, samopodoba);
• potek procesa prilagajanja na bolezen ali poškodbo ter odzivanje na zahteve šolskega okolja (prilagajanje na omejitve, ki jih otrok doživlja zaradi posledic poškodbe ali bolezni, lahko pomembno vpliva na celostno delovanje otroka in pojavljanje težav na čustvenem, vedenjskem in socialnem področju);
• primanjkljaji na področju socialnih veščin: veščine socialne komunikacije, razumevanje socialnih pravil, vlog in pričakovanj, vzpostavljanje, vzdrževanje in razvijanje socialnih odnosov;
• odzivi okolja in socialna stigma (slabša sprejetost med vrstniki zaradi kognitivnih težav, telesnega videza, slabših gibalnih spretnosti, čustveno-vedenjskih težav ter šibkejših socialnih veščin).
Težave, povezane z gibalno oviranostjo, se lahko sčasoma spreminjajo. Pri boleznih in stanjih, kjer je pričakovano spreminjanje funkcijskega stanja ali obstaja možnost sekundarnih zapletov, so potrebne ponovne ocene sposobnosti, redno preverjanje potreb po fizični pomoči, prilagoditvah in uporabi pripomočkov ter presoja ustreznosti usmeritve.

2 OPREDELITEV FUNKCIONIRANJA TER OPREDELITEV PODPORNIH IN ORGANIZACIJSKIH VIDIKOV V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNEM PROCESU

Glede na stopnjo gibalne oviranosti ter individualne zmožnosti in potrebe se določijo ustrezne prilagoditve učnega procesa, uporaba pripomočkov ter morebitna potreba po fizični pomoči med vzgojno-izobraževalnim delom. Otroku se lahko zagotovita prilagojena organizacija dela in ustrezna podpora pri vključevanju v vzgojno-izobraževalni proces. Omogoči se lahko podaljšan čas za zapisovanje, reševanje nalog, preizkuse znanja in izvajanje praktičnih dejavnosti. Učne naloge so po potrebi

prilagojene (po obsegu, zahtevnosti ali obliki) in razdeljene na preglednejše sklope. Uporabljajo se strukturirana učna gradiva, tudi v elektronski obliki, ter po potrebi zmanjšan obseg prepisovanja oziroma nadomestni načini zapisa. Otroku se lahko omogoči več časa za rokovanje z materiali, usvajanje in utrjevanje znanja. Pri učenju se lahko uporabljajo dodatne razlage, konkretni materiali in vizualna podpora. Omogočeno je dovolj časa za samostojno delo in dokončanje nalog. Učna gradiva in pripomočki so lahko prilagojeni (npr. več prostora za zapis, preglednejša oblika, uporaba IKT, prilagojena pisala). Po potrebi lahko otrok uporablja tudi druge tehnične pripomočke. Navodila naj bodo jasna, kratka in razumljiva, otrok naj prejema sprotno povratno informacijo ter po potrebi pomoč pri organizaciji dela. Zaradi morebitne utrudljivosti se mu omogočajo odmori in prilagajanje tempa dela. Otroka se spodbuja k čim večji samostojnosti in aktivnemu sodelovanju. Pri športu in drugih gibalnih dejavnostih se lahko prilagajajo intenzivnost, trajanje in zahtevnost. Otrok sodeluje glede na svoje zmožnosti, prilagoditve pa se po potrebi upoštevajo tudi pri drugih predmetih.
Glede na stopnjo gibalne oviranosti oziroma zmanjšane zmožnosti gibanja razlikujemo otroke z lažjo, zmerno, težjo in težko gibalno oviranostjo.

2.1 Lažje gibalno ovirani otroci (VI/a)

Otrok ima nekoliko zmanjšane gibalne zmožnosti na enem ali več področjih, kot so hoja, tek, ravnotežje, koordinacija, drobna motorika, moč in vzdržljivost. Zmore samostojno hojo brez pripomočkov v zaprtih prostorih, po stopnicah in na prostem, težave se izražajo pri zahtevnejših gibalnih dejavnostih, zlasti pri teku, daljši hoji po neravnem terenu, gibanju v skupini, hoji navkreber in navzdol ter pri nalogah, ki zahtevajo večjo ravnotežno in koordinacijsko sposobnost (npr. skoki, lovljenje žoge, plezanje, ples, hoja po gredi, plavanje).
Če ima težave pri gibanju gornjih udov, je funkcija ene ali obeh rok zmanjšana, kljub temu pa zmore samostojno rokovanje s predmeti. Težave se pokažejo npr. pri natančnih in hitrih gibih, nalogah, ki zahtevajo vzdržljivost pri rokovanju s predmeti, dobro moč prijema, zadrževanju položaja rok, soročnost, pri grafomotoriki in drugih drobnogibalnih spretnostih.
Motnja funkcije gibanja ne vpliva neposredno na govor in komunikacijo. Lahko pa imajo otroci z lažjo gibalno oviranostjo težave na področju govora in komunikacije, ki izvirajo iz drugih motenj v telesnih zgradbah in funkcijah.
Otrok je samostojen pri za starost primernih vsakodnevnih in šolskih opravilih (skrb zase, priprava na pouk, prenašanje in uporaba šolskih pripomočkov in učnih gradiv, pri zapisovanju, organizacija dela, dnevi dejavnosti, interesne dejavnosti, orientacija v šolskih prostorih) ter športnih dejavnostih. Lahko je počasnejši in potrebuje več podpore pri drobnogibalnih spretnostih in na področju zahtevnejših gibalnih nalog (npr. prilagojene športne dejavnosti, pomoč pri nošenju pladnja ...).
Otrok se lahko samostojno in aktivno vključuje v različne učne in obšolske dejavnosti. Razume pravila in pričakovanja, sledi navodilom, vendar pri izvedbi določenih nalog zaradi gibalnih omejitev lahko potrebuje dodaten čas in občasno pomoč. Pri strukturiranih dejavnostih sledi navodilom, ob podpori vztraja pri nalogah. Je samostojen in uspešen pri dejavnostih, ki ne zahtevajo večjih gibalnih ali drobnogibalnih naporov.

OPREDELITEV PODPORNIH IN ORGANIZACIJSKIH VIDIKOV V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNEM PROCESU

Otrok ni odvisen od pripomočkov za gibanje, lahko pa pri izvajanju dejavnosti potrebuje manjše prilagoditve nalog in učnega okolja. Morda so potrebne prilagoditve delovnega mesta (ergonomsko prilagojen stol in miza), učnega procesa (npr. podaljšan čas, krajše razdalje, zmanjšana količina nalog, znižani kriteriji natančnosti) ter uporaba ustreznih pripomočkov (npr. prilagojena pisala, orodja). Otroku se po potrebi zagotovi podaljšan čas za pisne naloge, preverjanja znanja in praktične dejavnosti, možnost

razdelitve nalog na preglednejše sklope, uporabo strukturiranih, vnaprej pripravljenih gradiv, zmanjšan obseg prepisovanja ter krajše odmore zaradi večje utrudljivosti.
Pri pouku športa in drugih gibalnih dejavnostih je po potrebi treba prilagoditi intenzivnost, trajanje in zahtevnost vaj. Učencu je smiselno omogočiti nadomestne naloge ali prilagojene oblike dejavnosti (npr. manj ponovitev, več vaj za stabilnost, manjša hitrost izvedbe, kjer lahko ohranja ravnotežje). Določene prilagoditve so lahko potrebne tudi pri predmetih likovna umetnost ter tehnika in tehnologija.

2.2 Zmerno gibalno ovirani otroci (VI/b)

Prisotne so **zmerno zmanjšane zmožnosti gibanja**, ki se izražajo na enem ali več področjih, zlasti pri hoji, teku, vzdrževanju ravnotežja, koordinaciji gibov, moči, vzdržljivosti ter drobnogibalnih spretnostih.
Otrok zmore samostojno hojo **brez gibalnih pripomočkov** na **krajših razdaljah** v zaprtih prostorih in na prostem po **ravnem terenu**, pri čemer je vzorec hoje lahko funkcionalno spremenjen. Za premagovanje srednjih razdalj (znotraj šole, neposredna okolica šole), pri hoji po **neravnem terenu** ter **navkreber in navzdol** pogosto potrebuje **pripomočke za gibanje**, kot so bergle, opornice, prilagojena obutev ali hodulja. Pri premagovanju **daljših razdalj lahko potrebuje pomoč ali nadzor druge osebe** oziroma uporabo dodatnih pripomočkov za mobilnost, kot so prilagojeno kolo, transportni voziček, ročni oziroma električni voziček ali električni skuter. Hojo po stopnicah otrok praviloma zmore, vendar počasneje in pogosto ob **oprijemanju ograje ali ob podpori druge osebe.** Tek je običajno **upočasnjen in izveden v spremenjenem gibalnem vzorcu**, spremlja ga hitrejša utrudljivost. Izraziteje se težave lahko pokažejo pri **koordiniranem izvajanju zahtevnejših gibalnih dejavnosti**, kot so skoki, prevali, plezanje, lovljenje in metanje žoge, izvajanje plesnih korakov ter plavanje ... Te dejavnosti izvaja **z velikimi težavami, v močno prilagojenem vzorcu**, ali pa jih **ni zmožen izvesti samostojno**.
Če ima težave pri gibanju zgornjih udov, se te pokažejo kot zmerno oteženo rokovanje s predmeti. Zmanjšana je lahko funkcija obeh rok, ali pa je rokovanje s predmeti oteženo zaradi okvare, delne ali popolne odsotnosti ene roke. Posledično ima otrok zmerne težave pri natančnosti in hitrosti gibov, moči prijema, zadrževanju položaja rok, soročnosti, grafomotoriki in drugih drobnogibalnih spretnostih.
Govor je lahko nenatančen, vendar po navadi razumljiv neznanemu poslušalcu. Lahko pa imajo otroci z zmerno gibalno oviranostjo bolj izražene težave na področju govora in komunikacije, ki izvirajo iz drugih motenj v telesnih zgradbah in funkcijah.
Pri starosti primernih vsakodnevnih in šolskih opravilih (skrb zase, priprava na pouk, prenašanje in uporaba šolskih pripomočkov, podporne tehnologije in učnih gradiv, pri zapisovanju, organizacija dela, dnevi dejavnosti, interesne dejavnosti, orientacija v šolskih prostorih) je večinoma samostojen, vendar počasnejši. Zato lahko občasno potrebuje delno pomoč ali nadzor (npr. pri obuvanju, zapenjanju, ohranjanju ravnotežja, uporabi sanitarij, hranjenju s prilagojenim priborom, prenašanju šolskih potrebščin, organizaciji delovnega prostora (ter pri izvajanju različnih gibalnih dejavnosti). Pri hranjenju je samostojen, lahko potrebuje prilagojen pribor in več časa.
Pri opismenjevanju in šolskem delu lahko uporablja prilagojene pripomočke (ergonomska pisala, prilagojene zvezke, večja geometrijska orodja, škarje ipd.). Lahko potrebuje tudi prilagoditve in/ali pomoč odrasle osebe. Ob izrazitejših težavah na področju grafomotorike, koordinacije ali orientacije se omogoči uporaba računalnika ali druge podporne tehnologije s programsko opremo. Pri likovnem in tehniškem ustvarjanju ter geometrijskem načrtovanju se dopušča zmanjšana natančnost. Pri športu lahko uporablja pripomočke in prilagojene ali nadomestne športne dejavnosti.
Lahko je počasnejši, se hitreje utrudi in je manj spreten, potrebuje več podpore tako pri drobnogibalnih spretnostih (kadar je okvara zgornjih udov) kot tudi na področju zahtevnejših gibalnih nalog.
Otrok se lahko večinoma samostojno vključuje v šolske in obšolske dejavnosti. Razume pravila in pričakovanja, vendar pri izvedbi določenih nalog zaradi gibalnih omejitev lahko potrebuje prilagoditve,

dodaten čas in občasno pomoč. Pomoč je odvisna od zahtevnosti gibalne naloge in gibalnih omejitev posameznika. Občasno pomoč mu lahko nudijo tudi sovrstniki. Pri dejavnostih, ki zahtevajo večjo gibalno ali/in drobnogibalno spretnost, moč ali hitrost, potrebuje več prilagoditev (npr. več časa, prilagojene naloge, njemu prilagojen način izvedbe ipd).

OPREDELITEV PODPORNIH IN ORGANIZACIJSKIH VIDIKOV V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNEM PROCESU

Lahko je odvisen od pripomočkov za pomoč pri gibanju in/ali rokovanju s predmeti. Po potrebi se mu prilagodi delovni prostor (ergonomsko prilagojen stol in miza na določenem mestu v učilnici), učni proces in/ali določene vsebine pri posameznih predmetih. Pri gibanju, izvajanju gibalnih dejavnosti ter šolskem delu se ga spodbuja k večji samostojnosti in aktivni udeležbi v okviru svojih zmožnosti.

Navodila naj bodo jasna, kratka in razumljiva. Otrok naj prejema sprotno povratno informacijo ter po potrebi pomoč učitelja pri organizaciji dela, pripravi pripomočkov in urejanju zapiskov.

Po potrebi se zagotovita prilagojena organizacija dela in ustrezna podpora pri vključevanju v vzgojno-izobraževalni proces. Omogoči se mu več časa za zapisovanje, reševanje nalog, pisne preizkuse znanja in izvajanje praktičnih dejavnosti. Pri tem lahko uporablja prilagojena gradiva, e-gradiva in/ali podporno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo, prilagojena pisala ali druge ustrezne pripomočke.

Učne naloge in gradiva se po potrebi prilagodijo po obsegu, obliki in zahtevnosti. Naloge se lahko razdelijo na manjše, preglednejše sklope, obseg prepisovanja se zmanjša, omogočijo pa se tudi nadomestne oblike zapisa. Delovni listi in druga gradiva naj bodo pregledno oblikovani, z dovolj prostora za zapis, ustrezno velikostjo pisave, razmiki in možnostjo krajših odgovorov.

Zaradi morebitne večje utrudljivosti se mu omogočijo krajši odmori in prilagoditev tempa dela. Ob tem se ga spodbuja k samostojnosti, aktivnemu sodelovanju in postopnemu razvijanju učne učinkovitosti.

Pri pouku športa in drugih gibalnih dejavnostih se po potrebi prilagodijo intenzivnost, trajanje in zahtevnost vaj. Omogočijo se lahko prilagojene oblike dejavnosti ali nadomestne naloge z manj ponovitvami, krajšo razdaljo in ohranjanjem ravnotežja. Podobne prilagoditve so lahko potrebne tudi pri predmetih, ki zahtevajo več gibanja, ročnih spretnosti ali natančnost (likovna umetnost, tehnika in tehnologija, gospodinjstvo, matematika).

2.3 Težje gibalno ovirani otroci (VI/c)

Otrok ima izrazito zmanjšane gibalne zmožnosti, ki se večinoma kažejo na več področjih grobega gibanja, predvsem pri hoji, vzdrževanju ravnotežja, koordinaciji gibov ter pri zmanjšani mišični moči in vzdržljivosti. Samostojne hoje brez pripomočkov ne zmore. V najboljšem primeru lahko brez opore za kratek čas zadrži stoječi položaj/ravnotežje in naredi nekaj posameznih korakov. Ob uporabi ustreznih pripomočkov (opornice, prilagojeni čevlji, bergle, hodulja ipd.) ali ob fizični podpori druge osebe je zmožen stopanja na krajših razdaljah po ravnem terenu (npr. znotraj sobe). Premagovanje srednjih in daljših razdalj zahteva uporabo pripomočkov za mobilnost, kot so prilagojeno kolo, ročni ali električni invalidski voziček oziroma skuter. V primeru dodatno zmanjšanih zmožnosti gibanja zgornjih udov ali drugih pridruženih težav, ki onemogočajo samostojno uporabo teh pripomočkov, je potrebno spremstvo in pomoč druge osebe. Hoje po stopnicah ne zmore; v najboljšem primeru se lahko po stopnicah premika s plazenjem. Pri sedenju je večinoma oziroma vsaj za krajši čas sposoben vzdrževati stabilen sedeč položaj brez dodatne opore.

V primeru zmanjšanih zmožnosti gibanja zgornjih udov je spretnost ene ali obeh rok izrazito zmanjšana, kar pomembno omejuje rokovanje s predmeti ter izvajanja grobih in drobnogibalnih spretnosti. Samostojno izvede le tiste enostavne dejavnosti, ki so pripravljene v naprej ali prilagojene. Posledično je pri večini vsakodnevnih dejavnosti potrebna vsaj delna fizična pomoč druge osebe in/ali uporaba ustreznih pripomočkov, prilagoditev načina izvedbe dejavnosti in/ali prilagoditev okolja.

Prisotne so lahko tudi težave na področju hranjenja. V takem primeru je treba prilagoditi način hranjenja, teksturo hrane in konsistenco tekočine.
Če je govor nejasen in zunaj konteksta ni razumljiv neznanemu poslušalcu, otrok v procesu komunikacije uporablja individualno prilagojene strategije nadomestne in dopolnilne komunikacije in/ali komunikacijski pripomoček.
Pri starosti primernih vsakodnevnih in šolskih opravilih (skrb zase, priprava na pouk, prenašanje in uporaba šolskih pripomočkov, podporne tehnologije in učnih gradiv, pri zapisovanju, organizacija dela, dnevi dejavnosti, interesne dejavnosti, orientacija v šolskih prostorih) ter športnih dejavnostih ima lahko pomembno omejene zmožnosti samostojnega delovanja, zato potrebuje nadzor ali pomoč spremljevalca. V dejavnosti se vključuje s pomočjo medicinsko-rehabilitacijskih pripomočkov, spremljevalca ali vrstnikov. Razume pravila in navodila ter sodeluje na način, ki je prilagojen njegovim gibalnim zmožnostim, na primer z verbalnim usmerjanjem, uporabo pripomočkov ali izvedbo posameznih delov dejavnosti. Pri prehodih med nadstropji, pripravi in organizaciji dejavnosti potrebuje pomoč.

OPREDELITEV PODPORNIH IN ORGANIZACIJSKIH VIDIKOV V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNEM PROCESU

Otrok potrebuje pripomočke za pomoč pri gibanju in izvajanju različnih dejavnosti in/ali pomoč spremljevalca pri gibanju in/ali izvajanju dejavnosti, ki zahtevajo ročne spretnosti. Potrebne so prilagoditve delovnega prostora (individualno prilagojen stol in miza na določenem mestu v razredu) in/ali individualno prilagojen invalidski voziček. V primeru oviranosti zgornjih udov je treba zagotoviti individualno prilagojene pripomočke (npr. prilagojena pisala, orodja) ali spodbujati samostojnost z uporabo podporne tehnologije, ki je prav tako individualno prilagojena. Poudarek je na razvijanju funkcionalne samostojnosti v okviru lastnih zmožnosti ob uporabi pripomočkov ter krepitvi lastne iniciative in odločanja.
Otroku se zagotovi povečana stopnja prilagoditev in podpore pri vključevanju v vzgojno-izobraževalni proces. Omogoči se mu več časa za zapisovanje, reševanje nalog, pisna preverjanja znanja ter izvajanje praktičnih in eksperimentalnih dejavnosti. Pri tem lahko uporablja prilagojena gradiva, e-gradiva, in /ali podporno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo.
Navodila naj bodo jasna, kratka in razumljiva. Učenec naj prejema sprotno povratno informacijo ter pomoč učitelja, po potrebi tudi spremljevalca, pri organizaciji zapisa, pripravi učnih pripomočkov in šolskih potrebščin. Zaradi povečane utrudljivosti in počasnejšega tempa dela se mu omogočijo krajši odmori ter prilagoditev tempa dela.
Učne naloge in gradiva se po potrebi prilagodijo po obsegu, obliki in zahtevnosti. Učna gradiva in delovni listi naj bodo pregledno oblikovani, z dovolj prostora za zapis, možnostjo krajših odgovorov, ustrezno velikostjo pisave in večjimi razmiki. Po potrebi uporablja prilagojene zvezke, pisala, nastavke ter druge prilagojene pripomočke (škarje, ravnila, šestila …). Obseg prepisovanja se lahko zmanjša, nadomesti z nadomestnimi oblikami zapisa ali pa po potrebi poteka tudi po učenčevem nareku, ob pomoči spremljevalca ali s pomočjo podporne informacijsko-komunikacijske tehnologije.
Učenca se spodbuja k čim večji samostojnosti v okviru njegovih zmožnosti, aktivnemu sodelovanju, razvijanju funkcionalne samostojnosti ter lastne iniciative in odločanja. Pri tem se upošteva tudi možnost, da učenec ob pomoči spremljevalca aktivno sodeluje pri skrbi zase, na primer z dajanjem navodil spremljevalcu.
Pri pouku športa in drugih gibalnih dejavnostih se prilagodijo intenzivnost, trajanje in zahtevnost vaj. Omogočijo se lahko prilagojene dejavnosti ali nadomestne naloge s poudarkom na varnosti, ohranjanju ravnotežja in funkcionalnem gibanju. Podobne prilagoditve se po potrebi izvajajo tudi pri drugih predmetih, ki zahtevajo gibanje, ročne spretnosti ali natančnost (likovna umetnost, tehnika in

tehnologija, gospodinjstvo, matematika). Dejavnosti se lahko razdelijo na manjše korake in izvajajo s pomočjo, prilagojenimi pripomočki ali digitalnimi orodji. Dnevi dejavnosti so organizirani tako, da učenec sodeluje v skladu s svojimi zmožnostmi.

2.4 Težko gibalno ovirani otroci (VI/d)

Otrok ima močno zmanjšane zmožnosti gibanja, zaradi česar je povsem funkcionalno odvisen od pomoči druge osebe ali pripomočkov. Samostojno mobilnost dosega izključno z uporabo elektromotornega invalidskega vozička ali enakovrednega pripomočka. Funkcionalni gibi zgornjih udov so močno omejeni, s predmeti ne rokuje, lahko zmore le enostavne gibe rok, kar pomembno vpliva na izvajanje vsakodnevnih dejavnosti. Prisotne so lahko zelo hude motnje zaznavanja in obdelave dražljajev, orientacije ter senzomotorične integracije. Otrok je pri izvajanju vseh dnevnih opravil večinoma odvisen od stalne fizične pomoči druge osebe.

Če ima težave na področju hranjenja in požiranja, so potrebne prilagoditve pri obrokih (prilagojena tekstura hrane, konsistenca tekočine ter strategija hranjenja). Pri obrokih lahko delno ali polno uporablja hranilno cevko. Otrok s težko gibalno oviranostjo potrebuje pri hranjenju pomoč odrasle osebe.

Če govor ni razumljiv, v procesu komunikacije uporablja individualno prilagojene strategije nadomestne in dopolnilne komunikacije in/ali komunikacijski pripomoček.

Na področju šolskih veščin otrok sodeluje predvsem ob uporabi prilagojenih načinov dela in podporne tehnologije. Pri branju besedila sprejema vsebine s poslušanjem branih ali zvočnih gradiv, razumevanje in odzivanje pa poteka (tudi) z izbiro odgovorov s pomočjo komunikacijskega pripomočka. Pisanje je v celoti nadomeščeno z uporabo podporne tehnologije (komunikacijski pripomoček z individualno prilagojeno programsko opremo). Pri likovnem ustvarjanju se vključuje v senzorične dejavnosti oziroma uporablja individualno prilagojen način uporabe digitalne tehnologije (npr. risanje z uporabo tehnologije za sledenje pogledu). Geometrijske vsebine usvaja s pomočjo konkretnih učnih pripomočkov in digitalnih vizualizacij. Pri praktičnem pouku sodeluje predvsem na ravni opazovanja, izbire med ponujenimi možnostmi ter prek uporabe podporne tehnologije.

Pri dnevnih dejavnostih in v skrbi zase je otrok v celoti odvisen od pomoči druge osebe. Potrebuje popolno podporo pri oblačenju, hranjenju, osebni higieni in uporabi sanitarij. Prav tako potrebuje stalno pomoč pri nameščanju in/ali premeščanju. V šolskem okolju je v celoti odvisen od pomoči pri organizaciji, namestitvi in uporabi šolskih pripomočkov. V primeru oviranosti na področju zgornjih udov je treba zagotoviti individualno prilagojene pripomočke (npr. prilagojena pisala, orodja ...) ali krepiti samostojnost z uporabo podporne tehnologije, ki je prav tako individualno prilagojena. Poudarek je na razvijanju funkcionalne samostojnosti v okviru lastnih zmožnosti ob uporabi pripomočkov ter krepitvi lastne iniciative in odločanja.

OPREDELITEV PODPORNIH IN ORGANIZACIJSKIH VIDIKOV V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNEM PROCESU

Otrok potrebuje pripomočke za gibanje in izvajanje drugih dejavnosti ter po potrebi pomoč spremljevalca. Zagotovijo se mu ustrezno prilagojeno delovno mesto, individualno prilagojen voziček, primerna miza in ustrezen prostor v razredu. Omogočiti mu je treba dovolj prostora za gibanje z vozičkom, uporabo in odlaganje pripomočkov ter dostop do vseh šolskih prostorov. Učenec mora imeti sam in/ali ob stalni podpori odrasle osebe oz. spremljevalca ali vrstnikov neoviran in varen dostop do vseh prostorov, ki so namenjeni javni rabi. Sodeluje na njemu prilagojen način, z uporabo medicinskorehabilitacijskih pripomočkov in pomoči druge osebe (npr. daje verbalna navodila in/ali sodeluje z uporabo pripomočkov, pri tem potrebuje več časa). Pri prehodih in organizaciji dejavnosti potrebuje pomoč. Stopnja aktivne fizične samostojnosti je nizka.

Pri šolskem delu uporablja individualno prilagojene pripomočke in podporno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo za komunikacijo, branje, pisanje, računanje ter drugo šolsko delo. Glede na njegove zmožnosti se prilagodijo učni proces, posamezne vsebine pri predmetih, obseg in zahtevnost nalog ter kriteriji natančnosti. Omogočijo se lahko podaljšan čas, manjši obseg nalog, nadomestne naloge, prilagojena pisala, orodja, učna gradiva v elektronski obliki in drugi ustrezni pripomočki.
Če je otrok pri uporabi podporne tehnologije samostojen, se mu zagotovi dovolj časa za zapisovanje in reševanje nalog v elektronski obliki, na primer z uporabo e-zvezkov, e-delovnih zvezkov ali e-učnih listov. Kadar zapisovanja ali reševanja nalog ne zmore samostojno, lahko po njegovem nareku odgovore zapisuje spremljevalec. Šolsko delo se načrtuje tako, da se spodbuja otrokova samostojnost v okviru njegovih zmožnosti. V podporo se mu lahko vnaprej pripravijo strukturirana in prilagojena gradiva. Po potrebi se zmanjša obseg nalog, ki zahtevajo pisanje ali prepisovanje, zagotovi pa se tudi pomoč pri organizaciji zapisa, urejanju zapiskov, pripravi učnih pripomočkov in šolskih potrebščin. Zaradi večje utrudljivosti se mu omogočijo krajši odmori in prilagoditev tempa dela. Pri praktičnih vsebinah pouka otrok sodeluje v okviru svojih zmožnosti, samostojno, ob pomoči spremljevalca ali z dajanjem navodil spremljevalcu. Dejavnosti se lahko razdelijo na manjše, pregledne korake, v katere se vključuje glede na svoje gibalne in funkcionalne zmožnosti.
Športne dejavnosti se zato prilagajajo tako, da potekajo v stabilnem sedečem ali podprtem položaju, pogosto na invalidskem vozičku ali ob uporabi posebnih podpornih pripomočkov. Pri pouku športa in drugih gibalnih dejavnostih se v celoti prilagodijo intenzivnost, trajanje in zahtevnost vaj. Ob podpori spremljevalca se mu omogočijo nadomestne naloge ali prilagojene oblike dejavnosti, na primer manj ponovitev, krajša razdalja, prilagojena športna oprema in pripomočki ali večji poudarek na teoretičnih vsebinah. Ne glede na način sodelovanja se otroka spodbuja k čim večji funkcionalni samostojnosti v okviru njegovih zmožnosti, aktivnemu sodelovanju, lastni iniciativi in odločanju. Podobne prilagoditve se po potrebi izvajajo tudi pri drugih predmetih, ki zahtevajo gibanje, ročne spretnosti ali natančnost (likovna umetnost, tehnika in tehnologija, gospodinjstvo, matematika).

