

Taletrening for barn født med leppe-kjeve-ganespalte: Noen myter, fakta, råd og tips.

Logopedene i team for leppe-kjeve-ganespalte (Spalteteamet) ved Bredtvet kompetansesenter har kontakt med logopeder fra hele landet, og har stor respekt for alle dere som sitter ganske alene der ute og forventes å være allvitende logopeder for mange små i store distrikter. Vi har dessverre ikke et fasitsvar på hvordan logopedisk oppfølging av barn født med spalte skal foregå, men vi håper med denne artikkelen å bidra med fakta om LKG, avlive noen myter samt bidra med noen nyttige råd og tips.

Leppe-kjeve-ganespalte (LKG) er knapt et tema i logopedutdanningen i Norge, og de fleste logopeder møter få barn med denne misdannelsen. Likevel vil mange møte noen, og hva gjør man da? Vi opplever at mange logopeder, både nyutdannede og mer erfarne, da kan føle seg usikre. I samråd med Norsk Tidsskrift for Logopedi vil vi derfor skrive litt om temaet.

Spaltebehandling i Norge

Spaltebehandlingen i Norge er lovbestemt sentralisert til to team; Bergensteamet og Oslosteamet. Teamene har blant annet plastikk-kirurger, kjeveortopeder, logopeder og psykologer, og samarbeider tett.

Teamene møter barn født med ganespalte flere ganger i førskolealder og noe sjeldnere når de blir eldre. Tidlig informasjon er svært viktig for å trygge foreldrene (Flaa, 1998), og begge teamene har kontakt med foreldrene like etter fødsel. Alle barn følges rutinemessig til de er minst 16 år.

Spaltetyper og talevansker Forskjellige typer spalte

Vi kan grovt sett skille mellom 3 hovedtyper spalte; leppe-kjevespalte, isolert ganespalte, og leppe-kjeve-ganespalte. En leppe-kjevespalte går gjennom leppen og noen ganger kjeven på den ene eller begge sider. En isolert ganespalte deler ganen bak fra drøvelen og i varierende grad framover i den bløte og noen ganger også den harde gane. En leppe-kjeve-ganespalte (totalspalte) går gjennom leppe, kjeve og gane.

En spalte kun i leppe og kjeve forventes å ha liten eller ingen påvirkning på utvikling av tale. Barn med denne spaltetypen innkalles ikke rutinemessig til logoped, men følges opp jevnlig av kirurg, kjeveortoped og psykolog.

En spalte i ganen, med eller uten leppe-kjevespalte, kan få betydning for mating, tale og hørsel, foruten utseende. Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom spaltetype og grad av talevansker, men store brede spalter kan være en kirurgisk utfordring og noen ganger føre til fistler (restspalter). Dette

kan få konsekvenser for talen i form av for eksempel nasalt luftutslipp.

Barn født med spalte i ganen klarer ikke å danne nødvendig vakuum slik at de kan få godt nok tak i bryst eller flaske og suge selv. De må derfor oftest mates med spesialflaske som er myk, slik at man kan trykke på den for å få melk i barnet.

Hørselen påvirkes ofte hos barn født med ganespalte. Det dannes væske i mellomørene hos alle mennesker, og væsken dreneres via øretrompeten ned i svelget når vi gjesper, tygger og lignende. Dette skyldes en muskel som går mellom den bløte gane (ganesilet) og siden på øretrompeten. Når det er, eller har vært, en ganespalte kan denne fungere for dårlig, slik at øretrompeten ikke åpnes ofte nok og luffer ut øret. Da kan det samle seg væske i mellomøret (sekretorisk otitt). Væske og mangel på luft i mellomøret kan skape undertrykk og eventuelt inndratt trommehinne. Dette fører som regel til et mekanisk hørselstap og behandles enkelt med



Ragnhild Aukner

Logoped UiO 1997, mastergrad 2005 med oppgave om språkforståelse hos barn født med LKG. Ansatt på Bredtvet kompetansesenter, team for leppe-kjeve-ganespalte siden 1997.

e-post: ragnhild.aukner@statped.no



Tone Særvold

Mastergrad i spesialpedagogikk med fordypning i logopedi, UiO (2005). Masteroppgave om språkforståelse hos barn født med LKG. Ansatt på Bredtvet kompetansesenter, team for leppe-kjeve-ganespalte siden 2005.

e-post: tone.sarvold@statped.no

ventilasjonsrør (dren) i trommehinna. Det er svært viktig at barn født med ganespalte undersøkes jevnlig (minst 2 ganger årlig) hos øre-nese-hals-lege i førskolealder for at de skal få rask behandling ved behov. Barna får ikke smerter eller feber ved denne typen problematikk. De fleste vokser problemet av seg i løpet av de første skoleårene eller før.

Kan barnet ha språkvansker og/eller andre vansker?

Barn som er født med spalte er ikke fritatt for andre vansker, som for eksempel spesifikke språkvansker, men disse har ikke nødvendigvis noen sammenheng med spalten. Det er en myte at barn født med LKG har svært forsinket språkutvikling. Det er forsket relativt lite på språk- og leseutvikling hos denne gruppen, men flere logopeder i spalteteamet i Oslo har skrevet hovedfags- og masteroppgaver om temaet og funnet at vår gruppe klarer seg like godt som andre barn hva gjelder språk og lesing/skriving (Aukner, 2005; Særvold, 2005; Tørdal, 1994). Dette støttes også av nyere forskning (Collett et al., 2010).

Hos en del barn er spalten en av flere misdannelser, eller den kan være del av et syndrom. Det er oftest isolert ganespalte eller skjult ganespalte som inngår i syndromer, og det vanligste syndromet er VCFS (velocardiofacialt syndrom), også kalt 22q11.2 delesjonssyndrom, tidligere DiGeorge syndrom. Dette er tidligere omtalt i Logopeden av Inger Lise Sæther (Sæther, 2007).

Forskjellige typer talevansker

Det er først og fremst to typer talevansker som kan oppstå: Nasalitet og spalterelaterte artikulasjonsvansker.

Nasalitet

Nasalitet kan deles i to hovedtyper; hypernasalitet og hyponasalitet. I tillegg oppstår noen ganger en blandingsform, kalt mixta nasalitet.

Hypernasalitet vil si at det kommer for mye luft ut nesen når man snakker. *Hyponasalitet* betyr at det kommer for lite luft ut nesen, dvs. at man høres tett ut som ved forkjølelse. Sistnevnte kan forekomme hos barn født med LKG pga. bl.a. skjev neseskillevegg, avflatet nese eller en innsnevring et sted i nese eller svelg.

Hypernasalitet er den nasaliteten som gjerne forbindes med ganespalte. Noen barn kan i tillegg til denne spesielle klangen også ha hørbart nasalt luftutslipp eller en skurrelyd, kalt nasal turbulens, i sin tale. Turbulens kan oppstå når barnet bare har en liten luftlekkasje opp mot nesen