4 DOLOČITEV VSTOPNE TOČKE

Petstopenjski model pomoči učencem v osnovni šoli se uporablja pri vseh stopnjah gibalne oviranosti.
Če podpora pri lažje gibalno oviranem otroku ne zadošča, se otroka usmeri. Lažje gibalno oviranega otroka se lahko usmeri tudi brez predhodnega izvajanja stopenjskega modela pomoči.

5 OPREDELITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

Otrok ni usmerjen kot gibalno oviran otrok, kadar njegove gibalne težave niso trajne ali niso funkcionalno omejujoče v tolikšni meri, da bi zahtevale prilagoditve, pomoč ali posebne pogoje izobraževanja.

Ključni izločitveni kriteriji, po katerih otroka ne usmerjamo kot gibalno oviranega, so:

- težave na področju gibanja izvirajo v celoti iz drugih motenj (npr. motnje v duševnem razvoju, motnje vida, sluha);
- omejitve so začasne (npr. poškodbe, pooperativno stanje) in ne predstavljajo trajnejše oviranosti.

6 SMERNICE ZA PREVERJANJE USTREZNOSTI USMERITVE

Pri preverjanju ustreznosti usmeritve je treba spremljati celostno funkcioniranje otroka in uspešnost vključevanja v vzgojno-izobraževalnem programu, ki ga ta obiskuje.

Časovni okvir preverjanja ustreznosti usmeritve pred zaključkom programa, v katerega je otrok usmerjen, je:

- po 2 letih v primerih, ko glede na naravo osnovnega obolenja/stanja ali drugih pridruženih obolenj/stanj pričakujemo spremembo gibalne oviranosti, ki bi lahko pomembno vplivala na zmožnost učinkovitega vključevanja v izbrani vzgojno-izobraževalni program;
- po 3 do 5 letih v primerih počasneje napredujočih obolenj ali drugih pridruženih stanj, ki bi lahko vplivala na zmožnosti učinkovitega vključevanja v izbrani vzgojno-izobraževalni program.

7 OPREDELITEV KRITERIJEV ZA DOLOČITEV SPREMLJEVALCA

Težje ali težko gibalno oviranim otrokom se dodeli pomoč spremljevalca, ko:

- je pri vseh dnevnih opravilih in skrbi zase v celoti odvisen od pomoči druge osebe ter potrebuje popolno podporo pri oblačenju, hranjenju, osebni higieni in uporabi sanitarij ter stalno pomoč pri nameščanju ali premeščanju;
- je pri večini vsakodnevnih dejavnosti zaradi zmanjšane zmožnosti gibanja zgornjih in/ali spodnjih udov spretnost ene ali obeh rok izrazito zmanjšana in potrebuje vsaj delno fizično pomoč druge osebe in pomoč pri uporabi ustreznih pripomočkov;
- je pomembno omejeno rokovanje s predmeti in šolskimi potrebščinami ter izvajanje grobih in finogibalnih aktivnosti pri uporabi določenih predmetov ali pripomočkov – zaradi varnosti potrebuje pomoč;
- ima pomembno omejene zmožnosti samostojnega gibanja in delovanja pri vsakodnevnih šolskih opravilih, kot so priprava in organizacija dejavnosti, prenašanje in uporaba šolskih pripomočkov ter podporne tehnologije, onemogočeno samostojno sodelovanje pri dnevih dejavnosti ali interesnih dejavnostih, prehodi med nadstropji ter orientacija v šolskih prostorih in pri športnih dejavnostih;
- je v šolskem okolju v celoti odvisen od pomoči pri organizaciji, namestitvi in uporabi šolskih pripomočkov.

8 OPREDELITEV KRITERIJEV ZA UPORABO PRILAGOJENEGA PREVOZA ZA GIBALNO OVIRANE DIJAKE

Težje ali težko gibalno oviran dijak potrebuje prilagojen prevoz namesto javnega prevoza, ko zaradi svoje gibalne oviranosti javnega prevoza ne more uporabljati varno in samostojno.

To velja, kadar:

- ne zmore samostojnega gibanja do javnega postajališča ali samostojnega vstopanja v prevozna sredstva oziroma iz njih izstopati (npr. uporaba medicinskih pripomočkov, izrazita nestabilnost hoje) in/ali potrebuje več časa za premagovanje razdalje od postajališča do šole ali doma;
- potrebuje fizično pomoč druge osebe pri premikanju, varnem nameščanju ali premeščanju in/ali prenašanju bremen (npr. medicinskih pripomočkov, šolske torbe in druge prtljage);
- javna prevozna sredstva in/ali postajališča niso ustrezno prilagojena njegovim potrebam (npr. ni ustreznega dostopa za voziček, ni dvigala ali klančine, neustrezni ali odsotni varnostni pasovi, neprilagojena širina vrat, višina stopnic ...);
- zaradi zmanjšane mobilnosti in/ali splošne fizične zmogljivosti ne more varno uporabljati javnega prevoza (npr. če so prisotne težave z ravnotežjem, zadrževanjem varnega položaja med vožnjo v vozilu, nezmožnost dovolj hitrega in pravočasnega odzivanja v primeru gneče v transportnem sredstvu ali v nepredvidenih situacijah v prometu);
- bi uporaba javnega prevoza pomenila nesorazmeren fizični napor ali povečala tveganje za zdravje;
- ima poleg gibalne oviranosti tudi druge pridružene zdravstvene težave, ki dodatno otežujejo ali onemogočajo varno uporabo javnega prevoza in zahtevajo spremstvu ustrezno usposobljene osebe; sem spadajo npr. epilepsija – še posebej nekontrolirana z večjo verjetnostjo potrebe po prekinjanju napadov z medikamentozno terapijo, potreba po možnih posegih tekom prevoza za vzdrževanje prehodne dihalne poti (npr. potreba po aspiraciji, izkašljevanju) ali uporabi pripomočkov za dihalno podporo (neinvazivna/invazivna ventilacija, trajno zdravljenje s kisikom) in/ali potrebuje spremstvo zaradi svojega zdravstvenega stanja.

Viri in literatura

Logar, S., Jones, D., Žgur, E., Andlovic, S., Groleger Sršen, K. (2015). Gibalno ovirani otroci. V: N. Vovk Ornik (ur.). K*riteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. Zavod RS za šolstvo.* https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf

Pravilnik o organizaciji in povračilu prevoznih stroškov za prevoze otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami (2019). Uradni list RS, št. 45/19, 121/21, 619/26. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV13801

VII. DOLGOTRAJNO BOLNI OTROCI

Alenka Klinc, Zavod RS za šolstvo
Dr. Vanja Riccarda Kiswarday, Pedagoška fakulteta, Univerza na Primorskem
Dr. Tanja Černe, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
Dr. Petra Fidler, Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

OPREDELITEV OTROK S KRONIČNIMI OZIROMA DRUGIMI DOLGOTRAJNIMI BOLEZNIMI

V skupino dolgotrajno bolnih otrok se v skladu z veljavno zakonodajo uvrščajo tako otroci s kroničnimi oziroma drugimi dolgotrajnimi boleznimi kot tudi otroci z motnjo aktivnosti in pozornosti (ADHD), ki je nevrorazvojna motnja.

Čeprav sta obe skupini otrok uvrščeni v isto skupino, se narava njihovih težav in posledično njihove vzgojno-izobraževalne potrebe razlikujejo. Pri otrocih s kroničnimi oziroma drugimi dolgotrajnimi boleznimi so posebne vzgojno-izobraževalne potrebe praviloma povezane predvsem z vplivom bolezni in zdravljenja na otrokovo zdravstveno stanje, vsakodnevno funkcioniranje in zmožnost sodelovanja v vzgojno-izobraževalnem procesu.

Pri otrocih z ADHD pa posebne vzgojno-izobraževalne potrebe izhajajo predvsem iz značilnosti nevrorazvojne motnje, ki se lahko kažejo na področju pozornosti, aktivnosti, impulzivnosti, organizacije, samoregulacije in drugih področjih funkcioniranja. Zaradi drugačne narave težav in s tem povezanih potreb po prilagoditvah in podpori je smiselno otroke z ADHD v okviru kriterijev obravnavati posebej.

V nadaljevanju so zato najprej opredeljeni kriteriji za otroke s kroničnimi oziroma drugimi dolgotrajnimi boleznimi, nato pa posebej kriteriji za otroke z motnjo aktivnosti in pozornosti (ADHD).

1 SPLOŠNA OPREDELITEV

Predlagana opredelitev jasno določa enotna strokovna merila, po katerih se otroci z dolgotrajno boleznijo prepoznajo kot otroci s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami v postopku usmerjanja. Cilj opredelitve je zagotoviti celosten in dosleden pristop, ki upošteva dejanski vpliv bolezni na otrokovo vsakdanje življenje in učenje, ne le medicinske diagnoze ali potek zdravljenja (Košnik, 2025).
Opredelitev vključuje večdimenzionalni pristop (World Health Organization, 2019), ki združuje medicinske, specialnopedagoške, pedagoške, psihološke in socialne vidike otrokovega funkcioniranja. Poseben poudarek je na oceni, kako bolezen vpliva na otrokovo:

- splošno dobro počutje, vsakodnevno vključevanje v aktivnosti in stopnjo otrokove samostojnosti,
- sodelovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu,
- učne sposobnosti, zmožnosti napredovanja in učno uspešnost (Bečan, Klinc in Čuk, 2003).

S tem se zagotovi, da otrok prejme ustrezno strokovno pomoč in prilagoditve, ki so usmerjene k njegovim realnim potrebam.

Opredelitev otroka z dolgotrajno boleznijo kot otroka s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami temelji na:

- zdravstveni in drugi strokovni dokumentaciji,

- ugotavljanju vpliva dolgotrajne bolezni na otrokovo celostno funkcioniranje, napredovanje in učno uspešnost v vzgojno-izobraževalnem procesu,
- vstopni točki, na podlagi katere komisija oceni, ali je otrok do usmeritve upravičen ali ne,
- določitvi časovnih okvirov in postopkov za periodično preverjanje ustreznosti usmeritve ter preverjanje primernosti in učinkovitosti pomoči in prilagoditev,
- določitvi izločitvenih kriterijev ,
- opredelitvi potrebe po spremljevalcu za otroka, kadar je to utemeljeno z zdravstvenim stanjem otroka,
- določitvi, kdaj je otrok upravičen do spremstva na organiziranem prevozu.

2 OPREDELITEV OTROKA KOT DOLGOTRAJNO BOLNEGA

Otrok se opredeli kot otrok z dolgotrajno boleznijo, kadar bolezen, potek zdravljenja ali posledice bolezni trajno ali začasno pomembno omejujejo njegovo telesno funkcioniranje, vplivajo na njegovo čustveno in psihološko stanje, sposobnost izvajanja vsakodnevnih dejavnosti ter njegovo sodelovanje in optimalno funkcioniranje v vzgojno-izobraževalnem procesu.

Med dolgotrajne bolezni spadajo kardiološke, endokrinološke, gastroenterološke, alergološke, revmatološke in druge avtoimune bolezni, nefrološke, pulmološke, onkološke, hematološke, dermatološke, nevrološke in psihiatrične bolezni ter druge kronične ali ponavljajoče se bolezni, ki trajno ali dalj časa (vsaj tri mesece) pomembno vplivajo na otrokov razvoj in učenje, celostno funkcioniranje, izvajanje aktivnosti, napredek in sodelovanje otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu (Svetovna zdravstvena organizacija, 2019).

Pri nekaterih psihiatričnih boleznih lahko pričakujemo huje oškodovano vsakodnevno funkcioniranje in dolgotrajnejši proces zdravljenja. Med te bolezni spadajo psihotične motnje (npr. shizofrenija, shizoafektivna motnja), nekatere razpoloženjske motnje (npr. bipolarna afektivna motnja, huda ali ponavljajoča depresivna motnja), motnje hranjenja. Ti otroci se usmerijo kot dolgotrajno bolni otroci. Če je ob tem pomembno izražena čustveno-vedenjska simptomatika, jih usmerimo tudi v skupino otrok s čustveno-vedenjskimi motnjami (APA, 2022).

Otroci z nekaterimi motnjami, kot so npr. stresne motnje, anksiozne motnje, opozicionalno kljubovalno vedenje, depresivna epizoda, kjer je pričakovati hitrejše izboljšanje funkcionalnosti v vsakdanjem življenju, se praviloma ne opredelijo kot dolgotrajno bolni otroci, ampak kot otroci s čustveno-vedenjsko motnjo.

V skupino otrok z dolgotrajno boleznijo spadajo tudi otroci z diagnostično opredeljeno motnjo aktivnosti in pozornosti (ADHD) (APA, 2022; Barkley, 2022; Černe, 2023).

Opredelitev medicinske diagnoze je nujen, vendar ne zadosten pogoj za usmeritev otroka v skupino otrok z dolgotrajno boleznijo. Medicinska diagnoza torej sama po sebi ne pomeni, da ima otrok posebne vzgojno-izobraževalne potrebe.

Usmeritev v to skupino je možna tudi pri otroku, pri katerem je zdravljenje zaključeno, vendar posledice bolezni ali zdravljenja še naprej pomembno omejujejo in pomembno vplivajo na njegovo celostno funkcioniranje.

Otrok z dolgotrajno boleznijo ima lahko tudi posebne zdravstvene potrebe med izvajanjem vzgojno-izobraževalnega programa (npr. jemanje zdravil, merjenje sladkorja). Če so te potrebe laične narave, mora šola po navodilu zdravnika zanje poskrbeti v času izvajanja programa.

Otrok se usmeri kot otrok z dolgotrajno boleznijo na podlagi celostne ocene njegovega funkcioniranja, pri čemer iz zdravstvene in druge priložene dokumentacije izhaja, da njegovo zdravstveno stanje povzroča trajne ali ponavljajoče se težave, ki trajajo najmanj tri mesece, na naslednjih področjih:

- vsakodnevno funkcioniranje (čustveno-vedenjsko funkcioniranje, socialno vključevanje ...),
- sledenje in sodelovanje pouku, učenje in izkazovanje znanja,
- samostojnost in skrb zase,
- vključevanje v vzgojno-izobraževalno okolje.

2.1 Medicinski in funkcionalni kriterij

Otrok se lahko opredeli kot otrok z dolgotrajno boleznijo, kadar sta izpolnjena oba spodaj navedena kriterija.

a) Medicinski kriterij:

Dolgotrajna bolezen, dokumentirana z zdravstveno dokumentacijo.

b) Funkcionalni kriterij

Otrokovo zdravstveno stanje povzroča dalj časa trajajoče in/ali trajnejše pomembne funkcionalne omejitve na enem ali več področjih otrokovega delovanja (Bečan, 2012).

2.2 V opredelitvi se ocenjuje

Učno in kognitivno področje:

- dolgotrajne, pogoste ali ponavljajoče se odsotnosti od pouka, ki povzročajo vrzeli v znanju;
- upočasnjen delovni tempo, zmanjšana koncentracija in pozornost, šibkejši delovni spomin, težave na področju pomnjenja in izvršilnih funkcij, povečana utrudljivost ter nihanja učinkovitosti;
- počasnejše usvajanje znanja;
- upočasnjen učni napredek in težave z doseganjem vzgojno-izobraževalnih ciljev;
- učni primanjkljaji, ki jih otrok brez strokovne pomoči in podpore ne more nadoknaditi;
- zmanjšane priložnosti za razvoj potencialov ter področij, na katerih je otrok talentiran ali nadarjen;
- zmanjšana psihična odpornost in prožnost ter druge posledice bolezni, ki vplivajo na otrokovo motivacijo in učni uspeh (Bečan, 2002; Bečan, 2012; Bečan idr., 2003).

Funkcionalno in telesno področje:

- omejitve pri gibanju, športnih dejavnostih in praktičnem delu;
- potreba po dodatnem času za počitek;
- zmanjšana telesna vzdržljivost;
- potreba po pomoči in podpori pri uporabi medicinskih pripomočkov za spremljanje in obvladovanje zdravstvenega stanja in/ali pri aplikaciji zdravil (Bečan idr., 2003; Bečan, 2012).

Socialno-čustveno področje:

- povečano tveganje za razvoj težav na področju duševnega zdravja;
- zmanjšane možnosti za vključevanje v skupinske dejavnosti;
- tveganje za socialno izolacijo ali stigmatizacijo;
- šibke prilagoditvene spretnosti;
- nižja samopodoba, občutki nemoči ali povečane tesnobe;
- čustvene stiske, ki vplivajo na otrokovo celostno funkcioniranje;
- potreba po okrepljeni čustveni ali socialni podpori;
- druge socialno-čustvene težave otroka (Bečan, 2012; Košnik, 2025; World Health Organization, 2007).

Organizacijsko podporni vidik:

- potreba po prilagoditvi urnika zaradi zdravljenja, pregledov ali hospitalizacij;

- potreba po uporabi medicinskih in rehabilitacijskih pripomočkov, prilagojenih učnih materialov in gradiv;
- potreba po aktivnem in ciljno usmerjenem sodelovanju ter usklajevanju med starši, vzgojno-izobraževalno ustanovo in drugimi strokovnimi institucijami za optimalno uresničevanje in izpolnjevanje otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb;
- kontinuirano prilagajanje vzgojno-izobraževalnega procesa ter pomoči in podpore trenutnemu zdravstvenemu stanju otroka.

3 OPREDELITEV VSTOPNE TOČKE

Med posameznimi boleznimi obstajajo pomembne razlike. Pri nekaterih zdravstvenih stanjih otroka je mogoče vstopno točko (postopnost uvajanja pomoči in podpore) upoštevati, pri drugih pa ne, ker otrok potrebuje zaradi narave bolezni v šoli pomoč in podporo takoj in je ni mogoče uvajati postopno.

Pri presoji mora komisija oceniti, ali bolezen in zdravstveno stanje otroka sploh omogočata postopno uvajanje pomoči in podpore v vzgojno-izobraževalnem okolju. Ključno je strokovno ovrednotiti otrokovo zmožnost odzivanja na pomoč ter presoditi, ali je mogoče njegovo odzivnost spremljati postopno ali pa to zaradi narave bolezni in zdravstvenega stanja ni mogoče (Košnik, 2025).
Komisija preveri:

a) katere učne, čustvene, socialne, vedenjske ali druge težave, povezane z dolgotrajno boleznijo otroka, so bile že opažene v vzgojno-izobraževalni ustanovi in v kakšni intenziteti;
b) katere prilagoditve in oblike pomoči in podpore so bile uvedene v okviru stopenjske podpore pred uvedbo postopka usmerjanja;
c) v kolikšni meri so bile prilagoditve in druge oblike pomoči in podpore v šoli učinkovite ter kakšen je bil otrokov odziv na pomoč in podporo;
č) ali je postopnost uvajanja pomoči in podpore zaradi otrokove bolezni in zdravljenja sploh mogoča.

Postopno uvajanje ustreznih oblik pomoči in podpore v vzgojno-izobraževalnem procesu je mogoče pri otrocih s stabilnim kroničnim zdravstvenim stanjem.
To velja za otroke:

- ki večinoma redno obiskujejo pouk;
- pri katerih je bolezen v remisiji in je njihovo zdravstveno stanje stabilno;
- ki lahko sodelujejo pri večini šolskih aktivnosti;
- pri katerih je mogoče spremljati njihov odziv na pomoč in podporo v vzgojno-izobraževalnem procesu ter ga ustrezno prilagajati.

Primeri zdravstvenih stanj, kjer je postopno uvajanje možno in večinoma zadostno, so: urejena blaga do zmerna astma in stabilne alergijske bolezni, celiakija in druge dolgotrajne bolezni v stabilni fazi ali remisiji.
Postopno uvajanje omogoča, da se objektivno oceni, ali otrok potrebuje višjo stopnjo podpore v okviru večstopenjske pomoči in podpore ali formalno usmeritev v ustrezen program kot otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami.
Upoštevanje postopnosti v procesu pomoči in podpore ni vedno mogoče pri boleznih otrok, ki potrebujejo takojšnjo, intenzivno in individualizirano podporo, ker:

- bolezen ogroža življenje ali zdravje;
- je otrok pogosto hospitaliziran;
- bolezen povzroča velike fizične in kognitivne obremenitve;

- so pričakovani dolgotrajni izostanki ali pogosti izostanki od pouka;
- otrokovo zdravstveno stanje močno niha;
- zdravniška priporočila prepovedujejo redno vključevanje k pouku;
- drugi zdravstveni razlogi.

Primeri bolezni, pri katerih je potreben čimprejšnji začetek postopka usmerjanja ob hkratni in takojšnji uvedbi podpore in pomoči v vzgojno-izobraževalni ustanovi so na primer: onkološka obolenja, težje imunske pomanjkljivosti, trdovratna epilepsija, klinično pomembna srčna ali pljučna obolenja, sladkorna bolezen tipa I, težja kronična obolenja z izrazitimi nihanji stanja ter druga resna zdravstvena stanja.

4 OPREDELITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

Otrok se ne opredeli kot otrok z dolgotrajno boleznijo, kadar:

a) bolezen traja manj kot tri mesece in ne povzroča trajnih posledic na otrokov razvoj, vsakodnevno celostno funkcioniranje in sposobnost za učenje;
b) bolezensko stanje ne povzroča pomembnih omejitev pri vključevanju otroka v vzgojno-izobraževalni proces;
c) za podporo otroku zadostujejo prilagoditve in oblike pomoči in podpore v okviru stopenjskega modela (individualizacija in diferenciacija pouka znotraj razreda, dodatna pomoč učitelja, ciljno usmerjene prilagoditve, dopolnilni pouk in/ali individualna/skupinska oblika pomoči);
d) težave izvirajo iz nezdravstvenih razlogov (npr.: učne, čustvene, vedenjske ali socialne težave, ki niso posledica bolezni itd.);
e) na podlagi zdravstvene dokumentacije bolezen ne izpolnjuje kriterijev za opredelitev otroka kot dolgotrajno bolnega.

5 SMERNICE ZA PREVERJANJE USTREZNOSTI USMERITVE

Namen preverjanja ustreznosti usmeritve je:

- ugotoviti, ali so prilagoditve in/ali dodatna strokovna pomoč ustrezne glede na otrokovo aktualno celostno funkcioniranje;
- prilagoditi vrsto pomoči ob spremembah zdravstvenega stanja;
- preprečiti ohranjanje statusa otroka kot otroka s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami, ko le-ta ni več potreben;
- zagotoviti, da ima otrok tisto pomoč in podporo, ki jo dejansko potrebuje.

Časovni okvir:

Preverjanje najkasneje po 4 letih od usmeritve je obvezno, kadar:

- bolezen poteka spremenljivo;
- se pričakuje poslabšanje ali izboljšanje zdravstvenega stanja otroka;
- ima otrok z odločbo določenega spremljevalca;
- se pričakuje, da otrok ne bo več potreboval odločbe o usmeritvi kot otrok s posebnimi potrebami.

V primerih, ko je zdravstveno stanje otroka stabilno in je potek bolezni predvidljiv, pričakovan, otrokovo funkcioniranje pa je dolgoročno stabilno, preverjanje ustreznosti usmeritve pa ne bi vplivalo na spremembo ugotovitev ali otrokovih vzgojno-izobraževalnih potreb, se preverjanje ustreznosti praviloma ne določi.

Ob preverjanju ustreznosti usmeritve mora biti iz priložene aktualne zdravstvene in druge strokovne dokumentacije ter poročila šole razvidno aktualno zdravstveno stanje otroka ter njegove zmožnosti

funkcioniranja v vzgojno-izobraževalnem procesu, pri čemer zdravstvena dokumentacija ne sme biti starejša od dveh let.

6 OPREDELITEV KRITERIJEV IN POGOJEV ZA DOLOČITEV SPREMLJEVALCA

Spremljevalec se dodeli otroku z dolgotrajno boleznijo z namenom zagotavljanja varnega in aktivnega vključevanja v vzgojno-izobraževalni proces. Spremljevalec otroku omogoča dostop do pouka in drugih šolskih dejavnosti, zagotavlja pomoč pri prilagajanju ob različnih prehodih (na primer: raven izobraževanja, iz razredne na predmetno stopnjo, sprememba šole ...), pri prehodih med urami in odmori ter nudi pomoč pri zdravstvenih in drugih potrebah, povezanih z obvladovanjem bolezni. Hkrati spremljevalec spodbuja samostojnost in učno organizacijo, krepi socialno vključenost in omogoča otroku aktivno sodelovanje v skupini (Bečan, 2012; Košnik, 2025; World Health Organization, 2007).

Spremljevalec deluje kot podpora tako otroku kot učitelju, pri čemer zagotavlja po potrebi tudi varno in strokovno izvajanje laičnih podpornih zdravstvenih postopkov, spodbuja samostojno udeležbo otroka v vzgojno-izobraževalnih aktivnostih ter prispeva k celovitemu vključevanju otroka v šolsko okolje.

Namen pomoči spremljevalca je zmanjševanje otrokove odvisnosti od pomoči, kolikor to omogoča zdravstveno stanje otroka, ter spodbujanje otroka k samostojnosti, opolnomočenju in splošnemu zadovoljstvu.

Spremljevalec se dodeli otroku, pri katerem bolezen ali zdravljenje zahteva aktivno pomoč pri obvladovanju bolezni in/ali spremljanju otrokovega trenutnega zdravstvenega stanja in/ali če bolezen povzroča omejitve, ki pomembno vplivajo na njegovo varnost, dostop do vzgojno-izobraževalnega procesa ali zmožnost sodelovanja v njem. Pri odločanju o dodelitvi spremljevalca je treba tudi upoštevati:

- zdravstveni vidik: diagnoza, potek bolezni, tveganja za zaplete, varnost ...;
- razvojno stopnjo otroka in zmožnost postopnega prevzemanja lastne skrbi in odgovornosti;
- funkcionalni vidik: zmožnost samostojnega gibanja, vodenje in obvladovanje bolezni ...;
- pedagoški vidik: sposobnost zbranega spremljanja pouka, dostop do učnih vsebin in zapiskov, socialna vključenost ...;
- psihosocialni vidik: čustvovanje, socialno vključevanje, samopodoba in samostojnost ob bolezni ...

<u>Spremljevalec se dodeli otroku, pri katerem obstaja/obstajajo:</u>

- tveganje za nenadne zdravstvene zaplete, ki zahtevajo takojšnje ukrepanje;
- potreba po rednem spremljanju zdravstvenega stanja in varstva učenca in po zagotavljanju varnosti med poukom in dejavnostmi, ki jih organizira šola;
- povečano tveganje za poškodbe zaradi bolezni ali posledic zdravljenja;
- potreba po pomoči in podpori pri uporabi medicinskih pripomočkov za spremljanje in obvladovanje zdravstvenega stanja in/ali pri aplikaciji zdravil;
- druge zdravstvene potrebe, ki jih prepozna komisija in opredeli v strokovnem mnenju.

Spremljevalec se lahko dodeli otroku, kadar obstajajo posebne zdravstvene potrebe, ki zahtevajo pomoč, nadzor ali podporo otroka z dolgotrajno boleznijo pri vključevanju v vzgojno-izobraževalni proces. To je lahko:

<u>a) otrok, ki ima zaradi bolezenskega stanja telesne omejitve</u>

Otrok, ki potrebuje pomoč pri izvajanju šolskih dejavnosti ali vključevanju v pouk in druge izobraževalne aktivnosti, kadar omejitve gibalnih sposobnosti preprečujejo samostojno udeležbo ali varno izvajanje nalog.

<u>b) otrok s težjo kronično boleznijo</u>

Otrok, čigar zdravstveno stanje zahteva stalni nadzor ali izvajanje zdravstvenih postopkov med poukom ali šolskimi dejavnostmi, da se zagotovi njegova varnost in možnost polne vključitve v vzgojno-izobraževalni proces.

c) otrok, ki potrebuje pomoč pri uporabi medicinskih pripomočkov

Otrok, ki potrebuje spremljanje ali pomoč pri uporabi medicinskih pripomočkov in/ali aplikacijo zdravil in tega med šolskimi in obšolskimi dejavnostmi ne zmore izvajati samostojno in varno.

č) otrok z večjim tveganjem za nenadne zaplete ali poškodbe

Otrok, pri katerem obstaja tveganje za nenadne zdravstvene zaplete ali poškodbe med poukom ali šolskimi dejavnostmi in kjer je potrebna prisotnost odrasle osebe, ki lahko takoj ukrepa.

Spremljevalec se lahko dodeli tudi v drugih primerih, če to potrebo strokovno utemelji zdravnik ustrezne subspecialnosti, z namenom, da se otroku zagotovi varno in vključujoče vzgojno-izobraževalno okolje.

Komisija opredeli vlogo spremljevalca otroka ali spremljevalca skupine v strokovnem mnenju.

Pred začetkom opravljanja nalog mora spremljevalec pridobiti ustrezna dodatna znanja in veščine za izvajanje laičnih podpornih zdravstvenih postopkov, ki jih otrok potrebuje za obvladovanje svoje bolezni. Ta znanja in veščine se pridobijo v sodelovanju z ustrezno strokovno ustanovo in/ali starši.

7 OPREDELITEV KRITERIJEV ZA SPREMSTVO ODRASLE OSEBE NA ORGANIZIRANEM PREVOZU

Spremstvo odrasle osebe med organiziranim prevozom se določi le izjemoma, in sicer v primerih, ko otrok zaradi svojega zdravstvenega stanja ni zmožen samostojno in varno potovati ter obstaja povečano tveganje za nenadno poslabšanje zdravstvenega stanja oziroma nastanek zdravstvenega zapleta, ki bi lahko ogrozil njegovo zdravje ali življenje. Spremstvo je zato namenjeno predvsem otrokom z življenjsko ogrožajočimi zdravstvenimi stanji oziroma stanji, pri katerih je med prevozom potrebna prisotnost odrasle osebe, usposobljene za ustrezno ukrepanje in nudenje laične prve pomoči.

Ker se zdravstveno stanje otroka lahko sčasoma spremeni oziroma izboljša, je treba ustreznost in upravičenost do spremstva ponovno **preveriti po dveh letih**. Vlagatelj mora ob ponovnem preverjanju predložiti ustrezno aktualno zdravstveno dokumentacijo, iz katere je jasno razvidno otrokovo zdravstveno stanje.

Spremstvo se zagotovi le v primerih, ko otrok zaradi svojega zdravstvenega stanja ni zmožen samostojno in varno potovati ter med prevozom potrebuje pomoč odrasle osebe. Gre zlasti za otroke, pri katerih obstaja povečano tveganje za nenadno poslabšanje zdravstvenega stanja ali druge okoliščine, ki lahko ogrozijo njihovo varnost med prevozom.

Otroci, ki bi lahko potrebovali spremstvo odrasle osebe v skladu z osmim odstavkom 56. člena Zakona o osnovni šoli (2006), so zlasti:

- otroci s hudimi kroničnimi boleznimi, pri katerih obstaja možnost nenadne izgube zavesti, dihalnih ali drugih življenjsko pomembnih težav oziroma motenj;
- otroci, ki kljub ustreznemu zdravljenju še vedno doživljajo nepredvidljive epileptične napade ali druge hujše akutne zdravstvene epizode;
- otroci, ki med prevozom potrebujejo redno spremljanje ali uporabo medicinskih pripomočkov, na primer kisik, hranjenje po sondi ali drugo nujno zdravstveno oskrbo;
- otroci s težjimi oblikami dihalnih stisk (spinalna mišična distrofija, hujše oblike cistične fibroze …).

Pri otroku, pri katerem je zdravstveno stanje ustrezno urejeno z zdravljenjem in stabilno, se spremstvo praviloma ne zagotavlja. Tako na primer pri epilepsiji brez napadov ob ustreznem zdravljenju in zdravniškem nadzoru ali pri dobro urejeni sladkorni bolezni spremstvo samo zaradi navedene diagnoze praviloma ni utemeljeno. Izjema so primeri, ko komisija na podlagi predložene zdravstvene dokumentacije posebej ugotovi, da otrok zaradi specifičnih tveganj, možnosti nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja ali nezmožnosti samostojnega ustreznega ukrepanja kljub stabilnemu zdravstvenemu stanju potrebuje spremstvo. Razlogi za takšno odločitev morajo biti jasno obrazloženi v sintezi strokovnega mnenja.

Odločitev o potrebi po spremstvu se sprejme na podlagi ustrezne in aktualne zdravstvene dokumentacije. Iz nje mora biti razvidno, da otrokovo zdravstveno stanje predstavlja takšno tveganje, da bi bilo med prevozom brez prisotnosti odrasle osebe lahko ogroženo njegovo zdravje ali življenje. Namen spremstva je izključno zagotavljanje potrebne pomoči in varnosti otroka med prevozom v primerih, ko je zaradi njegovega zdravstvenega stanja prisotnost odrasle osebe nujna.

OPREDELITEV OTROK Z MOTNJO AKTIVNOSTI IN POZORNOSTI (ADHD)

1 SPLOŠNA OPREDELITEV

Namen opredelitve je oblikovati strokovno utemeljen okvir, ki omogoča zanesljivo prepoznavanje otrok z motnjo aktivnosti in pozornosti kot otrok, ki potrebujejo usmeritev v prilagojen vzgojno-izobraževalni program, ustrezno pomoč in podporo.

Ob predhodno diagnosticirani motnji aktivnosti in pozornosti je pomembna presoja celostnega otrokovega funkcioniranja in vpliva motnje zlasti na vsakodnevno otrokovo funkcioniranje v šolskem in domačem okolju, na otrokovo sodelovanje pri pouku, učenje, organizacijo dela, čustveno vedenjsko odzivanje ter socialno delovanje.

2 OPREDELITEV OTROKA KOT OTROKA Z MOTNJO AKTIVNOSTI IN POZORNOSTI

Motnja aktivnosti in pozornosti (oziroma motnja pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez le-te – ADHD) je kronična razvojnonevrološka motnja, za katero so značilne težave s pozornostjo, hiperaktivnost in impulzivnost. Simptomi motnje se pojavijo v otroštvu in so izraženi v večji meri, kot je pričakovano za določeno razvojno obdobje. Posamezniku simptomi motnje povzročajo težave v delovanju na več področjih vsakdanjega življenja, v vsaj dveh različnih okoljih oz. kontekstih (APA, 2022; Barkley, 2022; World Health Organization, 2022). Pojavi se lahko v treh oblikah, in sicer v obliki, pri kateri so v ospredju simptomi nepozornosti (pogosto imenovana motnja pozornosti brez hiperaktivnosti), v obliki, pri kateri so v ospredju simptomi hiperaktivnosti in impulzivnosti, ter v kombinirani obliki (APA, 2022).

Ker simptomi motnje aktivnosti in pozornosti otroka pomembno ovirajo v vsakodnevnem funkcioniranju in lahko pride do razvoja sekundarnih težav, ki se lahko izkazujejo na učnem in socialnem področju ter na področju duševnega in telesnega zdravja, so zanj potrebne prilagoditve vzgojno-izobraževalnega procesa (Černe, 2023; Kejžar, 2023). Otrok potrebuje dodatno podporo v šoli tudi, kadar je vključen v strokovno obravnavo v zdravstveni ustanovi in prejema medikamentozno terapijo, motnja pa kljub temu pomembno vpliva na njegovo sodelovanje pri pouku, učno uspešnost, vključevanje v socialne odnose, čustvovanje in vedenje.

Motnja aktivnosti in pozornosti se lahko pojavlja sočasno tudi z drugimi motnjami ali težavami (kot npr. nižje splošne intelektualne sposobnosti, specifične učne težave, intelektualna manjzmožnost, motnja avtističnega spektra, čustvene in vedenjske težave ...).

2.1 Medicinski in funkcionalni kriterij

Otrok se prepozna kot otrok s posebnimi potrebami zaradi motnje aktivnosti in pozornosti, kadar sta izpolnjena oba spodaj navedena kriterija:

a)Medicinski kriterij

Potrjena diagnoza motnja aktivnosti in pozornosti, ustrezno dokumentirana z zdravstveno in drugo strokovno dokumentacijo (APA, 2022; NICE, 2019; RSK OMP, 2026).

b) Funkcionalni kriterij

Motnja pri otroku povzroča dalj časa trajajoče in/ali trajnejše funkcionalne omejitve na enem ali več področjih otrokovega funkcioniranja, kar je razvidno iz priložene dokumentacije.

Poleg diagnoze motnje aktivnosti in pozornosti je pomembno tudi poročilo o otrokovem funkcioniranju v vrtcu/šoli, ki vključuje:

- ugotovitve, koliko in kako motnja aktivnosti in pozornosti dejansko vpliva na otrokovo celostno funkcioniranje, vzgojno-izobraževalni proces in vključevanje v šolo;
- poročilo vzgojno-izobraževalnega zavoda, iz katerega je razvidno, ali je otrok vključen v stopenjski model pomoči in/ali le-ta zadostuje ali ne zadostuje.

2.2 V opredelitvi se dodatno ocenjuje in opiše:

Učno področje:

- izrazite težave z usmerjanjem, ohranjanjem in premeščanjem pozornosti med nalogami ter vztrajanjem pri nalogah;
- izrazite težave z načrtovanjem in organizacijo dela;
- nihanja v učni uspešnosti in učni motivaciji;
- težave z delovnim spominom (npr. sledenje večstopenjskim navodilom);
- upočasnjen delovni tempo;
- manjša zmožnost zaključevanja nalog brez dodatnih spodbud ali vodenja;
- upočasnjeno usvajanje šolskih veščin zaradi nihanj pozornosti;
- slabša časovna presoja pri reševanju nalog;
- pogoste napake zaradi površnosti in ne zaradi neznanja;
- večja miselna utrudljivost ... (Černe, 2019,2023; Kejžar, 2024).

Funkcionalno in vedenjsko področje:

- impulzivnost ali hiperaktivnost, ki otežuje sodelovanje v skupinskih dejavnostih;
- težave pri samoregulaciji čustvovanja in vedenja (težko čakanje na vrsto, prekinjanje drugih, hitri, impulzivni in nepremišljeni odzivi, izbruhi ali spremembe razpoloženja);
- težave z načrtovanjem ter organizacijo šolskih obveznosti in aktivnosti, težave s postavljanjem prioritet, z na cilj usmerjenim vztrajanjem, zaključevanjem nalog in upravljanjem s časom;
- pomanjkljivo urejene šolske potrebščine, zvezki in gradiva;
- manj učinkovita pozornost in impulzivnost pri branju ali poslušanju navodil, pogosto pozabljanje navodil, potrebščin ali domačih nalog;
- manj učinkovita miselna prožnost in težave pri prehajanju med dejavnostmi;
- manjša vztrajnost pri za otroka manj zanimivih dejavnostih;
- odstopanja v oceni lastnega dela in uspešnosti, kar se lahko kaže kot nerealno vrednotenje ali nizko samovrednotenje z občutljivostjo na kritiko in neuspeh ter dvom vase;
- težave z nadzorovanjem svojega vedenja pri izvajanju nalog ... (Svetovalni center, 2023).

Socialno-čustveno področje:

- težave pri vključevanju v socialne interakcije in z razumevanjem socialnih situacij in pričakovanj;
- težave pri vzpostavljanju in ohranjanju vrstniških odnosov;
- večje tveganje za socialno izolacijo ali stigmatizacijo zaradi impulzivnega vedenja;
- nižja samopodoba, občutki nemoči ali povečana anksioznost;
- čustvene stiske, ki zmanjšujejo aktivno participacijo pri pouku;
- manj učinkovito prepoznavanje lastnih čustvenih stanj in slabša regulacija čustev;
- manj učinkovito prepoznavanje čustvenih stanj ter ustrezen odziv nanje;
- notranja motivacija je zmanjšana, izrazito odvisna od zunanjih dejavnikov ... (Černe, 2023; Kejžar, 2023; Svetovalni center, 2019/2023).

Organizacijskopodporni vidik:

- potreba po prilagoditvi urnika, vključevanju krajših aktivnih odmorov ali časovno strukturiranih dejavnosti;
- kontinuirano prilagajanje učnega procesa, prostora, pripomočkov, metod in ciljev glede na trenutno otrokovo funkcionalno stanje;
- potreba po stalnih rutinskih podporah in predvidljivosti;
- zmanjševanje motečih dražljajev;
- redna koordinacija med šolo, starši in strokovnimi institucijami;
- v izjemnih primerih: spremljevalec.

3 OPREDELITEV VSTOPNE TOČKE

Pri večini otrok z motnjo aktivnosti in pozornosti je vstopna točka v obliki večstopenjske podpore (RTI-model) smiselna in izvedljiva, saj omogoča sistematično uvajanje prilagoditev, spremljanje otrokovega odziva na podporo in postopno stopnjevanje pomoči glede na njegove potrebe (DuPaul in Stoner, 2014; ZRSŠ, 2008; AAP, 2019).

Postopnost uvajanja prilagoditev in podpore je obvezna sestavina postopka, razen v primerih izkazanih izrazitih simptomov motnje aktivnosti in pozornosti ter sopojavnih čustveno-vedenjskih težav.

Postopno uvajanje prilagoditev in podpore je pri otrocih z motnjo aktivnosti in pozornosti praviloma mogoče in strokovno utemeljeno, ko:

- otrok večinoma redno obiskuje pouk;
- težave niso posledica akutnega zdravstvenega stanja;
- je mogoče stopenjsko uvajati vedenjske, organizacijske in metodično-didaktične prilagoditve;
- je mogoče spremljati napredek in odziv na podporo;
- se lahko postopno uvajajo strategije samoregulacije in organizacije dela.

Postopno uvajanje prilagoditev in podpore omogoča objektivno oceno glede tega:

- ali zadostujejo pomoč in prilagoditve v okviru vzgojno-izobraževalnega procesa brez usmeritve;
- ali otrok potrebuje intenzivnejšo, bolj strukturirano in dolgotrajno pomoč in podporo.

Ko je postopno uvajanje prilagoditev in podpore po izvedeni evalvaciji ugotovljeno kot manj učinkovito oziroma ni zadostno, je potrebna hitrejša uvedba intenzivnejših in bolj individualiziranih oblik pomoči.

To velja zlasti v primerih, ko:

- so funkcionalne omejitve izrazite, kompleksne in pomembno ovirajo otrokovo vključevanje in uspešnost na več področjih;
- so prisotni izraziti primanjkljaji v čustveno-vedenjski samoregulaciji, ki se lahko kažejo v

impulzivnih in potencialno nevarnih odzivih;
- so odstopanja v socialnem funkcioniranju tako izrazita, da onemogočajo ustrezno vključevanje in sodelovanje v skupinskih dejavnostih.

4 OPREDELITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

Otrok se ne opredeli kot otrok z motnjo aktivnosti in pozornosti, kadar:
- težave niso izrazite (npr. blage težave z aktivnostjo in pozornostjo);
- težave ne ovirajo pomembno šolskega funkcioniranja otroka;
- so težave situacijsko pogojene ali prehodne narave;
- otrok težave dobro kompenzira s podpornimi strategijami in kljub simptomom funkcionira brez pomembnih omejitev;
- prilagoditve in pomoč v vzgojno-izobraževalnem procesu zadostujejo;
- ni bila izvedena postopnost uvajanja pomoči in prilagoditev (razen pri upravičenih izjemah, težje oblike).

5 SMERNICE ZA PREVERJANJE USTREZNOSTI USMERITVE

Preverjanje je priporočljivo, kadar:
- otrok vstopa v novo razvojno obdobje (na primer prehod iz razredne na predmetno stopnjo);
- ko gre za prvo usmeritev v zgodnjem otroštvu in so razvojne spremembe največje;
- se kažejo pomembne spremembe ali poslabšanja v učnem uspehu, pozornosti ali vedenju, samostojnosti ter socialnem vključevanju.

Preverjanje po 3 letih je obvezno, če ima otrok z odločbo določenega spremljevalca.

6 OPREDELITEV KRITERIJEV IN POGOJEV ZA DOLOČITEV SPREMLJEVALCA

Spremljevalec se otroku z motnjo aktivnosti in pozornosti dodeli, kadar težave na področju samoregulacije, vedenjske kontrole, organizacije in socialnega funkcioniranja pomembno omejujejo njegovo varno vključevanje, sodelovanje in napredovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu ter predstavljajo tveganje za lastno varnost in/ali varnost vrstnikov in/ali drugih oseb (Vovk - Ornik, 2015; Kejžar, 2024; DuPaul in Stoner, 2014).

Dodelitev spremljevalca je strokovno utemeljena, kadar otrok:

a) izkazuje izrazite težave z impulzivnostjo in vedenjsko samokontrolo, ki lahko vodijo v nevarno vedenje (npr. nenadzorovano zapuščanje razreda, beg, tvegana dejanja);
b) ne zmore varno in samostojno funkcionirati v šolskem okolju;
c) ne zmore samostojno slediti osnovnim navodilom in strukturi pouka ter potrebuje stalno usmerjanje pri učni organizaciji;
č) potrebuje kontinuirano podporo pri regulaciji vedenja, pozornosti in čustvenih odzivov;
d) ne zmore samostojnega sodelovanja v skupini;
e) ima pridružene motnje (npr. čustveno-vedenjske, učne ali druge razvojno-nevrološke motnje), ki dodatno zmanjšujejo njegovo samostojnost in prilagodljivost;
f) izkazuje izrazite težave na področju socialnega vključevanja in medosebnih odnosov;
g) potrebuje nadzor pri dejavnostih s povečanim tveganjem za impulzivno ali nevarno vedenje (npr. odmori, ekskurzije, izleti, športne dejavnosti) (Barkley, 2022; Černe, 2023).

Viri in literatura

American Academy of Pediatrics (2019). *Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. *Pediatrics*, 144(4).

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Barkley, R. A. (2022). *Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents* (5. izd.). New York: Guilford Press.

Bečan, T. (2012). *Ko naš učenec zboli*. Zavod RS za šolstvo.

Bečan, T. (2002). Pouk na domu. V: 50 let bolnišničnega šolskega dela v Ljubljani. OŠ Ledina.

Bečan, T., Klinc A., Čuk, M. (2003). Navodila za izobraževalne programe s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo za devetletno osnovno šolo, Navodila za delo z dolgotrajno bolnimi učenci. MIZŠ. Str. 28–30.

Caf, B., Rotvajn Pajič, L. (2019). (ur). *Biti starš otroku z ADHD*. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Černe, T. (2019). *Pomoč otrokom z ADHD pri razvoju šolskih spretnosti*. V: *Biti starš otroku z ADHD*. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Černe, T. (2023). *Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti*. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

DuPaul, G. J., Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3. izd.). New York: Guilford Press.

Kejžar, N. (2023). *Skrita moč ADHD*. Ljubljana: samozaložba.

Košnik, P. (ur.) (2025). *Navodila za prilagojeno izvajanje izobraževalnega programa osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo za delo z učenci s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami*. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MVI/Dokumenti/Izobrazevanje-otrok-s-posebnimi-potrebami/OS/Navodila-za-prilagojeno-izvajanje-izobrazevalnega-programa-osnovne-sole-z-DSP-2025.pdf

Košnik, P., Riccarda Kiswarday, V., Žnidaršič, B., Lešnik Musek, P., Černe, T. (2025). *Podporna gradiva za učitelje pri vključevanju otrok in mladostnikov iz ranljivih skupin. Podpora dolgotrajno bolnim učencem.* https://www.zrss.si/pdf/Podpora_dolgotrajno_bolnim_ucencem.pdf

Magajna, L., Kavkler, M., Čačinovič Vogrinčič, G., Pečjak, S., Bregar Golobič, K. (2008). *Učne težave v osnovni šoli: koncept dela.* Zavod RS za šolstvo.

National Institute for Health and Care Excellence (2019). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NG87)*. London: NICE.

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana (2023). *Motnja pozornosti in aktivnosti (ADHD) pri otrocih in mladostnikih*. Ljubljana.

Svetovna zdravstvena organizacija (2019). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10, MKB-11)*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.

Vovk - Ornik, N. (ur.) (2015). Kriteriji za opredeljevanje vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf

Zakon o osnovni šoli (2006). Uradni list RS, št. 81/06 – uradno prečiščeno besedilo, 102/07, 107/10, 87/11, 40/12 – ZUJF, 63/13, 46/16 – ZOFVI-K, 76/23, 16/24 in 54/25. Zakon o osnovni šoli (ZOsn) (PISRS).

Pridobljena mnenja posameznih strok glede postavljanja diagnoz za otroke z motnjami pozornosti in koncentracije (Zavod RS za šolstvo, dopis št. 6031-2/2026-3, 12. 3. 2026)

Razširjeni strokovni kolegij za otroško in mladostniško psihiatrijo (RSK OMP) (2026). *Mnenje glede postavljanja diagnoz za otroke z motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo.* (Zapisnik 17. seje.) https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/4-ZBIRKE/RSK/RSK-za-otrosko-in-mladinsko-psihiatrijo/2026/RSK-za-otrosko-in-mladostnisko-psihiatrijo-zapisnik-17.-seje-2026.pdf

Sekcija za otroško nevrologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu (2026). *Mnenje glede postavljanja diagnoz za otroke z motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo*. [Neobjavljeno gradivo.]

Sekcija za primarno pediatrijo pri Združenju za pediatrijo pri Slovenskem zdravniškem društvu (2026). *Mnenje glede postavljanja diagnoze ADHD pri otrocih in mladostnikih.* [Neobjavljeno gradivo.]

Zbornica kliničnih psihologov Slovenije (2020, 29. april). *Mnenje o postavljanju diagnoz za otroke z avtističnimi motnjami.* [Neobjavljeno gradivo.]

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za otroško psihiatrijo, Ambulanta za avtizem in razvojne motnje (2020). Mnenje o postavljanju diagnoz avtističnih motenj. [Neobjavljeno gradivo.]

VIII. OTROCI S PRIMANJKLJAJI NA POSAMEZNIH PODROČJIH UČENJA

Andreja Rošer Obretan, Petra Baukman, Zavod RS za šolstvo
Dr. Milena Košak Babuder, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta
Katja Rojs Mele, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor
Nataša Satler, Osnovna šola Kungota
Mag. Jožica Možina, Zdravstveni dom Trebnje
Mag. Tadeja Batagelj, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Maribor
Mag. Renata Kos Berlak, Zdravstveni dom Murska Sobota
Dr. Marko Kalan, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

1 SPLOŠNA OPREDELITEV

Otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja (PPPU) so skupina otrok s posebnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami, pri katerih se pojavljajo nevrorazvojno pogojene, vztrajne in specifične težave pri usvajanju in rabi temeljnih akademskih veščin, zlasti na področju branja, pisanja, pravopisa in/ali matematike. Te težave izhajajo iz razlik v razvoju in delovanju kognitivnih procesov, pomembnih za učenje, ter iz interakcije med posameznikovimi značilnostmi in zahtevami učnega in širšega okolja ter se kažejo v zmanjšani učinkovitosti usvajanja, avtomatizacije in uporabe znanja (APA, 2022; Grigorenko idr., 2020; Magajna idr., 2008; WHO, 2019).

Primanjkljaji so notranje narave, vendar se izražajo v interakciji z zahtevami okolja.
Kognitivni profil ob relativno ohranjenem splošnem intelektualnem funkcioniranju kaže specifična področja šibkosti oz. specifične primanjkljaje, pri čemer učnih težav ni mogoče primarno pojasniti s splošno znižanim intelektualnim funkcioniranjem. Za PPPU so značilne razlike v razvoju in delovanju kognitivnih procesov zlasti na področju jezikovnega procesiranja, pozornosti, delovnega spomina, hitrosti predelovanja informacij, izvršilnih funkcij, vizualno-prostorskega procesiranja, časovne in prostorske organizacije, koordinacije. Poleg zmanjšane učinkovitosti učenja in izkazovanja znanja, vplivajo tudi na organizacijo dela, tempo reševanja nalog ter pogosto na samopodobo, motivacijo in sodelovanje v učnem procesu.
Sodobne raziskave dodatno poudarjajo vlogo večvzročnosti (multifaktorske etiologije) – nevrobiološke osnove, dinamičnega razvoja in procesov skozi čas (Fletcher in Miciak, 2024; Grigorenko idr., 2020; Magajna idr., 2008).
Primanjkljaji na posameznih področjih učenja se lahko kažejo kot izrazito nižji učni dosežki ali pa kot dosežki, ki jih otrok dosega oziroma ohranja le ob povečanem naporu, uporabi kompenzacijskih strategij in podpori okolja.

Za PPPU je značilno, da težave vztrajajo kljub pravočasni, ustrezno načrtovani in dokumentirani pomoči ter pomembno vplivajo na otrokovo učno funkcioniranje, sodelovanje in napredovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu (APA, 2022; WHO, 2019; Rodríguez idr., 2022; Fletcher in Miciak, 2024). Pri njihovem razumevanju je ključen funkcionalni vidik, ki vključuje presojo vpliva težav na učenje, vsakodnevno delovanje ter vključevanje v šolsko okolje (APA, 2022; Magajna idr., 2008; WHO, 2019). Pomembni so tako primanjkljaji kot tudi otrokova močna področja, kompenzacijske strategije in funkcionalni vpliv težav na učenje in šolsko delovanje.

Sodobne strokovne opredelitve poudarjajo, da primanjkljaji na posameznih področjih učenja ne predstavljajo jasno omejene kategorije, temveč kontinuum različno izraženih težav, ki se lahko skozi razvoj spreminjajo glede na zahteve okolja (Fletcher in Miciak, 2024; Grigorenko idr., 2020; Magajna idr., 2008). Gre za kontinuum težav, pri katerih se med posamezniki pomembno razlikujejo stopnja izraženosti, profil primanjkljajev in njihov funkcionalni vpliv.

Primanjkljajev na posameznih področjih učenja ni mogoče primarno pojasniti z motnjo v duševnem razvoju, senzorno okvaro, ki ni ustrezno kompenzirana, nepoznavanjem učnega jezika, neustreznim poučevanjem ali izrazito neugodnimi psihosocialnimi okoliščinami, čeprav se lahko ti dejavniki pojavljajo sočasno. Pogosto se PPPU pojavljajo skupaj z drugimi nevrorazvojnimi ali duševnimi motnjami, kar dodatno vpliva na otrokovo funkcioniranje.

Primanjkljaji na posameznih področjih učenja se praviloma pojavijo v obdobju zgodnjega učenja akademskih veščin, vendar se lahko v polni meri izrazijo šele takrat, ko zahteve okolja presežejo posameznikove zmožnosti (npr. pri kompleksnejših nalogah, večjih obremenitvah ali časovno omejenih dejavnostih).
Težave so lahko prisotne skozi celotno življenjsko obdobje, pri čemer se njihova pojavnost in način izražanja skozi razvoj spreminjata.

Takšno razumevanje PPPU izhaja iz sodobnih mednarodnih strokovnih usmeritev in podpira premik od kategorialnega k funkcionalnemu pristopu, od osredotočenosti na primanjkljaj k razumevanju otrokovega delovanja ter od vprašanja »Kaj je z otrokom« k vprašanju »Kako otrok deluje in kakšno podporo potrebuje za uspešno vključevanje v vzgojno-izobraževalni proces«.

Diagnostično ocenjevanje primanjkljajev na posameznih področjih učenja mora temeljiti na procesni in celostni strokovni presoji, ki vključuje podatke iz več virov, in interdisciplinarnem pristopu ter vključevati podatke o otrokovem razvoju, šolskem napredovanju, družinskem in učnem okolju, odzivu na predhodno pomoč, standardiziranih in neformalnih ocenah šolskih veščin ter oceni relevantnih kognitivnih in učnih procesov (APA, 2022; Fletcher in Miciak, 2024; Magajna idr., 2008; WHO, 2019). Pri tem sta ključni integracija vseh zbranih podatkov in njihova interpretacija v kontekstu otrokovega funkcioniranja, saj posamezni rezultati sami po sebi ne zadostujejo za opredelitev PPPU.

2 OPREDELITEV SKUPINE

2.1 Medicinska in diagnostična opredelitev

Primanjkljaji na posameznih področjih učenja spadajo med nevrorazvojne motnje in vključujejo specifične težave pri usvajanju in rabi temeljnih akademskih veščin. V ožjem smislu zajemajo:

- specifične motnje branja (disleksija in specifični primanjkljaj bralnega razumevanja),
- motnje pisanja (disgrafija),
- pravopisne težave (disortografija),
- specifične motnje matematičnega procesiranja (diskalkulija).

V širšem strokovnem razumevanju se med PPPU vključujejo tudi sorodni nevrorazvojni profili, ki pomembno vplivajo na učenje, zlasti:

- neverbalne specifične učne težave (NSUT),
- razvojna motnja koordinacije (dispraksija),

- drugi specifični kognitivni profili, ki vplivajo na učno funkcioniranje.

Ti profili se lahko kažejo kot težave na področju vizualno-prostorskega procesiranja, organizacije, motoričnega načrtovanja, socialne kognicije in izvršilnih funkcij ter pomembno vplivajo na usvajanje šolskih veščin, čeprav niso vedno neposredno opredeljeni kot specifične učne motnje v ožjem diagnostičnem smislu.

Diagnostična opredelitev temelji na mednarodnih klasifikacijah (DSM-5, ICD-11), ki specifične učne motnje umeščajo med nevrorazvojne motnje (APA, 2022; WHO, 2019). Pri opredeljevanju PPPU je ključno celostno razumevanje otrokovega funkcioniranja, ki vključuje presojo učnih dosežkov, kognitivnih in učnih procesov, odziva na predhodno pomoč ter vpliva težav na sodelovanje, učenje in napredovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu. Opredelitev PPPU zato ne temelji zgolj na posameznem diagnostičnem podatku, rezultatu ali kriteriju, temveč na interdisciplinarni strokovni presoji, ki povezuje psihološke, specialnopedagoške, pedagoške, logopedske in po potrebi tudi druge strokovne ugotovitve o otrokovem funkcioniranju v učnem in širšem razvojnem okolju.

2.1.1 Osnovni profili primanjkljajev na posameznih področjih učenja

Disleksija predstavlja specifično motnjo branja, za katero so značilne težave na področju fonološkega procesiranja, avtomatizacije dekodiranja, bralne tekočnosti in/ali pravopisnih spretnosti. Kaže se predvsem kot počasnejše, manj tekoče in manj natančno branje ter povečana kognitivna obremenjenost pri bralnih dejavnostih. Pogosto vpliva tudi na bralno razumevanje, obseg branja, učenje iz besedil ter širše akademsko funkcioniranje. Težave vztrajajo kljub ustreznemu poučevanju in podpori ter se lahko skozi razvoj kažejo različno izrazito (APA, 2022; IDA, 2025; Peterson in Pennington, 2015; Snowling in Hulme, 2021; WHO, 2019). V evropskem prostoru se poudarja raznolikost pojavnih oblik disleksije glede na jezik in ortografijo (EDA, b. d, 2025).

Specifični primanjkljaj bralnega razumevanja vključuje težave pri razumevanju, povezovanju in uporabi informacij iz prebranega besedila. Kaže se lahko kot težje razumevanje bistva besedila, sklepanje, prepoznavanje odnosov med deli besedila, razumevanje prenesenih pomenov ter uporaba informacij v novih situacijah. Težave so pogosto povezane z jezikovnim procesiranjem, delovnim spominom, izvršilnimi funkcijami in uporabo strategij razumevanja ter pomembno vplivajo na učenje iz besedil in akademsko funkcioniranje (Cain in Oakhill, 2007; Hulme in Snowling, 2011; Nation, 2005; 2019; Snowling in Hulme, 2021). Funkcionalni vidik vztrajanja težav kljub poučevanju je skladen s sodobnimi pristopi k opredelitvi specifičnih učnih motenj (Fletcher in Miciak, 2024).

Disgrafija vključuje težave na področju pisnega izražanja in/ali grafomotorične izvedbe pisanja. Kaže se lahko kot počasno, naporno ali manj avtomatizirano pisanje, težave pri oblikovanju črk, prostorski organizaciji zapisa, tekočnosti pisanja ter usklajevanju kognitivnih in motoričnih zahtev pisanja. Pri nekaterih otrocih pomembno vpliva tudi na izražanje znanja v pisni obliki in na splošno učno učinkovitost (APA, 2022; Berninger idr., 2002; McMaster in Roberts, 2016).

Disortografija predstavlja specifične težave na področju pravopisnih spretnosti in ortografskega procesiranja. Kaže se kot vztrajne težave pri usvajanju in uporabi pravopisnih pravil, črkovanju, zapisovanju glasovnih in pravopisnih struktur ter avtomatizaciji pravopisnih vzorcev. Težave pogosto vplivajo na kakovost pisnega izražanja, hitrost pisanja in učno uspešnost (APA, 2022; McCloskey in Rapp, 2017).

Diskalkulija predstavlja specifično motnjo matematičnega procesiranja, pri kateri se pojavljajo težave pri razumevanju številskih odnosov, razvoju občutka za število, avtomatizaciji aritmetičnih dejstev, matematičnem rezoniranju ter uporabi matematičnih strategij. Kaže se lahko kot počasno, manj natančno ali manj učinkovito računanje ter težave pri reševanju matematičnih problemov in

razumevanju matematičnih konceptov. Težave pomembno vplivajo na matematično pismenost in vsakodnevno funkcioniranje (APA, 2022; Berch, 2005; Butterworth idr., 2011; Dowker, 2005; WHO, 2019).

Neverbalne specifične učne težave (NSUT) predstavljajo profil težav, pri katerem so ob relativno ohranjenih verbalnih sposobnostih izrazitejši primanjkljaji na področju vizualno-prostorskega procesiranja, organizacije, izvršilnih funkcij, socialne kognicije, motoričnega načrtovanja ter razumevanja neverbalnih informacij. Pri otrocih se lahko kažejo težave pri prostorski orientaciji, organizaciji dela, matematičnem in vizualno-prostorskem procesiranju, prilagajanju novim situacijam ter razumevanju socialnih pravil in neverbalnih socialnih signalov. Težave lahko pomembno vplivajo tudi na socialno vključevanje, samostojnost in socialno-čustveno funkcioniranje (Cornoldi idr., 2016; Grigorenko idr., 2020; Košak Babuder, 2011; Magajna idr., 2008).

Razvojna motnja koordinacije (dispraksija) vključuje pomembne težave na področju načrtovanja, organizacije in izvedbe gibanja, ki niso pojasnjene z nevrološko okvaro ali motnjo v duševnem razvoju. Pri otrocih se lahko kažejo težave na področju grobe in fine motorike, grafomotorike, vidno-motoričnega usklajevanja, organizacije gibanja ter avtomatizacije motoričnih spretnosti. Pogosto so prisotne tudi težave pri organizaciji dela, izvršilnih funkcijah, samostojnosti in socialnem vključevanju. Težave pomembno vplivajo na sodelovanje pri učnih in praktičnih dejavnostih ter na otrokovo vsakodnevno funkcioniranje (APA, 2022; Blank idr., 2019; WHO, 2019; Zwicker idr., 2012).

2.2 Dopolnilna strokovna diagnostika

Opredelitev primanjkljajev na posameznih področjih učenja temelji na celostni strokovni presoji, ki vključuje podatke iz različnih strokovnih virov ter upošteva otrokovo funkcioniranje v vzgojno-izobraževalnem okolju. Presoja vključuje:

- psihološko oceno (kognitivne zmožnosti, pozornost, spomin, izvršilne funkcije, hitrost procesiranja, socialna kognicija),
- specialnopedagoško oceno (ravni usvojenosti in uporabe branja, pisanja, pravopisa in matematičnih veščin, analiza napak, strategij in učnega funkcioniranja),
- logopedsko oceno, kadar je relevantna (jezikovno procesiranje, fonološke sposobnosti, razumevanje in raba jezika),
- pedagoško oceno funkcioniranja v učnem okolju (uspešnost pri učenju, sodelovanje, organizacija dela, odzivanje na poučevanje in prilagoditve).

Poleg navedenega presoja vključuje tudi:

- razvojno, šolsko in družinsko anamnezo,
- analizo otrokovega dosedanjega učnega napredka,
- podatke o izvajanju in učinkovitosti predhodnih oblik pomoči in podpore,
- opazovanje otrokovega funkcioniranja v učnem procesu in šolskem okolju.

Ključen del strokovne presoje je ugotavljanje vzorca močnih in šibkih področij ter njihovega vpliva na učenje. Pri otroku s primanjkljaji na posameznih področjih učenja se praviloma ne ugotavljajo globalno znižane intelektualne sposobnosti, temveč specifične in klinično pomembne šibkosti v posameznih procesih predelovanja informacij, učenju, organizaciji in regulaciji učenja, ob hkratni prisotnosti izrazitejših močnih področij funkcioniranja. V strokovni presoji je zato pomembnejši profil kognitivnega funkcioniranja kot zgolj enoten skupni količnik sposobnosti.

Posebno pozornost je treba nameniti povezavi med kognitivnimi procesi, učnimi dosežki in dejanskim funkcioniranjem otroka v razredu.

Pri opredelitvi PPPU posamezni rezultati testiranj ne zadostujejo, temveč je ključna njihova strokovna interpretacija v kontekstu otrokovega razvoja, učnih priložnosti, poučevanja in odziva na že izvedene oblike pomoči. Presoja mora vključevati tudi oceno, ali težave vztrajajo kljub ustrezno načrtovani in izvedeni podpori. Pomembna je tudi analiza napak, strategij reševanja nalog, kompenzacijskih načinov dela ter razkoraka med otrokovimi zmožnostmi, vloženim naporom in dejansko učno učinkovitostjo.
Takšen pristop omogoča razumevanje ne le narave težav, temveč tudi njihovih funkcionalnih posledic za učenje, sodelovanje in napredovanje otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu ter predstavlja podlago za nadaljnje odločanje o potrebah po podpori.

2.3 Funkcionalna opredelitev

2.3.1 Kognitivno področje

Na kognitivnem področju se pri otrocih s PPPU pojavljajo razlike v delovanju kognitivnih in metakognitivnih procesov, ki pomembno vplivajo na usvajanje, avtomatizacijo in uporabo znanja v vzgojno-izobraževalnem procesu. Te razlike se lahko kažejo na področju:

- fonološkega in širšega jezikovnega procesiranja (npr. zaznavanje, razločevanje in manipulacija glasov, razumevanje jezika);
- pozornosti (usmerjanje, vzdrževanje in preklapljanje pozornosti);
- delovnega spomina (zmožnost hkratnega shranjevanja in obdelave informacij);
- izvršilnih funkcij (načrtovanje, organizacija, samoregulacija, spremljanje lastnega dela);
- hitrosti predelovanja informacij (hitrost predelovanja informacij je pogosto zmanjšana, kar vpliva na tempo dela, obremenjenost in uspešnost pri časovno omejenih nalogah);
- metakognitivnih zmožnosti (zavedanje lastnega učenja, izbira in uporaba strategij, spremljanje razumevanja), pri čemer metakognicija vključuje razmišljanje o lastnih kognitivnih procesih ter uporabo strategij glede na nalogo; otroci s PPPU lahko kažejo slabše metakognitivno zavedanje in redkeje uporabljajo ustrezne strategije;
- učne motivacije, vztrajnosti in odzivanja na napor ter neuspeh;
- zaznavanja in vidnega procesiranja, zlasti vidno in slušno razlikovanje, prepoznavanje, povezovanje in interpretacija informacij;
- časovne in prostorske orientacije, kadar pomembno vplivata na organizacijo dela, razumevanje zaporedij, uporabo simbolov ali matematično procesiranje.

Pri otrocih s PPPU ne gre za motnjo v duševnem razvoju, temveč za specifične primanjkljaje v posameznih procesih kognitivnega procesiranja, ki pomembno vplivajo na učenje, učno funkcioniranje ter izkazovanje znanja. Narava, kombinacija in stopnja izraženosti teh primanjkljajev se med posamezniki razlikujejo, njihovo prepoznavanje pa je pomembno predvsem zaradi načrtovanja ustreznih oblik podpore, prilagoditev in kompenzacijskih strategij, ki omogočajo učinkovitejše učenje in sodelovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu.

Te značilnosti se v vzgojno-izobraževalnem procesu odražajo kot funkcionalni izidi, ki vplivajo na otrokovo učenje in učni napredek, zlasti:

- počasnejši tempo dela in učenja;
- težave pri avtomatizaciji temeljnih veščin (npr. branje, pisanje, računanje);
- oteženo usvajanje, razumevanje, utrjevanje, avtomatizacija in generalizacija znanja;
- slabša učna učinkovitost kljub vloženemu trudu in ponavljanju;
- težave pri razumevanju, obdelavi in prenosu znanja v nove situacije;

- večja kognitivna obremenjenost pri izvajanju nalog, ki zahtevajo sočasno uporabo več kognitivnih procesov;
- večja kognitivna obremenjenost pri izvajanju nalog, ki so za vrstnike že avtomatizirane;
- slabša učinkovitost pri časovno omejenih nalogah;
- težave pri organizaciji učnega dela in samostojnem učenju;
- težje sledenje daljšim, kompleksnim ali večstopenjskim navodilom ter večja potreba po strukturiranju, usmerjanju in sprotnem preverjanju razumevanja;
- hitrejša mentalna utrudljivost;
- neenakomerni učni dosežki oziroma nižja učna učinkovitost na področju težav kljub vloženemu trudu.

Pri opredelitvi kognitivnega funkcioniranja sta ključna ugotavljanje povezave med značilnostmi kognitivnih procesov in njihovimi učinki na učenje ter presoja, v kolikšni meri ti vplivajo na otrokovo zmožnost sodelovanja, napredovanja in izkazovanja znanja v vzgojno-izobraževalnem procesu (Grigorenko idr., 2020; McGrath idr., 2011).

Opredelitev težav na področju branja glede na stopnjo izraženosti

Lažja oblika težav pri branju: Lažja oblika se kaže kot blage in občasne težave v bralnem razvoju, predvsem na ravni avtomatizacije dekodiranja. Učenci imajo lahko zmanjšano hitrost branja in občasne napake pri povezovanju črk (grafemov) in glasov (fonemov), vendar je bralna točnost večinoma ustrezna, razumevanje besedila pa ohranjeno. Težave se po navadi izrazijo le pri zahtevnejših bralnih nalogah in se zmanjšujejo ob ustrezni podpori (APA, 2022; Snowling in Hulme, 2021).
Težja oblika težav pri branju: Težja oblika vključuje izrazitejše motnje v fonološkem procesiranju, ki vplivajo na učinkovitost dekodiranja in bralno tekočnost. Branje je počasno, netekoče in pogosto netočno, prisotne so sistematične napake (izpuščanje, zamenjevanje ali dodajanje glasov in zlogov). Zaradi povečane kognitivne obremenitve pri dekodiranju je pogosto zmanjšano tudi razumevanje prebranega (Wagner idr., 2020).
Težka oblika težav pri branju: Težka oblika predstavlja izrazite in trajne primanjkljaje v bralni pismenosti, ki pomembno ovirajo akademsko delovanje in vsakodnevno funkcionalnost. Branje je izrazito netočno, zelo počasno in pogosto razdrobljeno in prekinjajoče. Zaradi velike kognitivne obremenitve je lahko močno zmanjšano razumevanje prebranega, od enostavnih do kompleksnejših sestavkov in pragmatičnega jezika. Kljub ustreznemu poučevanju, intenzivni podpori in uporabi kompenzacijskih strategij, težave vztrajajo, pomembno ovirajo učno učinkovitost in zahtevajo dolgoročne, strukturirane intervencije (APA, 2022; Peterson in Pennington, 2015; Snowling in Hulme, 2021).

Opredelitev težav na področju pisanja glede na stopnjo izraženosti

Lažja oblika težav pri pisanju: Prisotna so manjša odstopanja pri črkovanju, slovnici in ločilih, ki se pojavljajo občasno in ne vplivajo bistveno na razumljivost zapisa. Pisanje je večinoma ustrezno organizirano, hitrost in tekočnost sta rahlo znižani (APA, 2022; WHO, 2019).
Težja oblika težav pri pisanju: Pojavljajo se pogostejše napake pri črkovanju, pravopisu in zaporedju informacij. Pisno izražanje je manj jasno in slabše organizirano. Prisoten je počasnejši in neenakomeren tempo pisanja (APA, 2022; McMaster in Roberts, 2016; WHO, 2019), pri čemer lahko berljivost dodatno ovira manj avtomatizirana in okorna grafomotorična izvedba.
Težka oblika težav pri pisanju:
Prisotne so izrazite in vztrajne težave na vseh področjih pisanja (APA, 2022; Berninger idr., 2002; WHO, 2019). Kažejo se kot izrazito počasno, netekoče in težko berljivo zapisovanje, ki močno omejuje pomembno omejuje njegovo funkcionalno rabo pisanja. Pri ortografskem kodiranju prihaja do pogostih

napak pri črkovanju, priklicu ter neustreznem priklicu in zaporedju simbolov. Pisno izražanje zaznamujejo slaba organizacija besedila, pravopisne napake ter težave pri sočasnem usklajevanju kognitivnih in grafomotoričnih procesov. Zaradi slabše grafomotorične izvedbe je pisava lahko težko berljiva, prostorsko neustrezno organizirana in grafomotorično manj natančna, pojavljajo se lahko težave s prostorsko umeščenostjo zapisa.

Opredelitev težav na področju matematike glede na stopnjo izraženosti

Lažja oblika težav pri matematiki: Prisotne so manjše težave na enem ali dveh področjih (npr. pri razumevanju številskih odnosov in pri avtomatizaciji aritmetičnih dejstev ...). Učenec ob podpori uporablja ustrezne strategije in dosega pričakovane rezultate, vendar počasneje (APA, 2022; Dowker, 2005; Kavkler, 2015; WHO, 2019).
Težja oblika težav pri matematiki: Prisotne so opazne težave na več področjih (npr. pri razumevanju številskih odnosov, postopkih reševanja, pri avtomatizaciji osnovnih aritmetičnih dejstev ter priklicu rezultatov osnovnih računskih operacij (npr. seštevanje, odštevanje, poštevanka). Računanje je počasno, z napakami, težave vplivajo na uspešnost pri kompleksnejših nalogah (APA, 2022; Butterworth idr., 2011; Kavkler, 2011, 2015; WHO, 2019). Učenec praviloma ni uspešen brez intenzivne in specialne pomoči.
Težka oblika težav pri matematiki: Prisotne so izrazite in vztrajne težave na vseh področjih matematičnega procesiranja. Razumevanje osnovnih konceptov je omejeno, zelo oslabljeni so pomnjenje, priklic in avtomatizacija aritmetičnih dejstev ter postopkov, strategije so neučinkovite ali odsotne, težave pomembno vplivajo na šolsko uspešnost (APA, 2022; Butterworth idr., 2011; Geary, 2011; Kavkler, 2011, 2015; WHO, 2019). Učenec ni uspešen brez intenzivne in specialne pomoči.

2.3.2 Telesno in senzorno področje ter področje gibalnih zmožnosti

Pri nekaterih otrocih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja se pojavljajo tudi posebnosti na telesnem področju in področju gibalnih zmožnosti, ki lahko pomembno vplivajo na njihovo učno funkcioniranje. Te se lahko kažejo na področju:

- grafomotorike (natančnost, tekočnost in avtomatizacija pisanja),
- koordinacije gibov (usklajenost, načrtovanje in izvedba gibanja),
- fine motorike (npr. natančni gibi, uporaba orodij) in grobe motorike (koordinacija, ravnotežje),
- vidno-motoričnega usklajevanja in motoričnega načrtovanja (npr. pri otrocih z značilnostmi dispraksije),
- senzornega procesiranja (npr. preobčutljivost ali zmanjšana odzivnost na dražljaje),
- prostorskega zavedanja (razumevanje in ocenjevanje prostorskih razmerij, prostorska orientacija)
- telesne vzdržljivosti in regulacije aktivnosti.

Te značilnosti se v vzgojno-izobraževalnem procesu odražajo kot funkcionalni izidi, ki vplivajo na otrokovo sodelovanje in izvedbo učnih dejavnosti, zlasti (McMaster in Roberts, 2016):

- težave pri pisanju (počasno, naporno, nečitljivo pisanje),
- večja obremenjenost pri sočasnem izvajanju kognitivnih in motoričnih zahtev,
- slabša učinkovitost pri nalogah, ki zahtevajo natančnost ali koordinacijo,
- počasnejše izvajanje praktičnih in učnih dejavnosti,
- hitrejša fizična utrudljivost,
- težave pri vključevanju v gibalne in praktične dejavnosti,
- vpliv na organizacijo dela in samostojnost pri nalogah.

Pri opredelitvi telesnega in gibalnega področja je pomembno ugotavljanje, v kolikšni meri navedene značilnosti vplivajo na učenje, izkazovanje znanja in sodelovanje otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu ter njihovo povezavo z drugimi področji funkcioniranja.
V šolskih situacijah vplivajo predvsem na športno, likovno, tehnično, matematično področje in področje pisanja. Pri tem je treba razlikovati med gibalnimi posebnostmi, ki so del širšega profila PPPU, in samostojnimi gibalnimi oziroma zdravstvenimi stanji, ki zahtevajo ločeno strokovno obravnavo (Feder in Majnemer, 2007, Magajna idr., 2008; Missiuna idr., 2004; Zwicker idr., 2012).

2.3.3 Socialno-čustveno področje

Na socialno-čustvenem področju se pri otrocih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja pogosto pojavljajo značilnosti, ki so lahko neposredna ali posredna posledica dolgotrajnih učnih neuspehov in povezanih izkušenj v šolskem okolju (Aro idr., 2022; Grigorenko idr., 2020; Magajna idr., 2008).
Te se lahko kažejo kot:

- nižja akademska in splošna samopodoba,
- zmanjšana zaznana lastna učinkovitost (občutek »ne zmorem«),
- povečana frustracija ob učnih zahtevah,
- izogibanje učnim dejavnostim ali nalogam,
- anksioznost, zlasti v situacijah preverjanja znanja,
- čustvena občutljivost in povečana ranljivost za stres (povečana občutljivost na neuspeh, popravljanje in primerjanje z vrstniki),
- težave pri prepoznavanju, izražanju in uravnavanju čustev,
- povečana potreba po potrditvi ali, nasprotno, umikanje iz socialnih situacij,
- vedenjski odzivi, kot so odklanjanje sodelovanja, pasivnost ali pretirana aktivnost.

Te značilnosti se v vzgojno-izobraževalnem procesu odražajo kot funkcionalni izidi, ki pomembno vplivajo na otrokovo učenje in vključevanje, zlasti:

- zmanjšana motivacija za učenje in nižja vztrajnost pri nalogah,
- hitrejše opuščanje dejavnosti ob težavah ali neuspehu,
- izogibanje sodelovanju pri pouku ali izkazovanju znanja,
- težave pri vključevanju v skupinsko delo in socialne komunikacije in interakcije,
- tveganje za socialno izolacijo ali izključenost,
- slabše počutje v šolskem okolju,
- povečana odvisnost od podpore odraslih pri čustvenem in učnem funkcioniranju,
- neustrezni vedenjski odzivi ob frustraciji, preobremenjenosti ali občutku neuspeha,
- več stresa v novih situacijah, velikih prostorih, pri orientaciji med učilnicami, ali drugih manj strukturiranih šolskih okoliščinah.

Socialno-čustvene posebnosti pri otrocih s PPPU praviloma niso primarni diagnostični znak motnje, temveč pogosto predstavljajo pomemben spremljajoči ali sekundarni vidik funkcioniranja, ki nastaja v prepletu med specifičnimi učnimi težavami, ponavljajočimi se izkušnjami neuspeha, večjim naporom pri učenju ter zahtevami šolskega in socialnega okolja (Grigorenko idr., 2020; Magajna idr., 2008).
Pri nekaterih otrocih se socialno-čustvene posledice kažejo bolj internalizirano, na primer kot negotovost, pretirana samokritičnost, občutki manjvrednosti, tesnoba, umikanje, čustvena preobremenjenost in slabše počutje v šolskem okolju (Nelson in Harwood, 2011; Magajna idr., 2008).
Pri drugih pa bolj eksternalizirano, na primer kot razdražljivost, odklonilen odnos do šolskega dela, opozicionalni odzivi ob preobremenitvi, vedenjski izbruhi ob frustraciji, zavračanje nalog, v katerih otrok

predvideva neuspeh ter težave pri uravnavanju vedenja v situacijah z večjo obremenitvijo (Aro idr., 2022; Magajna idr., 2008).

2.3.4 Samostojnost in skrb zase v šolskem prostoru

Na področju samostojnosti in skrbi zase se pri otrocih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja pogosto pojavljajo težave, povezane z organizacijo, načrtovanjem in samostojnim izvajanjem učnih ter vsakodnevnih dejavnosti v šolskem okolju. Te se lahko kažejo kot:

- težave pri organizaciji učenja (priprava na pouk, razumevanje navodil, strukturiranje nalog),
- slabše upravljanje časa (načrtovanje, sledenje časovnim okvirjem, dokončevanje nalog),
- težave pri načrtovanju in izvedbi večstopenjskih nalog,
- omejena zmožnost samostojne uporabe učnih strategij in pripomočkov,
- večja odvisnost od pomoči odraslih ali vrstnikov,
- težave pri vzpostavljanju in ohranjanju delovnih rutin,
- slabša samoregulacija pri učenju (začetek, vztrajanje in zaključevanje dejavnosti).

Te značilnosti se v vzgojno-izobraževalnem procesu odražajo kot funkcionalni izidi, ki vplivajo na otrokovo samostojnost in učno učinkovitost, zlasti:

- zmanjšana samostojnost pri izvajanju šolskih nalog,
- pogosta potreba po dodatnih razlagah, usmerjanju in nadzoru,
- težave pri dokončevanju nalog v predvidenem času,
- neurejenost učnih gradiv in slabša organizacija dela,
- neenakomerno izvajanje učnih dejavnosti,
- večja kognitivna in organizacijska obremenjenost pri samostojnem delu,
- hitrejša utrudljivost pri daljšem samostojnem učenju.

Pri opredelitvi tega področja je pomembno presojati, v kolikšni meri navedene težave vplivajo na otrokovo zmožnost samostojnega učenja, sodelovanja v učnem procesu in prevzemanja odgovornosti za lastno delo ter njihovo povezanost z izvršilnimi funkcijami in metakognitivnimi zmožnostmi. Pri tem je treba upoštevati, da so lahko težave na področju samostojnosti pri otrocih s PPPU izrazito situacijsko pogojene: otrok je lahko na nekaterih področjih samostojen, na področjih, ki zahtevajo branje, pisanje, računanje, organizacijo zaporedij ali hitro obdelavo informacij, pa potrebuje več podpore.

2.3.5 Zmožnosti sodelovanja, participacije in prilagajanje zatevam vzgojno-izobraževalnega okolja

Na področju zmožnosti sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti se pri otrocih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja lahko pojavljajo težave, povezane z vključevanjem, vztrajanjem in prilagajanjem zahtevam vzgojno-izobraževalnega procesa ter socialnega okolja.

Pri specifičnih učnih težavah je pričakovano neskladje med otrokovim kognitivnim potencialom in funkcionalno učinkovitostjo v vsakdanjem življenju (prilagoditvene veščine), saj otrok na nekaterih področjih deluje ustrezno ali ima celo močna področja, druga področja pa so izrazito šibka. Ob tem je treba upoštevati, da k učinkovitosti otrokovega prilagajanja lahko prispevajo podporno okolje, priložnosti za učenje samostojnosti in čustvene izkušnje. Za razliko od otrok s PPPU se pri otrocih s splošnimi učnimi težavami pričakujejo bolj enakomerno znižane prilagoditvene veščine.

Na področju prilagoditvenih spretnosti se pri otrocih s PPPU lahko kažejo težave kot:

- zmanjšana vztrajnost pri nalogah in dejavnostih, zlasti ob povečanih kognitivnih zahtevah,

- težave pri sodelovanju v učnem procesu (npr. sledenje navodilom, vključevanje v skupinsko delo),
- težave pri prilagajanju zahtevam pouka in spremembam v učnem okolju,
- zmanjšana samostojna participacija pri pouku in drugih dejavnostih,
- težave pri razumevanju in upoštevanju pravil, pričakovanj in rutin,
- počasnejše vključevanje v nove situacije ali dejavnosti,
- povečana odvisnost od strukture, predvidljivosti in podpore odraslih.

Te značilnosti se v vzgojno-izobraževalnem procesu odražajo kot funkcionalni izidi, ki vplivajo na otrokovo vključevanje in aktivno sodelovanje, zlasti:

- omejena zmožnost aktivnega sodelovanja pri pouku in skupinskih dejavnostih,
- hitrejše opuščanje dejavnosti ob težavah ali neuspehu,
- težave pri sledenju učnemu procesu in organizaciji dejavnosti,
- zmanjšana prilagodljivost ob spremembah (npr. prehodi med dejavnostmi, nove naloge),
- manjša stopnja samostojnega sodelovanja glede na starost in razvojno raven,
- večja potreba po strukturiranju okolja, jasnih navodilih in dodatni podpori.

Pri opredelitvi tega področja je pomembno presojati, v kolikšni meri navedene težave vplivajo na otrokovo aktivno sodelovanje, vključevanje in napredovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu ter njihovo povezanost s kognitivnim in socialno-čustvenim funkcioniranjem. Posebej pomembno je razlikovati med pomanjkanjem motivacije in zmanjšano participacijo, ki je posledica preobremenjenosti, ponavljajočih se neuspehov ali neustrezno prilagojenih zahtev.

2.4 Sopojavljanje

Pri otrocih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja je pogosto sopojavljanje različnih specifičnih primanjkljajev na področju učenja ter drugih nevrorazvojnih in duševnih motenj (APA, 2022; Grigorenko idr., 2020; WHO, 2019).

Sopojavljanje je lahko:

- homotipično, kadar se sočasno pojavljajo različne oblike specifičnih učnih težav oziroma PPPU (npr. disleksija in diskalkulija, disleksija in dispraksija);
- heterotipično, kadar se PPPU pojavljajo skupaj z drugimi nevrorazvojnimi ali duševnimi motnjami (npr. z ADHD, govorno-jezikovni primanjkljaji, avtističnimi motnjami, čustvenimi in vedenjskimi motnjami).

Sopojavljanje lahko pomembno oteži diferencialno diagnostično ocenjevanje, saj posamezne motnje samostojno in hkrati prepleteno vplivajo na otrokovo funkcioniranje.

Pri strokovni presoji je ključno razlikovati med (Grigorenko idr., 2020; Magajna idr., 2008):

- primarnimi primanjkljaji, ki predstavljajo osnovo težav, in
- sekundarnimi posledicami ali pridruženimi težavami.

Sopojavljanje teh težav je pogosto in predstavlja pomemben dejavnik, ki vpliva na otrokovo učno, socialno in čustveno funkcioniranje (APA, 2022; Grigorenko idr., 2020). Posamezne motnje lahko medsebojno učinkujejo, se prekrivajo ali krepijo, kar lahko otežuje prepoznavanje narave težav in njihovo razumevanje (Grigorenko idr., 2020; Willcutt idr., 2005).

V vzgojno-izobraževalnem procesu se to kaže kot:

- večja kompleksnost učnih težav,
- vpliv težav na več področij otrokovega funkcioniranja,

- večja variabilnost v učenju in vedenju,
- večje tveganje za sekundarne težave (npr. nizka samopodoba, anksioznost, izogibanje učenju),
- večja potreba po strukturirani, usklajeni in interdisciplinarni podpori.

Hkrati je pomembno poudariti, da prisotnost druge motnje ne izključuje primanjkljajev na posameznih področjih učenja, temveč zahteva celostno razumevanje otrokovega funkcioniranja in usklajevanje različnih oblik podpore (APA, 2022; WHO, 2019). Pri načrtovanju pomoči je zato nujen interdisciplinarni pristop, ki vključuje sodelovanje različnih strokovnjakov ter usklajevanje ciljev in strategij podpore, prilagojenih kompleksnosti otrokovih potreb.

2.5 Podporni in organizacijski vidiki

Podpora otroku s primanjkljaji na posameznih področjih učenja izhaja iz njegovih funkcionalnih potreb in je usmerjena v zmanjševanje ovir za učenje in kompenzacijo ter omogočanje učinkovitega sodelovanja in napredovanja v vzgojno-izobraževalnem procesu. Pri načrtovanju podpore je ključno upoštevati povezanost med značilnostmi otrokovega funkcioniranja in zahtevami učnega ter šolskega okolja.
Pri tem je bistveno, da podpora ne znižuje učnih ciljev in standardov znanja, temveč omogoča njihovo doseganje na način, ki upošteva otrokove posebnosti.
Podporni in organizacijski vidiki vključujejo tudi presojo ovirajočih in olajševalnih dejavnikov v učnem okolju (didaktični, organizacijski, socialni in fizični vidiki), ki vplivajo na otrokovo učenje, samostojnost in sodelovanje.
Podpora lahko vključuje:

- prilagoditve poučevanja (npr. diferencirane metode in oblike dela, jasnejša struktura učnih dejavnosti, večstopenjska razlaga),
- podporo pri razvoju učnih in metakognitivnih strategij (npr. načrtovanje, spremljanje in vrednotenje lastnega učenja),
- prilagoditve pri izkazovanju znanja (npr. alternativne oblike preverjanja, podaljšan čas, smiselno prilagojen obseg nalog ob ohranjanju učnih ciljev),
- podporo pri organizaciji dela in upravljanju časa,
- uporabo podporne in asistivne tehnologije (npr. digitalna orodja za organizacijo učenja ter specializirana programska oprema za podporo branju, pisanju ali računanju) za kompenzacijo primanjkljajev ter ustreznih učnih pripomočkov,
- prilagoditve tempa, obsega in kompleksnosti nalog,
- strukturiranje učnega okolja (npr. jasna pravila, rutine, vizualna podpora),
- podporo pri vzpostavljanju motivacije, vztrajnosti in pozitivnega odnosa do učenja.

Podpora otroku s specifičnimi učnimi težavami se načrtuje, izvaja in spremlja v okviru stopenjskega modela pomoči. Pri njenem načrtovanju sta pomembna sodelovanje različnih strokovnjakov ter aktivna vloga otroka in staršev, saj celostni pristop omogoča učinkovitejše prilagajanje učnega okolja in večjo uspešnost otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu.

3 VSTOPNA TOČKA (STOPNJA IZRAŽENOSTI TEŽAV)

Pri opredeljevanju primanjkljajev na posameznih področjih učenja je treba upoštevati več medsebojno povezanih kriterijev, ki omogočajo celostno strokovno presojo narave težav, njihove vztrajnosti, funkcionalnega vpliva ter otrokove potrebe po podpori v vzgojno-izobraževalnem procesu.

3.1 Kriteriji za opredelitev primanjkljajev na posameznih področjih učenja

Za opredelitev otroka s primanjkljaji na posameznih področjih učenja morajo biti izpolnjeni vsi kriteriji:

1. **kriterij** pomeni dokazano neskladje med strokovno določenimi in utemeljenimi kazalniki globalnih intelektualnih sposobnosti in dejansko uspešnostjo na naslednjih področjih učenja, in sicer branja, pisanja, računanja in pravopisa.
2. **kriterij** so obsežne, izrazite težave (pervazivne) na enem ali več izmed štirih področij šolskih veščin (branje, pisanje, pravopis, računanje), ki vztrajajo in so izražene do te mere, da otroku izrazito otežujejo napredovanje v procesu učenja.
3. **kriterij** vključuje slabšo učinkovitost učenja zaradi pomanjkljivih in/ali motenih kognitivnih in metakognitivnih strategij (sposobnosti organiziranja in strukturiranja učnih zahtev) in/ali motenega tempa učenja (hitrost predelovanja informacij).
4. **kriterij** je dokazana motenost enega ali več psiholoških procesov, kot so pozornost, spomin, jezikovno procesiranje, socialna kognicija, percepcija, koordinacija, časovna in prostorska orientacija, organizacija informacij itd.
5. **kriterij** izključuje senzorne okvare, motnje v duševnem razvoju, druge duševne in nevrološke motnje, čustvene in vedenjske motnje, kulturno in jezikovno različnost ter psihosocialno neugodne okoliščine in neustrezno poučevanje kot glavne povzročitelje primanjkljajev na posameznih področjih učenja, čeprav se lahko pojavljajo tudi skupaj z njimi (Magajna, Kavkler, Babuder idr., 2015).

3.2 Stopnja izraženosti težav

Stopnja izraženosti težav se presoja v povezavi z odzivom otroka na predhodno načrtovano in spremljano pomoč v okviru stopenjskega modela podpore. Pri strokovni presoji in opredeljevanju specifičnih učnih težav je treba upoštevati njihovo stopnjo izraženosti ter funkcionalni vpliv na učenje, sodelovanje, samostojnost in napredovanje otroka v vzgojno-izobraževalnem procesu. Stopnja izraženosti je pomembna za načrtovanje ustreznih oblik podpore, prilagoditev in odločanje o potrebi po dodatni strokovni pomoči oziroma usmerjanju.
Primanjkljaji na posameznih področjih učenja se praviloma opredelijo takrat, ko so težave izrazitejše, vztrajajo kljub ustrezno načrtovani in izvedeni podpori ter pomembno vplivajo na otrokovo funkcioniranje in potrebo po dodatni strokovni pomoči.

Blaga stopnja

Pri blagi stopnji so težave prisotne, vendar ne izrazito omejujoče za otrokovo učno funkcioniranje. Otrok ob ustreznih prilagoditvah in podpori v okviru pouka dosega učne cilje in napreduje skladno s pričakovanji.
Značilno:
- prisotne so posamezne težave pri usvajanju ali avtomatizaciji veščin;
- otrok ob podpori učitelja zmore slediti pouku;
- težave ne povzročajo pomembnih ovir za sodelovanje in napredovanje;
- funkcionalni vpliv težav je omejen;
- otrok se na pomoč dobro odziva.

Podpora:
- prilagoditve v okviru inkluzivne poučevalne prakse,
- dodatna razlaga, diferenciacija, individualizacija,
- vključevanje v dopolnilni pouk ali druge oblike pomoči.

Otrok se ne usmeri.

Zmerna stopnja

Pri zmerni stopnji so težave izrazitejše in pomembneje vplivajo na otrokovo učno učinkovitost, sodelovanje in napredovanje. Otrok kljub ustrezni pomoči v okviru pouka ne dosega pričakovanih rezultatov brez dodatne, bolj strukturirane in ciljno usmerjene podpore.
Značilno:
- izrazite težave pri usvajanju in avtomatizaciji temeljnih veščin;
- zmanjšana učna učinkovitost kljub vloženemu trudu;
- težave vplivajo na tempo dela, razumevanje in organizacijo učenja;
- prisotne so lahko sekundarne čustvene ali vedenjske posledice;
- odziv na osnovne oblike pomoči je omejen ali neenakomeren.

Podpora:
- dodatna strokovna pomoč,
- bolj strukturirane in individualizirane oblike dela,
- prilagoditve pri izkazovanju znanja,
- sistematična podpora pri razvoju učnih strategij.

Del otrok se usmeri, odvisno od stopnje funkcionalnega vpliva težav in odziva na pomoč.

Težja stopnja
Pri težji stopnji so težave obsežne, vztrajne in izrazito vplivajo na otrokovo učno funkcioniranje, sodelovanje in napredovanje. Otrok brez intenzivne, individualizirane in dolgotrajne podpore ne zmore slediti zahtevam izobraževalnega programa.
Značilno:
- izrazite in trajne težave na enem ali več področjih učenja;
- zelo nizka učna učinkovitost kljub trudu in pomoči;
- pomemben vpliv na več področij funkcioniranja (kognitivno, socialno-čustveno, organizacijsko);
- težave vztrajajo kljub ustrezno načrtovani in izvedeni pomoči;
- pogosto prisotne sekundarne težave (npr. čustvene, motivacijske);
- lahko so prisotne tudi sopojavne motnje.

Podpora:
- intenzivna, kontinuirana in individualizirana strokovna pomoč,
- prilagojeno izvajanje izobraževalnega programa ali prilagojen program,
- sodelovanje več strokovnjakov,
- sistematično spremljanje napredka.

Otrok se praviloma usmeri.

Primanjkljaje na posameznih področjih učenja opredeljuje tudi vztrajanje težav kljub vsaj šestmesečnemu izvajanju prvih treh korakov modela odziv na obravnavo:
- prilagoditve metod in oblik dela, dopolnilni pouk,
- pomoč šolske svetovalne službe,
- dodatna individualna ali skupinska pomoč.

Pri tem je pomembno, da so bile oblike pomoči ustrezno načrtovane, izvajane in spremljane ter da so njihovi učinki dokumentirani.

Primanjkljaje na posameznih področjih učenja lahko diagnosticiramo šele po začetku formalnega poučevanja veščin pisanja, branja, pravopisa in računanja. Ugotavljamo jih lahko tudi v kasnejših obdobjih šolanja in življenja, če imamo dokazila o zgodnjem začetku težav. Diagnostično ocenjevanje mora temeljiti na podatkih iz več virov, pri čemer posamezni podatki ne zadostujejo.

Potrebna je celostna strokovna diagnostična ocena, pridobljena z uporabo standardiziranih merskih instrumentov, kliničnega (strokovnega) opazovanja ter strukturiranih intervjujev (pogovorov) z otrokom, starši in učitelji, ki vključuje sintezo ugotovitev otrokove zdravstvene, razvojne, šolske in družinske zgodovine (anamneze) ter različne formalne in neformalne mere šolskih veščin in kognitivnih primanjkljajev. Pri opredelitvi se upošteva tudi evalvacija odziva na izvajanje prvih treh stopenj modela odziv na obravnavo oziroma drugih oblik sistematične pedagoške podpore, s čimer se presoja učinkovitost predhodnih prilagoditev in intervencij v učnem okolju. Celostni profil otrokovega delovanja zajema njegovo funkcioniranje na učno-kognitivnem področju, telesno-gibalnem področju in socialno-čustvenem področju ter vključuje tudi oceno prilagoditvenih veščin, zlasti stopnjo samostojnosti, skrbi zase, sodelovanja in prilagajanja zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja.

Psihološka ocena otrokovega funkcioniranja pri prepoznavanju PPPU temelji na analizi splošnih intelektualnih sposobnosti ter strukture kognitivnega delovanja, pridobljenih z uporabo standardiziranih psihodiagnostičnih instrumentov in klinične (strokovne) presoje.

Pri otroku s PPPU psiholog praviloma ugotavlja relativno dobre splošne intelektualne sposobnosti, kar pomeni vsaj spodnjo mejo ravni, pri kateri učnih težav ni mogoče primarno pojasniti s splošno znižanim intelektualnim funkcioniranjem, ob tem pa kognitivni profil kaže specifična področja šibkosti oz. specifične primanjkljaje.

Analiza kognitivnega profila omogoča vpogled v otrokova močna in šibka področja mišljenja, sklepanja, presojanja, reševanja problemskih situacij in učenja. Hkrati se v okviru podrobne analize kognitivnega delovanja prepoznavajo specifični primanjkljaji v procesiranju informacij, ki se lahko izražajo na besednem in/ali nebesednem področju.

Specifični vzorci kognitivnih moči in primanjkljajev predstavljajo temelj za razumevanje narave učnih težav ter omogočajo načrtovanje ustreznih oblik podpore, prilagoditev in kompenzacijskih strategij, usmerjenih v optimalno uresničevanje otrokovega razvojnega in učnega potenciala. Pri presoji otrokovega funkcioniranja se upošteva tudi raven razvitosti prilagoditvenih veščin, pri čemer so te lahko v splošnem skladne z otrokovimi intelektualnimi zmožnostmi, vendar se pogosto kaže neenakomeren profil, z relativnimi odstopanji na posameznih področjih, kot so samouravnavanje, organizacija, socialne veščine, sporazumevanje, jezik in govor, gibalne spretnosti. Narava in obseg teh odstopanj sta odvisna od vrste in izraženosti specifičnih učnih težav.

Pri otrocih s PPPU se pričakuje, da so težave specifične in omejene na posamezna področja učenja, ob relativno ohranjenih splošnih kognitivnih zmožnostih. Od skupine otrok s PPPU se razlikuje skupina otrok s splošnimi učnimi težavami, pri katerih analiza kognitivnega delovanja kaže na bolj enakomerno znižano raven kognitivnega funkcioniranja, ki se izraža na več področjih ter vpliva na širše učno in prilagoditveno funkcioniranje. Ti otroci praviloma usvajajo znanja počasneje, pogosto potrebujejo več ponavljanja, učenje pa je v večji meri odvisno od konkretnih primerov, modeliranja in manj fleksibilnih strategij, npr. mehanično pomnjenje. Pri končni strokovni presoji psiholog upošteva skladnost med intelektualnimi sposobnostmi in učnimi dosežki, prisotnost specifičnih kognitivnih primanjkljajev, profil prilagoditvenih veščin in tudi vpliv okoljskih dejavnikov na otrokovo funkcioniranje.

Iz specialnopedagoške dokumentacije mora biti razvidna oblika in stopnja specifičnih učnih težav, ugotovljena na osnovi procesne diagnostične ocene in odziva otroka na obravnavo. Vključuje naj diagnostično oceno obvladovanja osnovnih učnih spretnosti, predvsem branja, pisanja in matematičnih spretnosti, oceno zaznavnega, motoričnega in komunikacijskega področja, opis otrokovega učnega funkcioniranja, uporabe strategij, odziva na pomoč, opažanj o usmerjenosti miselnih procesov in morebitnih posebnosti na socialno-čustvenem področju ter oceno otrokovih močnih področij.

4 IZLOČITVENI KRITERIJI

Primanjkljajev na posameznih področjih učenja ni mogoče primarno pojasniti z drugimi dejavniki, ki sami po sebi zadostno razložijo otrokove učne težave. Pri strokovni presoji je zato treba izključiti, da so težave predvsem posledica:

- motnje v duševnem razvoju oziroma splošno znižanih intelektualnih sposobnosti;
- senzornih okvar, ki niso ustrezno kompenzirane ali izrazitih senzoričnih okvar (npr. vida ali sluha);
- nepoznavanja ali nezadostnega obvladovanja učnega jezika oz. jezikovne in kulturne raznolikosti;
- neustreznega ali nekonsistentnega poučevanja, pomanjkanja ustreznih učnih priložnosti, pomanjkljivih učnih izkušenj ali odsotnosti sistematične podpore;
- izrazito neugodnih psihosocialnih okoliščin (npr. dolgotrajna socialna prikrajšanost, zanemarjanje, pogoste prekinitve šolanja).

Pri tem je pomembno poudariti, da se navedeni dejavniki lahko pojavljajo sočasno s primanjkljaji na posameznih področjih učenja, vendar v takih primerih ne predstavljajo njihovega primarnega vzroka. Strokovna presoja mora zato temeljiti na celostnem razumevanju otrokovega funkcioniranja in vključevati oceno relativnega prispevka posameznih dejavnikov k učnim težavam.

Namen izločitvenih kriterijev ni izključevanje otrok iz podpore, temveč zagotavljanje, da je narava njihovih težav ustrezno prepoznana in da so deležni takšne oblike pomoči, ki najbolje ustreza njihovim potrebam.

5 PREVERJANJE USTREZNOSTI USMERITVE

Preverjanje ustreznosti usmeritve pri otrocih s primanjkljaji na posameznih področjih učenja je utemeljeno zlasti v primerih, ko:

- obstoječa opredelitev vzgojno-izobraževalnih potreb ne pojasni celotnega profila otrokovih težav;
- lahko v otrokovem celostnem funkcioniranju in njegovem širšem okolju jasno prepoznamo bodisi številne oz. močne dejavnike tveganja bodisi močne varovalne dejavnike;
- je napoved otrokove uspešnosti negotova oz. kadar se utemeljeno pričakuje potreba po spremembi oz. prilagoditvi pravic, ki izhajajo iz opredelitve otrokovih posebnih potreb, npr. sprememba programa usmeritve, sprememba obsega in vrste dodatne strokovne pomoči, sprememba prilagoditev prostora in opreme ali drugih oblik podpore.

Viri in literatura

American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR).

Aro, T., Eklund, K., Eloranta, A. K., Ahonen, T., Rescorla, L. (2022). Learning disabilities elevate children's risk for behavioral-emotional problems: Differences between LD types, genders, and contexts. *Journal of learning disabilities*, *55*(6), 465–481. https://doi.org/10.1177/00222194211056297

Blank, R., Barnett, A. L., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H. J., Rosenblum, S., Smits-Engelsman, B., Sugden, D., Wilson, P. H., Vinçon, S. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment,

intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology, 61*(3), 242–285. https://doi.org/10.1111/dmcn.14132

Berch, D. B. (2005). Making sense of number sense: Implications for children with mathematical disabilities. *Journal of learning disabilities*, *38*(4), 333–339.

Berninger, V. W., Abbott, R. D., Abbott, S. P., Graham, S., Richards, T. (2002). Writing and reading: Connections between language by hand and language by eye. *Journal of Learning Disabilities, 35*(1), 39–56. https://doi.org/10.1177/002221940203500104

Butterworth, B., Varma, S., Laurillard, D. (2011). *Dyscalculia: From brain to education. Sciences, 332*(6033), 1049–1053. https://doi.org/10.1126/science.1201536

Cain, K., Oakhill, J. (2007). Children's Comprehension Problems in Oral and Written Language: A Cognitive Perspective. Challenges in Language and Literacy. *Guilford Publications*.

Cornoldi, C., Mammarella, I. C., Fine, J. G. (2016). *Nonverbal learning disabilities.* Guilford Publications.

Dowker, A. (2005). Early identification and intervention for students with mathematics difficulties. *Journal of learning disabilities*, *38*(4), 324–332. https://doi.org/10.1177/0022219405038004

European Dyslexia Association (b. d.). *What is dyslexia?* https://eda-info.eu/what-is-dyslexia/

European Dyslexia Association (2025). *Response to the International Dyslexia Association 2025 Definition of Dyslexia*.

Feder, K. P., Majnemer, A. (2007). Handwriting development, competency, and intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *49*(4), 312–317. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00312.x

Fletcher, J. M., Miciak, J. (2024). Assessment of specific learning disabilities and intellectual disabilities. *Assessment*, *31*(1), 53–74. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10731911231194992

Geary, D. C. (2011). Cognitive predictors of achievement growth in mathematics: a 5-year longitudinal study. *Developmental psychology*, *47*(6), 1539–1552. https://doi.org/10.1037/a0025510

Grigorenko, E. L., Compton, D. L., Fuchs, L. S., Wagner, R. K., Willcutt, E. G., Fletcher, J. M. (2020). Understanding, educating, and supporting children with specific learning disabilities: 50 years of science and practice. *American Psychologist, 75*(1), 37–51. https://doi.org/10.1037/amp0000452

Hulme, C., Snowling, M. J. (2011). Children's reading comprehension difficulties: Nature, causes, and treatments. *Current Directions in Psychological Science, 20*(3), 139–142. https://doi.org/10.1177/0963721411408673

International Dyslexia Association. (2025). *The 2025 dyslexia definition*. https://dyslexiaida.org/2025-dyslexia-definition-project/

Kavkler, M. (2015). Učne težave pri matematiki : uresničevanje Koncepta dela učne težave v osnovni šoli. *Matematika v šoli. 21*(3/4), 4–16.

Kavkler, M. (2011). Učenci z učnimi težavami pri matematiki – učinkovitejše odkrivanje in diagnostično ocenjevanje. V: L. Magajna, M. Velikonja (ur.). *Učenci z učnimi težavami. Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje* (str. 130–146). Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Košak Babuder, M. (2011). Prepoznavanje in ocenjevanje težav pri učencih z neverbalnimi specifičnimi učnimi težavami. V: L. Magajna in M. Velikonja (ur.). *Učenci z učnimi težavami. Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje. 1. natis* (str. 188–203). Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Magajna, L., Čačinovič Vogrinčič, G., Kavkler, M., Pečjak, S., in Bregar Golobič, K. (2008). *Učne težave v osnovni šoli: Koncept dela.* Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Magajna, L., Kavkler, M., Babuder, M., Zupančič Danko, A., Sršen Fras, A., Rošer Obretan, A. (2015). Otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja. V: N. Vovk Ornik (ur.). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. Zavod RS za šolstvo.* https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf

McCloskey, M., Rapp, B. (2017). Developmental dysgraphia: An overview and framework for research. *Cognitive neuropsychology*, *34*(3–4), 65–82. https://doi.org/10.1080/02643294.2017.1369016

McGrath, L. M., Pennington, B. F., Shanahan, M. A., Santerre-Lemmon, L. E., Barnard, H. D., Willcutt, E. G., ..., in Olson, R. K. (2011). A multiple deficit model of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Searching for shared cognitive deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(5), 547–557. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02346.x

McMaster, E., Roberts, T. (2016). Handwriting in 2015: A main occupation for primary school–aged children in the classroom?. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, *9*(1), 38–50. https://doi.org/10.1080/19411243.2016.1141084

Nation, K. (2005). Children's Reading Comprehension Difficulties. V: M. J. Snowling in C. Hulme (ur.), *The Science of Reading: A Handbook* (str. 248–265). Blackwell Publishing.

Nation, K. (2019). Children's reading difficulties, language, and reflections on the simple view of reading. *Australian Journal of Learning Difficulties*, *24*(1), 47–73. https://doi.org/10.1080/19404158.2019.1609272

Nelson, J. M., Harwood, H. (2011). Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *Journal of learning disabilities*, *44*(1), 3–17. https://doi.org/10.1177/0022219409359939

Peterson, R. L., Pennington, B. F. (2015). Developmental dyslexia. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 283–307. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112842

Rodríguez, S. J. A., Gonzalez-Sánchez, L., Areces, D., García, T., Rodríguez, C. (2022). Specific learning disabilities and the response to intervention model: A systematic review. *Psychology, Society & Education, 14*(2), 67–75. https://journals.uco.es/index.php/psye/article/view/15002?utm_source=chatgpt.com

Snowling, M. J., Hulme, C. (2021). Annual Research Review: Reading disorders revisited–the critical importance of oral language. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(5), 635–653. https://doi.org/10.1111/jcpp.13324

Wagner, R. K., Zirps, F. A., Edwards, A. A., Wood, S. G., Joyner, R. E., Becker, B. J., Liu, G, Beal, B. (2020). The prevalence of dyslexia: A new approach to its estimation. *Journal of Learning Disabilities, 53*(5), 354–365. https://doi.org/10.1177/0022219420920377

Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Olson, R. K., Chhabildas, N., Hulslander, J. (2005). Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: In search of the common deficit. *Developmental neuropsychology*, *27*(1), 35–78. https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701_3

World Health Organization (WHO) (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.).* https://icd.who.int/

Zwicker, J. G., Missiuna, C., Harris, S. R., Boyd, L. A. (2012). Developmental coordination disorder: a review and update. *European journal of paediatric neurology*, *16*(6), 573–581. https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.05.005

IX. OTROCI S ČUSTVENIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI

Irena Sivka Horvat, Zavod RS za šolstvo
Mag. Vesna Starman, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Istre
Mag. Helena Arzenšek Krajačič, OŠ Dolenjske Toplice
Mag. Natalija Bilobrk, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov Piran, Zdravstveni dom Lucija
Dr. Ana Bogdan Zupančič, Gimnazija Poljane, Ljubljana
Tatjana Pleško Zalar, Mladinski dom Malči Beličeve, Ljubljana

1 SPLOŠNA OPREDELITEV

Čustvene in vedenjske motnje niso izoliran pojav, temveč so rezultat kompleksne interakcije bioloških, psiholoških, socialnih in kulturnih dejavnikov, zato zahtevajo večdimenzionalen pristop (Krajnčan, 2025). Veljajo sicer nekatere skupne značilnosti, npr. da so učni dosežki učencev s čustvenimi in vedenjskimi motnjami pogosto nižji od pričakovanih ter da učenci imajo izražene težave pri osredotočanju na učne cilje in socialne situacije (Kauffman in Landrum, 2013). Čustvene in vedenjske motnje se praviloma pojavljajo skupaj z motnjami/težavami na drugih področjih, npr. ADHD, avtistične motnje, ki jih spremljajo tudi težave v socialni integraciji in učne težave. Pri pozunanjenih oblikah je vedenje v visokem deležu moteče za okolico (npr. razdiralno vedenje), medtem ko pri ponotranjenih (npr. izmikajoče vedenje) vpliva predvsem na posameznika.

Čustvene in vedenjske motnje so lahko posledica šibkosti v delovanju živčnega sistema, ki onemogoča avtoregulacijo vedenja, kontrolo impulzov, hkrati pa lahko kažejo na pomanjkanje strategij spoprijemanja z zahtevami okolja, nizek socialni kapital (op: predstavlja mrežo posameznikovih medsebojnih odnosov, zaupanja, norm in sodelovanja) in druge neugodne vplive. Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami pogosto živijo v okolju, kjer ne doživljajo uspehov in sprejetosti, zato razvijejo številne manj zrele obrambne mehanizme, kršijo dogovorjena pravila, preizkušajo meje dovoljenega, izzivajo nevarne situacije, s čimer želijo pritegniti pozornost. Po navadi razvijejo slabo ali negativno samopodobo, vrstniki pa se jih začnejo izogibati, saj se jih bojijo oz. so prizadeti ob njihovih odzivih. Manj kot je spodbudno ožje in širše otrokovo okolje, večje je tveganje za izrazitost težav in motenj.

Otroci sami svojega vedenja pogosto ne prepoznajo kot težavnega, ampak negativne posledice svojih dejanj doživljajo skozi odzive okolja. Ocena resnosti spektra čustvenih in vedenjskih težav temelji na sposobnosti otroka, da zadovoljuje svoje osnovne psihosocialne potrebe, kot so navezovanje ustreznih odnosov, izražanje čustev in prilagoditev socialnim zahtevam okolja. Ta vidik opozarja na nujnost razumevanja vedenjskih težav v kontekstu interakcije med otrokom in okoljem ter na pomembnost celostnega pristopa k obravnavi (Vec, 2011).

Spremembe v odzivanju in/ali vedenju so pri učencih s čustvenimi in vedenjskimi motnjami prisotne dlje časa in pomembno odstopajo od razvojno pričakovanih normativnih vzorcev čustvovanja in/ali vedenja, in sicer v različnih okoljih (Bronfenbrenner, Morris, 2006):

- mikrookolje: razred, neposredne interakcije učenec–učitelj, učenec–vrstniki, družina–sorojenci,
- širše/mezo okolje: šola kot sistem (pravila, klima, prehodi, organizacija), vrstniška skupina, prostočasno okolje),
- makrookolje: širša skupnost in sistemski vplivi (dostopnost podpore, institucionalni odzivi, socialni in kulturni okvir).

Tako kot drugi tudi nekateri otroci in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi motnjami izkazujejo izjemno kreativnost, sposobnost alternativnih načinov reševanja problemov in nadarjenost na drugih področjih razvoja. Prepoznavanje in krepitev močnih področij pa je močan varovalni dejavnik pri celostni obravnavi otroka s čustvenimi in vedenjskimi motnjami.

Čustvene in /ali vedenjske motnje se izražajo kot:

- čustvene motnje,
- vedenjske motnje ter
- v kombinaciji obeh – kot čustvene in vedenjske motnje.

2 OPREDELITEV SKUPIN OTROK S ČUSTVENIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI

A. Otrok s čustvenimi motnjami (internalizirane/motnje ponotranjenja)

Čustvene motnje povzročajo, da se otroci vedejo na način, ki po navadi ne moti okolice, zato so lahko spregledani. Za otroke s čustvenimi motnjami je značilno, da doživljajo hudo notranjo stisko, strahove, zaskrbljenost, povišano tesnobo/anksioznost in/ali depresivno razpoloženje, kar pomembno ovira njihovo vsakdanje psihosocialno delovanje. Zaradi tega je lahko oteženo doseganje predvidenih razvojnih nalog, značilnih za posamezno razvojno obdobje, kot so npr. prilagajanje telesnim spremembam, čustveno osamosvajanje, redno obiskovanje šole in opravljanje šolskih obveznosti, vključevanje v prostočasne dejavnosti, vzpostavljanje in ohranjanje stabilnih vrstniških odnosov (npr. sprejetost med vrstniki, razvijanje samostojnosti) ipd. Značilni so: pomanjkanje samozavesti, energije, zmanjšani interesi, težave s koncentracijo, zmanjšano samospoštovanje, nizka samopodoba; občutki nemoči, žalosti, jeze, manjvrednosti ali krivde; psihosomatske težave, pojav samopoškodovalnega vedenja, zatekanje/umik v digitalni svet kot način obvladovanja stiske; težnje po popolnosti (pogosto povezane s previsokimi pričakovanji do sebe), osamljenost in občutki zavrnitve/izoliranosti; pomanjkanje motivacije, brezvoljnost/apatija, socialni umik in izogibanje situacijam v različnih okoljih, ki sprožijo tesnobo in/ali depresivno razpoloženje.

B. Otrok z vedenjskimi motnjami (eksternalizirane/motnje pozunanjenja)

Za otroka z vedenjskimi motnjami so pogosto značilni vztrajni in ponavljajoči se vzorci kljubovalnega, agresivnega in razdiralnega vedenja, ki trajno in pomembno odstopajo od za starost pričakovanih socialnih vedenj (v zaznavanju, razumevanju in interpretiranju kompleksnih socialnih situacij). To se lahko kaže v obliki pogostih konfliktov v socialnih odnosih, omejeni zmožnosti zavzemanja perspektive drugih oseb v socialnih interakcijah ter zmanjšani sposobnosti učenja iz izkušenj, pri nekaterih otrocih so opazne poteze neobčutljivosti in brezčutnosti. Pogosto je prisotna tudi zmanjšana zmožnost kontrole lastnih impulzov, kar lahko vodi v impulzivne in socialno neustrezne vedenjske odzive. Značilna je nizka toleranca na frustracijo, zaradi česar otrok hitro obupa ali reagira z izbruhi jeze. V konfliktnih situacijah otrok težje uvidi ali prizna svoj delež odgovornosti, krivdo in napake pa pogosteje pripisuje drugim. Ker so vedenjski odzivi pogosto moteči za okolico ali v neskladju s pričakovanji in pravili, se lahko okolje odzove z odklanjanjem, kaznovanjem ali izključevanjem. Tovrstni odzivi okolja lahko težave vzdržujejo in poglabljajo, saj krepijo otrokovo negativno samopodobo, frustracije ter ponavljajoče se neustrezne vzorce vedenja (negativni povratni krog).
Stopnja vedenjskih motenj je opredeljena glede na to, kako ogrožujoča je za okolje ali/in za otroka. Glede na stopnjo izraženosti primanjkljajev in vpliv na funkcioniranje ločimo lažje, zmerne in težje oblike vedenjskih motenj.

B.1 Otrok z lažjimi oblikami vedenjskih motenj

Otrokovo vedenje je občasno moteče in praviloma vpliva na vsaj dve področji njegovega delovanja (npr. šolsko in družinsko okolje), vendar je v večji meri situacijsko pogojeno in se ob ustrezni podpori odrasle osebe preneha/nadomesti s sprejemljivejšim. Vedenjski odzivi so občasni, praviloma kratkotrajni in manj intenzivni, ohranjen je vpogled v neustreznost lastnih vedenjskih odzivov. Otrok ob občasni pomoči odraslega zmore prevzeti odgovornost, prepoznati posledice vpliva svojega vedenja na druge, se opravičiti, popraviti škodo (materialno in/ali odnosno). Vedenje bistveno ne moti pouka/šolskih dejavnosti in odnosov; vrstniška zavrnitev ni izrazita.
<u>Pojavne oblike vedenja:</u>

- impulzivnost, razdražljivost, nizka frustracijska toleranca; zamujanje pouka ali občasno kršenje pravil; izogibanje šolskim obveznostim, situacijsko uporniško in provokativno vedenje.

B.2 Otrok z zmernimi oblikami vedenjskih motenj

Težave zaradi motečih/neustreznih vedenjskih odzivov se praviloma odražajo v vsaj treh okoljih; otrok potrebuje pogosto redno, načrtno podporo odraslih (strokovnih delavcev, staršev). Specifično moteče vedenje je pogosto, vztrajnejše in izrazitejše ter pomembno vpliva na otrokovo delovanje v šoli, v odnosih in doma. Vedenje je za okolje pogosto moteče, kar poveča tveganje za zavračanje ali kaznovanje in lahko ohranja vzorce težav, otrok pa le delno prepoznava povezavo med svojim vedenjem in odzivi okolja.

Pojavne oblike vedenja

- Ponavljajoči se konflikti, težave pri sprejemanju avtoritete in več težav v odnosih z vrstniki ter odraslimi, (izključevanje, nezmožnost poslušanja, nestabilna prijateljstva) , vztrajnejše neupoštevanje pravil in dogovorov (pogostejše prekoračitve meja); verbalna agresivnost (npr. žaljenje, grožnje), provokacije; ponavljajoče se motenje pouka/šolskih dejavnosti (npr. težave pri skupinski obliki dela), težave pri vključevanju v zunajšolske dejavnosti (ovirano je sodelovanje v skupini), odpor/odkrito odklanjanje šolskega dela, občasno namerno povzročena škoda (npr. poškodovanje predmetov) ali lažje oblike tveganega vedenja; (izpostavljanje nevarnostim, eksperimentiranje s škodljivimi substancami …), nižja zmožnost samoregulacije in manj učinkovite strategije reševanja konfliktov, nizka frustracijska toleranca, intenzivni izbruhi jeze/besa (brez stalne visoke ogroženosti), digitalna zasvojenost. Zmanjšan je vpogled v lastno vedenje in težje je prevzemanje odgovornosti za posledice.

B.3 Otrok s težjimi oblikami vedenjskih motenj

Prisotno je izstopajoče in vztrajno odklonsko vedenje, pogosto v obliki specifičnega vzorca agresivnega, destruktivnega ali predrznega vedenja oz. ponavljajočih se kršitev starosti ustreznih družbenih pričakovanj (MKB 10-AM, 2023). Težave so zelo pogoste intenzivne, trajne, večdimenzionalne, pojavljajo se v več okoljih. Zelo pogosto je prisotna nizka kontrola impulzov in zelo šibak vpogled na lastne vedenjske odzive in čustvovanje. Otrok zelo pogosto ne zmore samostojnega (šolskega) dela; potrebuje stalno ali zelo pogosto podporo odraslega in specializirane pristope. Staršev, učiteljev in vrstnikov nima več v vrednostnem sistemu. Vedenjski odkloni močno ovirajo funkcioniranje; podpora okolja v obliki prilagoditev, sama po sebi ne zadošča. Močno moti potek pouka/šolskih dejavnosti in razdiralno vpliva na odnose; praviloma se pojavljata socialno zavračanje v šolskem in drugih podobnih okoljih (z izjemo možne sprejetosti v subkulturah s socialno nesprejemljivimi normami in vrednotami) in stopnjevanje konfliktov. Ogrožena je varnost otroka/mladostnika in ostalih. Motnja je praviloma tem bolj resna, čim več oblik odklonskega vedenja otrok kaže, čim bolj vztrajne so težave in čim manj spodbudno oziroma podporno je otrokovo ožje in širše okolje.

Pojavne oblike vedenja

- Izrazito opozicionalno kljubovalno vedenje, pogosti konflikti z avtoritetami, napadalnost, verbalno in/ali fizično nasilje – agresivnost, ustrahovanje, izsiljevanje, krutost; uničevalno vedenje do lastnine, vandalizem, kraje, laganje, izostajanje iz šole in opuščanje šolanja, pobegi od doma, pogosti, nagli in intenzivni izbruhi jeze/besa, nizka frustracijska toleranca, manipulativno vedenje, preračunljivo vedenje, pomanjkanje empatije, samopoškodovanje, tatvine, digitalna zasvojenost, tvegano vedenje (škodljiva uporaba psihoaktivnih substanc), oblike kriminalnega vedenja. Značilna sta odsotnost občutka krivde po neustreznih dejanjih in vedenje z izrazitim negativnim vplivom na varnost sebe ali drugih.

Čustvene in/ali vedenjske motnje se lahko pojavljajo kot enovita skupina ali kot kombinacija:

- otrok s čustvenimi motnjami,
- otrok z lažjimi oblikami vedenjskih motenj,
- otrok z zmernimi oblikami vedenjskih motenj,
- otrok s težjimi oblikami vedenjskih motenj,
- otrok s čustvenimi motnjami in lažjimi oblikami vedenjskih motenj,
- otrok s čustvenimi motnjami in zmernimi oblikami vedenjskih motenj,
- otrok s čustvenimi motnjami in težjimi oblikami vedenjskih motenj.

3 PODPORNI IN ORGANIZACIJSKI VIDIKI

Na kognitivnem področju:

- Pomoč pri učenju ustreznih strategij učenja (povzemanje, miselni vzorci, ključne besede, samopreverjanje).
- Strukturiranje nalog: razdelitev večjih nalog na manjše korake (»korak za korakom«), z jasno opredeljenimi cilji.
- Jasni urniki in predvidljiv tempo dela (vizualni prikaz: časovnica, odštevalnik, „kaj sledi“).
- Uporaba rokovnikov, seznamov opravil ali digitalnih aplikacij za organizacijo dela (npr. kontrolnih list, opomniki, koledar).
- Sprotna povratna informacija o dosežkih s poudarkom na pozitivnih spodbudah in konkretnih pohvalah (»Kaj je bilo dobro? Kaj je naslednji korak?«).
- Jasna in kratka navodila: eno- do dvostopenjska navodila, preverjanje razumevanja (»Povej, kaj boš naredil najprej.«).
- Vnaprejšnja priprava na spremembe (napoved prehoda, spremembe učilnice/učitelja, nadomeščanja).
- Raznolike metode učenja (razprave, simulacije, projektno in raziskovalno delo, skupinsko delo, učenje z igro).
- Podporna učna gradiva: grafični organizatorji, primeri rešitev, delovni listi z vodili, poudarjeni ključni pojmi, uporaba pisal z močno sledjo, IKT, možnost fotokopij izročkov ali posredovanje v e-obliki.
- Prilagoditve ocenjevanja znanja po potrebi: podaljšan čas, delno ustno ocenjevanje, napovedano ocenjevanje znanja, manjša količina nalog, možnost ocenjevanja znanja v oddelku ali izven oddelka.
- Razvijanje samorefleksije (»Kaj mi pomaga? Kaj me zmoti? Kako lahko naslednjič?«).

Na telesnem, senzornem področju in področju gibalnih zmožnosti:

- Učenje prek gibanja (postaje, didaktične igre v prostoru, učenje z gibanjem/gestami).
- Vmesni aktivni odmori (kratki, načrtovani in predvidljivi; 2–5 minut).
- Gibalne minute (raztezanje, koordinacija, dihalne vaje, „shake-out“).
- Preusmerjanje energije: uporaba gibanja za sproščanje napetosti (npr. kratka naloga „prinesi–odnesi“, naloge pomočnika).

- Senzorno-motorična podpora po potrebi (npr. mehka žogica za stiskanje, elastični trak pri stolu, stoječa miza, sedežna blazina).
- Ureditev prostora: sedežni red z manj dražljaji, možnost kratkega umika na dogovorjeno mesto (»mirni kotiček«). Sedežni red, ki upošteva in omogoča socialno vključenost, hkrati pa zagotavlja varnost in dobro počutje učenca in vrstnikov.
- Rutine za prehode (npr. signal, ritual, kratko gibanje pred prehodom), ker so prehodi pogosto sprožilec impulzivnosti.
- Dihalne in sprostitvene tehnike kot del razredne rutine.

Na socialno-čustvenem področju:

- Krepitev čustvene varnosti z ustreznim odnosom do otroka.
- Zagotovitev osebe na šoli, ki ji otrok zaupa kot stebru opore (možnost umika, hitrega opogumljanja, prostora, kjer je slišan …).
- Pozitivna psihosocialna klima, utrjevanje močnih področij.
- Pogovori z učenci o ustreznih oblikah vedenja (pravila kot dogovor, ne le zahteva; kaj pomeni „spoštljivo“, „varno“, „odgovorno“), aktivna vloga otroka.
- Učenje socialno-čustvenih veščin: prepoznavanje in poimenovanje čustev, regulacija, reševanje konfliktov, asertivna komunikacija.
- Modeliranje in vaje (igranje vlog, socialne zgodbe, scenariji “kaj če …”).
- Jasna pričakovanja in doslednost: pravila naj bodo kratka, pozitivno oblikovana, redno utrjevanje.
- Pozitivna vedenjska podpora: krepitev želenega vedenja (npr. pohvala, točke, žetoniranje, privilegiji), takojšnje in predvidljive posledice.
- Deeskalacijske strategije: miren ton, zmanjšanje občinstva, ponudba izbire (»Lahko začneš z A ali B«), čas za umik.
- Individualiziran pristop (individualni dogovori, osebni cilji, prilagoditve glede na sprožilce).
- Vključevanje multidisciplinarnih timov po potrebi (svetovalna služba, specialni pedagog, psiholog, socialni pedagog, zdravstvena služba).
- Sodelovanje s starši/skrbniki: usklajena pričakovanja, redna komunikacija, skupni načrt podpore.
- Krepitev pripadnosti: vloge v razredu, vključujoče skupinsko delo, vrstniška podpora.
- Spodbujanje vključujoče kulture in klime na šoli (vsi delavci, tudi upravno-tehniško osebje).
- Vizualni opomniki za usmerjanje vedenja (npr. semafor, stop znak, termometer čustvovanja …); za obvladovanje vedenja v specifičnih situacijah s predvidenimi postopki za reševanje (pravila in načrt).

Na področju samostojnosti in skrbi zase v šolskem prostoru:

- Razvijanje izvršilnih sposobnosti: načrtovanje, organizacija, postavljanje prioritet, spremljanje napredka, kontrola čustvovanja; obvladovanje neustreznega vedenja, prilagoditev vedenja socialnim normam, samonadzor …
- Rutine in notranji govor: Ko ne vem, dvignem roko … Ko ne vem, naredim … Ko končam, naredim ... – kako prosim za pomoč.
- Samoregulacijske strategije: prepoznavanje zgodnjih znakov stiske, uporaba dogovorjenih strategij (umik, dihanje, kratka naloga).
- Skrb za osnovne potrebe: hidracija, prehrana, zdrave spalne navade, prepoznavanje telesnih signalov (lakota/utrujenost/napetost).
- Urejanje delovnega prostora in materialov: označevanje map, barvno kodiranje, stalno mesto za pripomočke …
- Samozagovorništvo (self-advocacy): učiti otroka, da pove, kaj potrebuje (npr. “Potrebujem minuto”, “Prosim, razložite še enkrat”), učenje asertivnosti.
- Postopno prenašanje odgovornosti: od vodenja učitelja → skupno vodenje → samostojno vodenje (»scaffolding«).
- Ocenjevanje napredka in načrtovanje morebitnih sprememb: preproste samoocenjevalne lestvice (npr. 1–5: trud, osredotočenost, sodelovanje).

Na področju zmožnosti sodelovanja, participacije in prilagajanja zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja:

- Učenje pravil sodelovanja (poslušanje, izmenjava, delitev vlog, spoštovanje dogovorov).
- Strukturirano skupinsko delo: jasne vloge (vodja, zapisovalec, poročevalec, časomerilec), jasni koraki in kriteriji uspeha.
- Vaje prilagodljivosti: trening odzivanja na spremembe (majhne načrtovane spremembe, predvidljiv „načrt B“).
- Reševanje konfliktov: dogovorjeni koraki (ustavi–poimenuj–predlagaj–izberi), mediacija, uporaba “jaz-sporočil”.
- Krepitev prosocialnih vedenj: pomoč, vključevanje drugih, empatija, pohvala vrstniku.
- Razvijanje komunikacijskih spretnosti: jasna prošnja, pogajanje, sprejemanje povratne informacije.
- Vrstniško učenje in tutorstvo: pari z jasnimi pravili, rotacija partnerjev, varno okolje.
- Prilagoditve pri ocenjevanju sodelovanja: vrednotenje procesa (trud, spoštovanje vlog, komunikacija), ne le končnega izdelka.

4 OPREDELITEV VSTOPNE TOČKE

Vstopna točka jasno opredeljuje, kdaj je treba vložiti zahtevo za uvedbo postopka usmerjanja za otroka s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. O vstopni točki govorimo, ko so čustvene/vedenjske težave intenzivne, pogoste in vztrajne (praviloma se izražajo vsaj v treh okoljih – npr. šola/razred, dom, vrstniška skupina/prosti čas), otroka pomembno ovirajo pri

vključevanju, učenju in vsakodnevnem funkcioniranju ter pomembno odstopajo od razvojno pričakovanih vzorcev čustvovanja in/ali vedenja. Vstopna točka za postopek usmerjanja se opredeli po predhodnem najmanj 6-mesečnem izvajanju pomoči. Pomoč mora potekati po organiziranem stopenjskem modelu (od splošnih prilagoditev do intenzivnejših oblik podpore), pri čemer je iz dokumentacije razvidno:

1) Opis težav (operacionalizacija)
- Katere izstopajoče oblike vedenja/čustvovanja se kažejo (konkretno opisano, brez interpretacij, npr. »vstaja s stola in odhaja«, »verbalno napada vrstnike«, »umika se, ne govori« ipd.).
- Pogostost (npr. dnevno/tedensko; št. Izstopajočih oblik vedenja) in intenziteta (npr. stopnjevanje, trajanje, vpliv na varnost).
- Vzorec pojavljanja: v katerih situacijah, pri katerih predmetih, ob katerih sprožilcih ter kakšne so posledice.
- Različna okolja: opis opažanj v razredu, na hodniku, med odmori, pri interesnih dejavnostih, doma (če je na voljo).

2) Funkcionalni vpliv (oviranje)
- V kolikšni meri opažene oblike vedenja ovirajo otroka (učenje, socialni stiki, samopodoba, regulacija čustev, prisotnost pri pouku, sodelovanje).
- V kolikšni meri ovirajo okolico (razredni proces, varnost, odnosi, dobrobit vrstnikov in odraslih).
- Ocena tveganj (npr. samopoškodovalnost/agresija/izostajanje) in zaščitnih dejavnikov.

3) Izvedeni ukrepi in obseg
- Katere oblike pomoči so bile izvedene (npr. prilagoditve pouka, dogovori glede vedenja, strukturiranje prostora/časa, sistem nagrajevanja, učenje socialnih veščin, čustvena regulacija, mediacija, sodelovanje s starši).
- Obseg in trajanje: kdaj, kako pogosto, kdo je izvajal, v kakšni obliki (individualno/skupinsko), s kakšno udeležbo otroka in staršev.
- Doslednost izvajanja: ali je bil ukrep izveden načrtno, z dogovorjenimi kriteriji in odgovornostmi.

4) Evalvacija napredka in učinka
- Kako je bil evalviran napredek otroka (npr. opazovalni listi, ocene tveganja, sociometrični podatki, samoporočanje, poročila učiteljev/staršev, učni dosežki, prisotnost).
- Kateri kazalniki so se izboljšali/poslabšali in v kakšni meri (trend; primerjava pred ukrepom –med ukrepom – po ukrepu).
- Učinek posameznih ukrepov (kaj je delovalo, kaj ne, v katerih pogojih) ter utemeljitev stopnjevanja podpore.

Stopnjevanje pomoči (stopenjski model)

Pomoč se stopnjuje od podpore v razredu (učitelj) prek vključitve šolske svetovalne službe in ciljanih individualnih/skupinskih oblik pomoči do vključevanja zunanjih strokovnih virov. Institucije, ki sodelujejo pri obravnavi otrok s čustveno-vedenjskimi motnjami, so: svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše, centri za otroško in mladostniško psihiatrijo in druge zdravstvene ustanove, centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov, centri za socialno delo, strokovni centri za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami in motnjami (strokovni center).
Strokovni center nudi kontinuiteto pomoči, ki zajema:

- svetovanje vrtcu, šoli ali staršem, lahko pa tudi za otroka ali mladostnika pomembnim osebam,
- pomoč mobilnega tima,
- pripravo strokovnega poročila mobilnega tima.

Če strokovni center presodi, da svetovanje ne zadošča, ravnatelj strokovnega centra oblikuje mobilni tim, v katerem sodelujejo strokovni delavci različnih strok glede na težave posameznega otroka ali mladostnika. Mobilni tim skupaj z vrtcem ali šolo in starši načrtuje posamezne cilje za premagovanje čustvenih in vedenjskih težav otroka ali mladostnika, izvaja pomoč, spremlja doseganje ciljev ter načrtuje morebitno nadaljnjo pomoč. Mobilni tim po končani obravnavi za vrtec ali šolo pripravi strokovno poročilo, v katerem predlaga nadaljnjo pomoč otroku ali mladostniku, in sicer:

- uvedbo postopka usmerjanja,
- vključitev v dnevne oblike dela,
- napotitev v center za zgodnjo obravnavo oziroma za duševno zdravje ali
- da pobudo pristojnemu centru za socialno delo za obravnavo družine v okviru njegovih pristojnosti (ZOOMTVI, 2020).

5 OPREDELITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

Izločitveni kriteriji so namenjeni dodatni presoji, kdaj je usmeritev otroka v njegovo največjo korist in predstavljajo dodatno varovalo v procesu podpore otrokom.
Otroka ne usmerimo, če/ko:

- čustvene/vedenjske težave otrok z manjšimi prilagoditvami uspešno kompenzira in je uspešno vključen v okolje;
- otrok prihaja iz tujejezičnega okolja in mu še ni bila nudena pomoč v okviru *Smernic za vključevanje otrok, učencev in dijakov iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij v slovenski vzgojno-izobraževalni sistem* (Pevec Semec idr., 2024), razen v izjemnih primerih, kjer je

očitno, da težave niso povezane z nerazumevanjem slovenskega jezika ali starši že razpolagajo s strokovno dokumentacijo obravnav, ki jih je otrok imel v tujini;

- prehod iz vrtca v osnovno šolo brez predhodne strokovne obravnave; otroci, ki še niso bili obravnavani pri ustreznem specialistu (npr. psiholog, pedopsihiater, pediater, nevrolog, specialni pedagog) in bi bila potrebna strokovna ocena za razumevanje njihovih težav. *(Utemeljitev: prehodno obdobje predstavlja izrazito razvojno in okoljsko spremembo, ki lahko začasno poveča stiske ali vedenjske odzive ter oteži ločevanje med učinki prilagajanja in učinki programa.);*
- primarne specifične motnje/primanjkljaji, če ti niso v sopojavnosti, otroci z že postavljeno diagnozo ali strokovno potrjenimi značilnostmi, kot so: ADHD, AM, specifične učne težave (npr. disleksija). *Opomba o sopojavnosti: če so navedene značilnosti prisotne kot sopojavnost, se vključenost presoja individualno – npr. glede na to, ali učenec lahko sodeluje v predvidenih aktivnostih in ali je ciljno področje še vedno čustveno-vedenjsko funkcioniranje.);*
- izrazito pomanjkanje varovalnih dejavnikov v domačem okolju. Otroci, pri katerih je na podlagi razpoložljivih strokovnih informacij ugotovljeno izrazito pomanjkanje varovalnih dejavnikov (npr. dolgotrajna nestabilnost, zanemarjanje, nasilje, odsotnost osnovne podpore, subkulturna okolja), kadar to pomeni, da bi bila potrebna primarno zaščitna/terapevtska obravnava, program pa bi bil zanje neustrezen ali nezadosten. *(Utemeljitev: pri takšnih primerih je prednostna naloga zagotavljanje varnosti in celostne strokovne podpore s strani centrov za socialno delo.);*
- psihoorganske poškodbe ali bolezenska stanja osrednjega živčnega sistema; otroci z dokumentiranimi psihoorganskimi poškodbami ali posledicami bolezni osrednjega živčevja, kot so:

– poškodbe glave (npr. z nevrološkimi posledicami),
– meningitis/encefalitis (z nevrološkimi ali kognitivnimi posledicami),
– druga relevantna nevrološka stanja, kadar vplivajo na izvršilne funkcije, regulacijo, razumevanje navodil ali zmožnost sodelovanja.

(Utemeljitev: takšna stanja lahko pomembno zaznamujejo kognitivno in vedenjsko funkcioniranje ter zmanjšujejo primerljivost rezultatov.);

– znižan intelektualni potencial;
– kemične in nekemične zasvojenosti brez predhodne ustrezne obravnave (strokovni centri, centri za socialno delo, Služba za otroško in mladostniško psihiatrijo ...).

6 SMERNICE ZA PREVERJANJE USTREZNOSTI USMERITVE

Pri usmerjanju otroka s čustvenimi in vedenjskimi motnjami se lahko določi tudi rok za preverjanje ustreznosti usmeritve. Usmeritev je lahko predvidena za daljše obdobje (npr. do spremembe ravni izobraževanja) ali za določeno časovno obdobje, po katerem se preveri ustreznost usmeritve.

Preverjanje ustreznosti usmeritve je smiselno takrat, ko je treba oceniti ali obstoječa odločba še vedno ustrezno odgovarja otrokovim potrebam, razvojnemu napredku, učinkom podpore in morebitnim novonastalim okoliščinam. Pri tem se upošteva načelo koristi otroka ter strokovna presoja komisije, ki temelji na dokumentaciji, pravilih strok in celostni oceni otrokovega funkcioniranja.

Usmeritev se lahko preveri:

a) Po presoji Komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami

Komisija za usmerjanje v strokovnem mnenju avtonomno presodi, ali je smiselno določiti rok za preverjanje ustreznosti usmeritve. Pri tej presoji se ne upošteva zgolj opredelitev primanjklja, ovire oziroma motnje temveč celosten kontekst otrokovega delovanja, pričakovani razvojni napredek ob ustrezni podpori, učinkovitost dosedanjih prilagoditev ter morebitna sopojavnost težav.

b) Ob dodelitvi spremljevalca v prvem vzgojno-izobraževalnem obdobju osnovne šole

Kadar je otroku spremljevalec dodeljen že zelo zgodaj, zlasti v prvem vzgojno-izobraževalnem obdobju, je smiselno predvideti ponovno preverjanje ustreznosti usmeritve v krajšem časovnem obdobju, saj se v zgodnjem šolskem obdobju otrokove potrebe, stopnja samostojnosti in zmožnost vključevanja lahko razmeroma hitro spreminjajo. Pri preverjanju se posebej presoja, ali otrok še vedno potrebuje enak obseg in vrsto podpore in ali usmeritev še ustrezno sledi njegovemu napredku in razvoju.

7 KRITERIJI ZA DODELITEV SPREMLJEVALCA

Spremljevalca je mogoče dodeliti:

- otroku s težjimi oblikami vedenjskih motenj,
- otroku s čustvenimi motnjami in težjimi oblikami vedenjskih motenj.

Glede na opisane pojavne oblike vedenja otrok s težjimi oblikami vedenjskih motenj je dodelitev spremljevalca strokovno utemeljena takrat, ko otrok zaradi izrazite impulzivnosti, nepredvidljivih vedenjskih odzivov, težjega obvladovanja socialnih situacij in večje verjetnosti varnostno tveganih izbruhov potrebuje dodatno podporo za zagotavljanje lastne varnosti ter varnosti drugih udeležencev vzgojno-izobraževalnega procesa. Pri teh otrocih so pogosto prisotni zmanjšana kontrola impulzov, težave pri presoji socialnih situacij in pomembno ovirano prilagajanje šolskim zahtevam, zato spremljevalec omogoča varnejše, bolj predvidljivo in bolj aktivno vključevanje otroka v pouk, razširjeni program in organizirane šolske dejavnosti.

Spremljevalec otroku pomaga v času pouka, razširjenega programa in v času organiziranih šolskih dejavnosti predvsem z namenom varnega in aktivnega vključevanja otroka v vzgojno-izobraževalni proces. Naloge spremljevalca se podrobneje opredelijo v individualiziranem programu, izhajajoč iz strokovnih smernic, odločbe o usmeritvi in veljavne zakonodaje.

Viri in literatura

Bronfenbrenner, U., Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. V: R. M. Lerner (ur.), *Handbook of child psychology* (6th ed., Vol. 1, str. 793–828). Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114.

Kauffman, J., Landrum, T. (2013). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth (International Edition)*. Boston: Pearson/Merrill.

Kobolt, A., Rajniš Pinterič, M., Rogelj, F., Čuzić, L., Rogelj, S. Lep, B. (2015). Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. V: N. Vovk Ornik (ur.). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. Zavod RS za šolstvo.* https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf

Krajnčan, M., Vukovič, M., Vrhunc Pfeifer, K. (ur.). (2025). *Meje vedenja. Kako razumevati, uravnavati in usmerjati mlade s težavami*. Založba Univerze na Primorskem.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2023). *MKB-10-AM, verzija 11*. https://www.nijz.si/podatki/klasifikacije-in-sifranti/mkb-10-am-verzija-11/

Pevec Semec, K., Rutar Ilc, Z., Klobasa, H., Fras Berro, F., Rutar, S. (ur.) (2024). Smernice za vključevanje otrok, učencev in dijakov iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij v slovenski vzgojno-izobraževalni sistem. Zavod RS za šolstvo. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MVI/Dokumenti/Srednja-sola/Smernice-za-vkljucevanje-otrok-ucencev-in-dijakov-iz-drugih-jezikovnih-in-kulturnih-okolij-v-slovenski-vzgojno-izobrazevalni-sistem.pdf

Sallese, M. R., Garwood, J. D., Vannest, K. J., Kolbe, T., Carlson, A. (2024). Definitions of and Evaluation Procedures for Emotional Disturbance: A Tale of 50 States [Journal Article]. *Behavioral Disorders*, *49*(2), 106–115. https://doi.org/10.1177/01987429231215352

Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory & Review, 1*(4), 198–210. https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2009.00026.x

Vec, T. (2011). Moteče vedenje: ozadja in osnovni dejavniki, ki nanj vplivajo. *Socialna pedagogika (Ljubljana)*. 15(2), 125–152. https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-HK78FGTN/2088d090-76ff-4afb-96b9-9074759de1f1/PDF

Wery, J., Cullinan, D. (2013). State Definitions of Emotional Disturbance. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 21. 45-52. 10.1177/1063426611418234.

Zakon o obravnavi otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami in motnjami v vzgoji in izobraževanju (ZOOMTVI) (2020). Uradni list RS, št. 200/20, 10/26-ZKOM. https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-3628

X. OTROCI Z AVTISTIČNIMI MOTNJAMI

Dr. Simona Rogič Ožek, Zavod RS za šolstvo
Katja Stres Kavčič, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
Sabina Mujkanovič, Center za sluh in govor Maribor
Tanja Filipčič Mrak, Center za komunikacijo, sluh in govor Portorož
Dr. Jerneja Maček, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov Brezovica, MKZ Rakitna
Dr. Ana Bezenšek, Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani

1 OPREDELITEV AVTISTIČNIH MOTENJ

Opredelitev avtističnih motenj temelji na DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) in ICD-11 (World Health Organization, 2024) in jih opredelimo, kadar otroci izkazujejo trajne primanjkljaje v socialni komunikaciji in interakciji ter na področju omejenih, ponavljajočih se vzorcev vedenja, interesov ali aktivnosti, ki so izrazitejši od pričakovanih glede na razvojno raven.

Na področju **trajnih primanjkljajev v socialni komunikaciji in socialni interakciji** se kažejo pomembna odstopanja v socialno-čustvenih izmenjavah, v neverbalni komunikaciji in pri razvijanju, vzdrževanju in razumevanju odnosov (American Psychiatric Association; Yu idr., 2023), in sicer:

- značilnosti socialno-čustvene izmenjave se kažejo kot manjše deljenje interesov in čustev, manj pobud za socialni stik, težave pri dvosmernem pogovoru, enosmerna komunikacija, slabše odzivanje na socialne pobude in manj spontano vključevanje v skupno pozornost;
- značilnosti v neverbalni komunikaciji se kažejo kot pomanjkljiv ali neustrezen očesni stik, omejena ali nenavadna mimika, težave pri uporabi in razumevanju gest, manj usklajenosti med verbalnim in neverbalnim izražanjem ter težave pri prepoznavanju socialnih namigov. Pri nekaterih otrocih je neverbalna komunikacija okorna, pri drugih izrazito osiromašena;
- značilnosti pri razvijanju, vzdrževanju in razumevanju odnosov se kažejo kot težave pri prilagajanju vedenja različnim socialnim kontekstom, sklepanju in ohranjanju prijateljstev ter razumevanju pravil vrstniških odnosov, humorja, ironije, socialnih pričakovanj in perspektive drugih.

Na področju **omejenih ponavljajočih se vzorcev vedenja, interesov ali aktivnosti** se kažejo (American Psychiatric Association, 2022; Tian idr., 2022; Keating idr., 2023):

- stereotipno ali ponavljajoče se vedenje, govor ali uporaba predmetov. To vključuje motorične stereotipije, ponavljajoče se rokovanje s predmeti, eholalijo, idiosinkratične fraze;
- rigidnost, vztrajanje pri enakosti, odpor do sprememb, izrazita potreba po rutinah, stiska ob spremembah, težji prehodi med dejavnostmi in manj fleksibilno mišljenje;

- zelo omejeni, intenzivni ali nenavadno usmerjeni interesi. Otrok je lahko preokupiran s specifično temo, predmetom ali dejavnostjo na način, ki pomembno presega razvojno pričakovano raven in ovira širše funkcioniranje;
- nenavadna senzorna odzivnost ali senzorno usmerjeno vedenje. To vključuje hiper- ali hiporeaktivnost na zvok, dotik, teksture, svetlobo, temperaturo, bolečino ali fascinacijo s senzornimi dražljaji, kot so vrtenje, svetlobni odsevi, vohanje, tipanje ali poslušanje specifičnih zvokov. Senzorne posebnosti so danes pomemben del klinične presoje in niso več obravnavane kot obrobna značilnost.

Primanjkljaji so nevrološko-razvojno pogojeni, prisotni že v zgodnjem otroštvu in klinično pomembno vplivajo na otrokovo vključevanje ter funkcioniranje na socialnem, učnem in vsakdanjem področju ter jih ne moremo pojasniti zgolj z intelektualno manj zmožnostjo ali globalnim razvojnim zaostankom (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2024). Stopnjo izraženosti določamo predvsem glede na vpliv na funkcioniranje in potrebno podporo in pomoč, pri čemer upoštevamo tudi prilagoditvene spretnosti, jezikovni razvoj, senzorne posebnosti, izvršilne funkcije in morebitne pridružene težave in motnje (Harrison in Oakland, 2020; Pudło idr., 2025). Zgodnja obravnava, ustrezna usmeritev in prilagojena podpora pomembno prispevajo k boljšim razvojnim izidom.

2 KRITERIJI ZA OPREDELITEV VRSTE IN STOPNJE PRIMANJKLJAJEV, OVIR OZ. MOTENJ OTROK Z AVTISTIČNIMI MOTNJAMI

Glede na različno paleto izraženosti primanjkljajev, ovir oziroma motenj ločimo otroke z avtističnimi motnjami, ki kažejo različno stopnjo primanjkljajev (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2024), in sicer:

1) lažja,
2) zmerna,
3) težja.

2.1 Lažje izraženi primanjkljaji na področju komunikacije in socialne interakcije

Otrok z lažje izraženimi primanjkljaji običajno zmore osnovno sodelovanje v socialnem okolju, vendar so težave brez podpore opazne. Socialno lahko deluje okorno, enostransko ali manj spontano. Pogovor je lahko formalen, egocentričen ali slabše prilagojen sogovorniku. Stik lahko vzpostavi, vendar ga težje vzdržuje ter slabše razume subtilna socialna pravila, ironijo, neizrečena pričakovanja in dinamiko skupine (Jurišić, 2016; American Psychological Association, n. d.). Neverbalna komunikacija je lahko nenavadna, vendar ne izrazito osiromašena.

Lažji simptomi otroka praviloma ne izključujejo iz rednega socialnega in učnega okolja, vendar potrebuje podporo pri socialnem razumevanju, organizaciji, prehodih in čustvenem samouravnavanju. V šoli mu koristijo jasna struktura, vnaprejšnja priprava na spremembe, eksplicitno učenje socialnih pravil in pomoč pri izvršilnih funkcijah (Rogič Ožek, 2014; Rogič Ožek idr., 2025; Zavod RS za šolstvo, 2025).

Lažjo stopnjo praviloma opredelimo, kadar otrok zmore osnovno vključevanje v šolsko in socialno okolje, vendar so težave brez podpore jasno opazne; kadar je komunikacija funkcionalna, a okorna; kadar spremembe povzročajo stisko, ki jo je z usmerjanjem mogoče obvladati; ter kadar večino osnovnih prilagoditvenih spretnosti razvija, vendar potrebuje podporo pri socialnem razumevanju, organizaciji in fleksibilnosti (Harrison in Oakland, 2020).

2.2 Zmerno izraženi primanjkljaji na področju komunikacije in socialne interakcije

Otrok z zmerno izraženimi simptomi ima očitne težave v socialni komunikaciji tudi ob podpori. Socialna pobuda je omejena, odziv na druge zmanjšan ali neustrezen, pogovor pa ostaja enosmeren. Razumevanje odnosov in socialnega konteksta je pomembno oslabljeno (American Psychiatric Association, 2022; Olson idr., 2024). Neverbalna komunikacija je izraziteje nenavadna, očesni stik omejen, uporaba gest in razumevanje neverbalnih signalov pa slabša. V odnose se vključuje težko, okorno in z veliko podpore.

Pri zmerni stopnji je praviloma potrebna stalnejša podpora v šoli in doma. Pogosto so potrebni individualizirani cilji, bolj prilagojeno okolje, več vizualne strukture ter neposredna pomoč pri komunikaciji, razumevanju socialnih situacij, regulaciji vedenja in vsakodnevnih spretnostih (NICE, 2013; Rogič Ožek idr., 2025). Pri tej skupini se pogosto jasno pokaže razkorak med kognitivnim potencialom in prilagoditvenim funkcioniranjem (Duncan in Bishop, 2015).

Zmerno stopnjo opredelimo, kadar so težave očitne tudi ob podpori, kadar je socialna komunikacija pomembno okrnjena, kadar so rituali, rigidnost ali senzorne posebnosti izrazito moteči ter kadar otrok potrebuje redno in obsežnejšo pomoč za vključevanje v običajno šolsko in socialno okolje. Pogosto so težave v prilagoditvenem funkcioniranju izrazitejše kot v formalnih testih sposobnosti (Harrison in Oakland, 2020).

2.3 Težje izraženi primanjkljaji na področju komunikacije in socialne interakcije

Otrok izraža zelo pomembne primanjkljaje v socialni komunikaciji in interakciji. Socialna pobuda je zelo omejena ali odsotna, odzivanje na druge minimalno, sporazumevanje pa lahko zelo omejeno, izrazito nefleksibilno ali močno odvisno od podpore (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2024). Neverbalna komunikacija je lahko zelo osiromašena, socialni stik malo funkcionalen, samostojno vključevanje v socialni svet pa močno oteženo.

Pri tej stopnji je po navadi potrebna zelo velika in stalna pomoč v vsakodnevnem funkcioniranju, pogosto tudi pomoč ena-na-ena, prilagojeni programi in več strokovnih obravnav hkrati (NICE, 2013; Zwaigenbaum idr., 2020). Posebej pomembne so prilagoditve na področju komunikacije, senzorne regulacije, vedenjske podpore in razvijanja osnovnih prilagoditvenih spretnosti.

Izrazito stopnjo opredelimo, kadar otrok samostojno zelo težko deluje v socialnem in učnem okolju, kadar je komunikacija močno omejena, kadar vedenjske in senzorne posebnosti pomembno ovirajo vključevanje ter kadar brez zelo velike in stalne podpore ne zmore zadostnega prilagajanja vsakdanjim zahtevam (Harrison in Oakland, 2020).

IN

A) Lažje izraženi primanjkljaji na področju vedenja, interesov in aktivnosti

Pri lažji stopnji so pogosto prisotni togi interesi, potreba po predvidljivosti, težji prehodi med dejavnostmi in stiska ob spremembah, vendar otrok ob ustrezni podpori spremembe še zmore. Rutina in posebni interesi ovirajo funkcioniranje predvsem v zahtevnejših ali manj strukturiranih situacijah. Senzorne posebnosti so lahko prisotne, vendar praviloma ne onemogočajo vključevanja (Keating idr., 2023; Tian idr., 2022).

B) Zmerno izraženi primanjkljaji na področju vedenja, interesov in aktivnosti

Pri zmerni stopnji rigidnost in ponavljajoča se vedenja pomembno vplivajo na vsakodnevno prilagajanje. Otrok kaže izrazite težave pri spremembah, prehodih, toleriranju drugačnega poteka dejavnosti ali odstopanju od pričakovanj. Interesi so bolj vsiljujoči, senzorne posebnosti bolj moteče, vedenjska stiska ob spremembah pa bolj očitna (Keating idr., 2023; Tian idr., 2022).

C) Težje izraženi primanjkljaji na področju vedenja, interesov in aktivnosti

Pri težji stopnji so rigidnost, stiska ob spremembah, ponavljajoča se vedenja in senzorne posebnosti tako izraziti, da pomembno omejujejo otrokovo vključevanje v večino dejavnosti. Prehodi so zelo težki, spremembe lahko sprožijo visoko stisko, izbruhe ali umik. Interesi in senzorno vedenje lahko prevzamejo velik del otrokovega delovanja, zato sta potrebna zelo intenzivna podpora in visoko strukturirano okolje (Zwaigenbaum idr., 2020; NICE, 2013).

Na podlagi oblikovanih stopenj so lahko otroci z avtističnimi motnjami opredeljeni v devet možnih kombinacij in sicer: 1A, 1B, 1C, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B in 3C.

Številka označuje stopnjo primanjkljajev na področju socialne komunikacije in socialne interakcije, **črka** pa stopnjo primanjkljajev na področju vedenja, interesov in aktivnosti.
Na primer: 1A pomeni, da gre za lažje izražene primanjkljaje na področju socialne komunikacije in socialne interakcije ter lažje izražene primanjkljaje na področju vedenja, interesov in aktivnosti.

2.4 Opredelitev ob upoštevanju medicinske, psihološke, specialnopedagoške, socialnopedagoške in logopedske diagnostike

Komisije za usmerjanje opredelijo stopnjo izraženosti primanjkljajev in potrebno podporo za otroke z avtističnimi motnjami na podlagi dokumentacije, iz katere je razviden izpeljan diagnostični proces. Diagnostični postopek izpelje multidisciplinarni tim strokovnjakov s področja duševnega zdravja in razvoja otrok, ki imajo izkušnje in znanja s področja diagnostike avtističnimi motenj. V timu sodelujeta zdravnik ustrezne specialnosti, na primer specialist otroške in mladostniške psihiatrije, razvojni pediater, pediater ter klinični psiholog, ki imata izkušnje s področja diagnostike avtističnih motenj. Po potrebi in glede na dodatno individualno ugotovljene težave se v diagnostični postopek vključujejo tudi drugi strokovnjaki, na primer specialnorehabilitacijski pedagog, socialni pedagog, delovni terapevt, logoped in drugi. Diagnostični postopek temelji na klinični presoji, razvojni anamnezi, opazovanju otroka in

uporabi standardiziranih diagnostičnih instrumentov. Diagnoze ni mogoče postaviti zgolj na podlagi posameznih vedenjskih značilnosti ali opažanj šole oziroma staršev, temveč je zanjo potrebna celostna strokovna klinična presoja (NICE, 2021; American Psychiatric Association, 2022; Yu idr., 2023; World Health Organization, 2024).

3 OPREDELITEV FUNKCIONIRANJA OTROKA NA POSAMEZNIH PODROČJIH

3.1 Kognitivno področje

Pri otrocih z avtističnimi motnjami je kognitivno funkcioniranje pogosto neenakomerno, zato učnih potreb ni mogoče presojati zgolj na podlagi splošnih intelektualnih sposobnosti. Avtistične motnje se lahko pojavljajo s pridruženo intelektualno manjzmožnostjo ali govorno-jezikovnimi težavami ali brez njih, zato so učne potrebe zelo raznolike tudi pri otrocih s povprečnimi ali nadpovprečnimi intelektualnimi sposobnostmi (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2024). Ključno je presojati, kako otrok svoje sposobnosti uporablja v realnih učnih in socialnih situacijah, zlasti na področju pozornosti, spomina, izvršilnih funkcij, govora in jezika, hitrosti obdelave informacij in samouravnavanja. Vzgojno-izobraževalne potrebe izhajajo predvsem iz načina funkcioniranja in njegovega vpliva na učenje, organizacijo dela ter vključevanje v šolsko okolje (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2013).

Pogosto je prisoten izrazito neenakomeren profil sposobnosti, kjer lahko otrok dobro obvlada deklarativno znanje, težje pa ga uporablja funkcionalno, razume abstraktne ali implicitne informacije ter znanje prenaša v nove situacije (Duncan in Bishop, 2015). Potrebuje več konkretizacije, vizualne podpore in strukturiranja učne snovi. Pogoste so težave z usmerjanjem in vzdrževanjem pozornosti, zlasti v manj strukturiranih okoljih, ter z delovnim spominom in sledenjem večstopenjskim navodilom. Izvršilne funkcije so pogosto oslabljene, kar se kaže v težavah pri načrtovanju, organizaciji, prilagajanju spremembam in samouravnavanju (Pudło idr., 2025). Prisotna je lahko tudi upočasnjena hitrost obdelave informacij ter izrazita občutljivost na časovni pritisk.

Na govorno-jezikovnem področju se pri otrocih z avtističnimi motnjami kažejo težave pri razumevanju kompleksnih navodil, abstraktnega jezika in prenesenih pomenov, kar vpliva na bralno razumevanje in učenje (American Psychiatric Association, 2022; American Psychological Association, n. d.). Učna motivacija je pogosto omejena na specifične interese, ob neuspehu pa se lahko pojavita frustracija in znižana vztrajnost. Zaradi neskladja med kognitivnimi potenciali in dejanskim funkcioniranjem otroci z avtističnimi motnjami pogosto potrebujejo prilagoditve in dodatno podporo tudi ob povprečni ali nadpovprečni inteligentnosti (Duncan in Bishop, 2015; NICE, 2013).

3.2 Telesno in senzorno področje ter področje gibalnih zmožnosti

Pri otrocih z avtističnimi motnjami so lahko prisotne posebnosti na telesnem, senzornem in gibalnem področju, ki pomembno vplivajo na njihovo delovanje v vzgojno-izobraževalnem procesu. Pogoste so senzorne razlike, ki se kažejo kot preobčutljivost ali zmanjšana odzivnost

na različnih področjih zaznavanja kot na primer na tipnem, položajnem, ravnotežnem, slušnem, vidnem in vohalnem področju ter kot izrazit interes za določene senzorne vidike okolja. Prisotne so lahko tudi razlike v zaznavanju notranjih telesnih stanj, kar vpliva na prepoznavanje lakote, žeje, bolečine, utrujenosti ter na razumevanje in uravnavanje čustev. Senzorne posebnosti so pogosto povezane z zaznavanjem telesa skozi dotik in gibanje, kar vpliva na razvoj telesne sheme, načrtovanje gibanja, raven aktivacije in učno učinkovitost (American Psychiatric Association, 2022; Ayres, 2005; World Health Organization, 2024).

Na gibalnem in motoričnem področju se lahko kažejo posebnosti v mišičnem tonusu, drži, koordinaciji, ravnotežju in usklajevanju gibov ter zmanjšana natančnost in kontrola gibanja. Pogoste so tudi težave pri oblikovanju idej, načrtovanju in izvajanju gibov, kar se odraža v izzivih na področju grobe in fine motorike, vključno z grafomotoriko in pisanjem. Otroci imajo lahko nižjo telesno vzdržljivost in povečano utrudljivost, zlasti ob večji senzorični obremenitvi, kar vpliva na tempo dela in potrebo po pogostejših odmorih (Fournier idr., 2010).

Opisane posebnosti se v šolskem okolju lahko odražajo kot omejitve pri vključevanju v gibalne in praktične dejavnosti, težave pri vzdrževanju pozornosti in sodelovanju ter pri organizaciji in izvedbi nalog. Prisotni so lahko izzivi pri orientaciji v prostoru, samostojnem gibanju in sledenju poti. V senzorno obremenjujočem okolju se lahko pojavijo vedenjski odzivi, kot so umik, izogibanje, čustveni odzivi ali iskanje dodatnih dražljajev, pa tudi motorični nemir. Navedene značilnosti lahko pomembno vplivajo na učno učinkovitost in počutje otroka ter utemeljujejo potrebo po prilagojenem okolju, strukturirani podpori in ustreznih razbremenitvah (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2024).

3.3 Socialno-čustveno področje

Pri otrocih z avtističnimi motnjami so prisotne specifične razvojne značilnosti, ki pomembno vplivajo na socialno vključevanje, komunikacijo ter prilagajanje zahtevam okolja. Pogoste so težave na področju verbalne in neverbalne komunikacije, zlasti pri razumevanju razkoraka med izrečenim, neverbalnimi znaki in kontekstom. Zaradi dobesednega razumevanja jezika imajo otroci z avtističnimi motnjami težave pri razumevanju metafor, humorja, ironije in socialnega jezika (Žiberna idr., 2013). Socialne interakcije redko vzpostavljajo samoiniciativno, njihova zmožnost vživljanja v druge ter razumevanja misli, namenov in čustvenih stanj drugih je omejena, kar lahko vodi v nerazumevanje socialnih situacij in zaplete v komunikaciji.

Otroci z avtističnimi motnjami imajo pogosto težave pri razumevanju socialnih pravil, vlog in pričakovanj, zato težje vzpostavljajo, razvijajo in vzdržujejo razvojno ustrezne medosebne odnose (Rogič Ožek, 2014). Njihova socialna nespretnost se lahko navzven kaže kot neupoštevanje osebnega prostora, neodzivnost na socialne namige ali neustrezno vodenje pogovora, kar lahko vodi v nesprejetost med vrstniki, socialno izolacijo ter povečano tveganje za izključevanje. Pogosto doživljajo osamljenost in negotovost.

Na čustvenem področju se kažejo posebnosti v doživljanju, prepoznavanju, izražanju in uravnavanju čustev. Čustva so lahko doživeta intenzivneje, manj diferencirano ali kot nejasno notranje nelagodje, izražena pa na socialno manj pričakovane načine (npr. umik, izbruhi, ponavljajoča vedenja). Težave na področju samouravnavanja povečujejo dovzetnost za doživljanje stresa, frustracij in vplivajo na slabše prilagajanje spremembam, kar lahko ponovno

pripelje do doživljanja stresa. Vedenjski odzivi otrok z avtističnimi motnjami niso namerni ali manipulativni, temveč predstavljajo način spoprijemanja s preobremenitvijo ali notranjo stisko (Rogič Ožek, 2014).

Navedene značilnosti pomembno vplivajo na socialno-čustveno funkcioniranje, samopodobo ter občutek pripadnosti. Otroci z avtističnimi motnjami potrebujejo strukturirano, predvidljivo in podporno okolje ter ciljno usmerjeno podporo pri razvoju socialnih veščin, čustvenega samouravnavanja in vključevanja v vrstniške odnose (Rogič Ožek, 2014).

3.4 Samostojnost in skrb zase v šolskem prostoru

Pri otrocih z avtističnimi motnjami so na področju samostojnosti in skrbi zase pogosto prisotne težave, ki izhajajo iz primanjkljajev na področju socialne komunikacije, izvršilnih funkcij, senzornega procesiranja ter potrebe po strukturi in predvidljivosti. Te posebnosti se kažejo v manjši samostojnosti pri šolskih in vsakodnevnih opravilih, kot so priprava na pouk, uporaba učnih gradiv in organizacija dela. Otroci z avtističnimi motnjami se težje prilagajajo novim ali nepredvidljivim situacijam, spremembam dnevne rutine in prehodom med dejavnostmi, zato so pogosto odvisni od jasno strukturiranega okolja in zunanjih usmeritev (Žiberna, Rogič Ožek, Filipčič Mrak, 2013).

Zaradi oslabljenih izvršilnih funkcij imajo pogosto težave pri načrtovanju, organizaciji časa, začetku naloge, vztrajanju in zaključevanju dejavnosti ter razumevanju zaporedja korakov (Jurišić, 2016). Pogosto potrebujejo postopno in strukturirano uvajanje pripomočkov ter podporne tehnologije. Izzivi se kažejo tudi pri orientaciji in samostojnem gibanju v šolskem prostoru, zlasti v manj strukturiranih okoliščinah, kot so odmori ali dnevi dejavnosti.

Na področju skrbi za lastne potrebe se lahko pojavljajo težave pri osebni higieni in zaznavanju telesnih signalov. Zaradi senzorne občutljivosti so lahko higienski postopki neprijetni, kar vodi v odpor ali izogibanje. Oslabljena interocepcija prispeva k slabšemu zaznavanju lakote, žeje, potrebe po počitku ali gibanju. Navedene značilnosti vplivajo na otrokovo vključenost, vztrajnost in učinkovitost v šolskem okolju ter povečujejo odvisnost od pomoči odraslih ali vrstnikov, kar utemeljuje potrebo po prilagoditvah in sistematični podpori pri razvijanju samostojnosti.

3.5 Zmožnost sodelovanja, pariticipacije in prilagajanja zahtevam vzgojno-izobraževalnega okolja

Pri otrocih z avtističnimi motnjami se na področju sodelovanja in prilagoditvenih spretnosti kažejo pomembni odkloni v prilagoditvenem vedenju, ki vplivajo na njihovo vključevanje, sodelovanje in vztrajanje v vzgojno-izobraževalnih dejavnostih ter na prilagajanje učnim in socialnim zahtevam okolja. Odkloni se pojavljajo na konceptualnem, socialnem in praktičnem področju (Harison in Oakland, 2020).

Na konceptualnem področju so prisotne posebnosti v funkcionalni uporabi znanja, sporazumevanju in samouravnavanju. Značilen je neenakomeren razvoj znanj in spretnosti, pri čemer lahko otrok izkazuje dobra specifična znanja, a ima težave pri njihovem prenosu in uporabi v novih situacijah. Razumevanje je pogosto konkretno in dobesedno, prisotne so težave pri organizaciji dela, načrtovanju, sledenju nalogam in njihovem zaključevanju ter zmanjšana

vztrajnost pri manj interesnih dejavnostih. Na področju sporazumevanja se kažejo težave v razumevanju jezika, pragmatični rabi jezika ter omejena dvosmerna komunikacija, kar otežuje sledenje kompleksnejšim navodilom. Samouravnavanje je pogosto oslabljeno, z izraženimi čustvenimi in vedenjskimi odzivi ob frustracijah, spremembah ali neuspehu ter z večjo potrebo po strukturi in zunanji podpori (Harison in Oakland, 2020).

Na socialnem področju so prisotne težave pri vključevanju v skupino, sodelovanju v skupinskih dejavnostih in vzpostavljanju vrstniških odnosov. Otroci z avtističnimi motnjami pogosto težje razumejo socialna pravila, vloge in perspektivo drugih, njihovi socialni odzivi pa so lahko umaknjeni ali neustrezni. V prostem času so interesi pogosto ozko usmerjeni, kar omejuje fleksibilnost pri izbiri dejavnosti in vključevanju v manj strukturirane oblike igre (Rogič Ožek, 2014).

Na praktičnem področju se odkloni kažejo v zmanjšani samostojnosti v šolskem okolju, težavah pri upoštevanju dnevne rutine, pravil, urnika ter pri prehodih med dejavnostmi. Pogoste so senzorne posebnosti in neustrezni odzivi na nove ali manj strukturirane situacije, zlasti pri dejavnostih zunaj šole. Navedene značilnosti utemeljujejo potrebo po jasno strukturiranem, predvidljivem okolju, vizualni podpori, postopnem uvajanju sprememb in stalni podpori pri vključevanju in sodelovanju (Rogič Ožek idr., 2025).

4 PODPORNO ORGANIZACIJSKI VIDIKI

Otroci z avtističnimi motnjami potrebujejo jasno strukturirano, predvidljivo in senzorno prilagojeno učno okolje, ki podpira njihovo razumevanje, učno učinkovitost in čustveno varnost (NICE, 2013; American Psychiatric Association, 2022). Učno delo naj poteka po jasnem zaporedju, z vnaprejšnjo napovedjo dejavnosti in prehodov. Navodila morajo biti kratka, konkretna in podana po korakih, ob tem pa podprta z vizualnimi oporami (npr. vizualni urniki, postopkovniki, kontrolni seznami) ter rednim preverjanjem razumevanja (Rogič Ožek, idr., 2025).

Zaradi težav na področju pozornosti, delovnega spomina in izvršilnih funkcij je pomembno razdeljevanje nalog na manjše enote, prilagoditev tempa dela ter omogočanje dodatnega časa za izvedbo. Učno okolje naj bo čim manj senzorno obremenjujoče, z možnostjo umika v miren prostor ter vključevanjem kratkih odmorov ali senzoričnih razbremenitev. Informacije je smiselno podajati na več načinov (ustno, pisno, vizualno), znanje pa načrtno prenašati v nove situacije z vodenjem in dodatno razlago (Rogič Ožek idr., 2025).

Na področju jezika in komunikacije je potrebna uporaba jasnega, nedvoumnega jezika ter razlaga abstraktnih ali večpomenskih pojmov. Otroci z avtističnimi motnjami socialne in komunikacijske spretnosti praviloma usvajajo z neposrednim, strukturiranim učenjem, modeliranjem, uporabo primerov socialnih situacij ter postopnim prenosom veščin iz individualnih v skupinske in naravne situacije. Pomembno je tudi sistematično razvijanje čustvenega zavedanja, samouravnavanja in ustreznih vedenjskih odzivov ob stresu, frustracijah ali spremembah (Rogič Ožek idr., 2025).

Za podporo samostojnosti in skrbi zase so ključni jasna rutina, vizualni opomniki, razčlenjevanje opravil ter postopno zmanjševanje pomoči odraslih. Otrokom z avtističnimi motnjami je treba omogočiti učenje uporabe učnih pripomočkov, podporne tehnologije ter podporo pri orientaciji in varnem gibanju v šolskem prostoru (Jurišić, 2016). S prilagoditvami, pozitivnim pristopom, upoštevanjem otrokovih interesov ter doslednim in predvidljivim odzivanjem okolja krepimo otrokovo motivacijo, samopodobo, občutek varnosti ter uspešnejše vključevanje v učno in socialno okolje (Rogič Ožek idr., 2025).

5 DOLOČITEV IN UTEMELJITEV VSTOPNE TOČKE

Otrok se usmeri kot otrok z avtističnimi motnjami, ko:

- je v diagnostičnem postopku z diferencialno diagnostiko opredeljen kot otrok z avtističnimi motnjami;
- so težave na področju socialne komunikacije in interakcije, vedenja, prilagajanja in senzorne občutljivosti tako izrazite, da v šolskem okolju brez prilagoditev in dodatne strokovne pomoči ne zmore ustrezno funkcionirati;
- je bil v primeru blagih odklonov na področju socialne komunikacije in socialne interakcije in blagih odklonov na področju vedenja, interesov in aktivnosti s strani šole izveden stopenjski model podpore in pomoči in se je dobra inkluzivna poučevalna praksa izkazala za nezadostno.

Stopenjski model podpore in pomoči pri blagih odklonih na področju primanjkljajev, značilnih za otroke z avtističnimi motnjami zajema:

- izvajanja diferenciacije, individualizacije in personalizacije pri vzgojno-izobraževalnem delu in prizadevanje za vzpostavitev pomembnega odnosa, strukturirano poučevanje, omejitev dražljajev, napovedovanje sprememb, preverjanje razumevanja navodil in pričakovanj, prilagojena jasna komunikacija okrepljena z vizualnimi pomagali in preverjanjem razumevanja ter podpora pri socialni komunikaciji in interakciji z vrstniki v začetni stopnji;
- vključitev svetovalnega delavca za podporo in pomoč otroku, učitelju razredniku in učiteljskemu zboru ter intenzivno sodelovanje s starši;
- vključitev zunanjih strokovnjakov za podporo in pomoč otroku, šoli in družini.

6 POJASNITEV IZLOČITVENIH KRITERIJEV

Otrok se ne usmeri, kot otrok z avtističnimi motnjami, ko:

- izkazuje le blage odklone na področju socialne interakcije in socialne komunikacije in blago izražene posebnosti na področju vedenja, interesov in aktivnosti;
- ima dobro razvite prilagoditvene spretnosti;
- ob ustrezni inkluzivni poučevalni praksi in izvajanju modela stopnjevanja podpore otrok primanjkljaje uspešno premaguje.

Ob tem je pomembno opozoriti na čezmerno senzorno, čustveno, socialno in kognitivno izčrpanost otrok, ki se pogosto ne pokaže takoj oz. se pokaže v domačem okolju ali kasneje,

zlasti v višjih razredih, ko se zahteve povečajo. V takšnih primerih je smiselno ponovno razmisliti o potrebi po dodatni podpori in usmerjanju.

7 SMERNICE ZA ODLOČANJE GLEDE PREVERJANJA USTREZNOSTI USMERITVE

Ko je zaradi izraženih primanjkljajev in/ali pridruženih motenj potreba po podpori in pomoči povečana ter se pričakuje morebitne težave pri usvajanju učnih vsebin in vključevanju v vzgojno-izobraževalno okolje, se preverjanje ustreznosti usmeritve opredeli v krajšem časovnem obdobju (eno leto). Preverjanje na nivoju osnovnošolskega izobraževanja se po potrebi predlaga ob zaključku posameznega vzgojno-izobraževalnega obdobja.

8 KRITERIJI ZA DOLOČITEV SPREMLJEVALCA

Kadar je otrok opredeljen kot otrok z lažjimi primanjkljaji na področju socialne komunikacije in interakcije in hkrati kot otrok z lažjimi primanjkljaji na področju vedenja interesov in aktivnosti, praviloma zmore funkcionirati brez pomoči spremljevalca.

V primeru vseh drugih opredelitev potrebuje v vzgojno-izobraževalnem procesu podporo in pomoč spremljevalca. Torej v primeru opredelitev 1A ne potrebuje spremljevalca, medtem ko v primerih usmeritve 1B, 1C, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B in 3C pomoč in podporo spremljevalca potrebuje.

8.1 Spremljevalec v programu s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo

Potreba po spremljevalcu je strokovno utemeljena v primerih, ko otrok zaradi izrazitih in vztrajajočih primanjkljajev na področju komunikacije, socialne interakcije, vedenjskega in čustvenega samouravnavanja ter prilagoditvenega funkcioniranja kljub ustreznim prilagoditvam in strokovni podpori ne zmore varnega, stabilnega, aktivnega in smiselnega vključevanja v vzgojno-izobraževalni proces brez stalne individualizirane podpore odrasle osebe. Spremljevalec je posebej potreben, kadar otrok izkazuje trajno odvisnost od individualne podpore pri sledenju dnevni rutini, razumevanju in izvajanju navodil, organizaciji dela, funkcionalni komunikaciji, vključevanju v učni proces, zadovoljevanju osnovnih potreb ali pri uravnavanju vedenja in čustvenih odzivov oziroma kadar brez neposredne podpore ne zmore varnega funkcioniranja v skupini (Werdonig in Žiberna, 2020).
Vloga spremljevalca je zagotavljanje individualizirane podpore pri vključevanju otroka v vzgojno-izobraževalni proces ob hkratnem sistematičnem spodbujanju razvoja samostojnosti. Spremljevalec sodeluje pri podpori otroku pri vključevanju v pouk in druge dejavnosti, pri socialnem vključevanju med odmori in nestrukturiranem času, pri učenju socialnih veščin in spretnosti, orientaciji v času in prostoru, prehodih med dejavnostmi, uravnavanju vedenja in čustev, obvladovanju kriznih situacij ter po potrebi pri skrbi za osnovne življenjske potrebe, vse v skladu z navodili strokovnih delavcev vzgojno-izobraževalne ustanove in v skladu z individualiziranim programom učenca (Werdonig in Žiberna, 2020).

8.2 Spremljevalec skupine v prilagojenih programih

Potreba po spremljevalcu skupine v prilagojenih programih je strokovno utemeljena v primerih, ko posamezni otrok samostojno sicer ne izkazuje takšne stopnje primanjkljajev, da bi potreboval

individualnega spremljevalca, vendar skupna struktura oddelka zaradi več otrok s pomembnimi primanjkljaji na področju komunikacije, socialne interakcije, vedenjskega in čustvenega samouravnavanja, prilagoditvenega funkcioniranja ali samostojnosti pomembno presega zmožnosti enega strokovnega delavca za zagotavljanje varnega, strukturiranega in učinkovitega izvajanja vzgojno-izobraževalnega procesa.

Vloga spremljevalca skupine v prilagojenih programih je zagotavljanje dodatne podpore pri izvajanju vzgojno-izobraževalnega procesa v oddelku, pri usmerjanju, strukturiranju in podpori, ob hkratnem sistematičnem spodbujanju razvoja samostojnosti posameznih otrok. Spremljevalec skupine v prilagojenih programih sodeluje pri vključevanju otrok v pouk in druge dejavnosti, pri socialnem vključevanju med odmori in v nestrukturiranem času, pri učenju socialnih veščin in spretnosti, orientaciji v času in prostoru, prehodih med dejavnostmi, uravnavanju vedenja in čustev, obvladovanju kriznih situacij ter po potrebi pri skrbi za osnovne življenjske potrebe otrok, vse v skladu z navodili strokovnih delavcev vzgojno-izobraževalne ustanove ter skladno z individualiziranimi programi posameznih otrok (Werdonig in Žiberna, 2020).

Viri in literatura

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR).

American Psychological Association (n. d.). *Autism spectrum disorder*. Pridobljeno 22. aprila 2026 s https://www.apa.org/topics/autism-spectrum-disorder

Ayres, A. J. (2005). *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges* (25th anniversary ed.). Western Psychological Services.

Duncan, A. W., Bishop, S. L. (2015). Understanding the gap between cognitive abilities and daily living skills in adolescents with autism spectrum disorders with average intelligence. *Autism, 19*(1), 64–72. https://doi.org/10.1177/1362361313510068

Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., Cauraugh, J. H. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: A synthesis and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(10), 1227-1240. https://doi.org/10.1007/s10803-010-0981-3

Harison, P. L., Oakland, T. (2020). *Sistem za ocenjevanje prilagoditvenega vedenja, tretja izdaja (ABAS-3). Priročnik*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.

Hodis, B., Zamfir, O. (2025). Autism spectrum disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Jurišić, B. D. (2016). *Otroci z avtizmom – priročnik za učitelje in starše*. Ljubljana: Izobraževalni center Pika, Center Janeza Levca.

Keating, J., Hickey, A., Leung, J., Victor, S., Rodgers, J. (2023). Restricted and repetitive behaviors and their developmental correlates in early childhood: A narrative review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

National Institute for Health and Care Excellence (2011/2017/2021). *Autism spectrum disorder in under 19s: Recognition, referral and diagnosis (CG128)*. NICE.

National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management (CG170)*. NICE.

Olson, L., Morrier, M. J., Hess, K. (2024). Differential diagnosis of autism and other neurodevelopmental disorders. *Pediatric Clinics of North America*.

Pudło, M. P., Rymarczyk, K., Starowicz, A., Pisula, E. (2025). Intelligence and executive functioning in adolescence: Comparing autism spectrum disorder and typical development. *Frontiers in Psychology, 16*, Article 1733356. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1733356

Rogič Ožek, S. (2014). 14. poglavje Otroci z avtističnimi motnjami, 9. podpoglavje Načini, strategije in metode dela z otroki z avtističnimi motnjami, str. 1–28. V: *Delo z otroki s posebnimi potrebami, učnimi težavami in posebej nadarjenimi učenci*. Maribor: Založba Forum Media.

Rogič Ožek, S., Cesar, M., Jekovec Prešern, E., Ponebšek, K., Štefanec Vaupotič, M., Turk Haskić, A., Košnik, P., Žunič, D., Žnidar, S. (2025). *Podpora učencem z avtističnimi motnjami.* Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo. https://www.zrss.si/wp-content/uploads/2025/12/Podpora_ucencem_z_avtisticnimi_motnjami.pdf

Tian, J., Zhai, J., Fan, X., Du, Y., Zhang, J. (2022). Repetitive restricted behaviors in autism spectrum disorder: From neurobiology to clinical manifestations. *Psychiatry Investigation, 19*(3), 169–181.

Yu, Y., Bradley, C., McPartland, J. C. (2023). Assessment of autism spectrum disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 25*(1), 1–15.

Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., et al. (2020). Caring for children with autism spectrum disorder: A practical resource toolkit. American Academy of Pediatrics.

Werdonig, A., Žiberna, E. (2020). *Strokovne podlage: Asistent za otroke z avtističnimi motnjami v času vključenosti v vzgojo in izobraževanje.* Neobjavljeno gradivo.

World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization.

Žiberna, E., Rogič Ožek, S., Filipčič Mrak, T. (2013). Otrok z motnjo avtističnega spektra v osnovni šoli. V: *Komunikacija 4*(2), str. 19–28.

Žiberna, E., Rogič Ožek, S., Filipčič Mrak, T., Werdonig, A., Kuhar, D., Švaglič, M., idr. (2013). *Strokovne podlage za izvajanje vzgojno-izobraževalnega dela z otroki z motnjami avtističnega spektra v osnovni šoli.* Neobjavljeno gradivo.

Ti kriteriji se objavijo na spletni strani Zavoda RS za šolstvo in začnejo veljati ter uporabljati z dnem 20. 11. 2026.

V Ljubljani, dne:

Zavod RS za šolstvo

Jasna Rojc, direktorica

JASNA ROJC

Digitally signed by JASNA ROJC
DN: c=SI, st=Slovenija, 2.5.4.97=VATSI-43696767, o=ZAVOD REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ŠOLSTVO, sn=ROJC, givenName=JASNA, cn=JASNA ROJC, serialNumber=2525307816027
Date: 2026.11.09 14:59:29 +01'00'

V Ljubljani, dne:

Ministrstvo za izobraževanje, znanost in mladino

Soglasje: Dr. Borut Rončević, minister

DOKUMENT JE ELEKTRONSKO PODPISAN!
Podpisnik: Borut Rončević
Izdajatelj certifikata: SI-PASS-CA
Številka certifikata: 00C97B22BF0000000057
Potek veljavnosti: 11. 06. 2031
Čas podpisa: 17. 11. 2026 16:00
Št. dokumenta: 6034-78/2026-3370-2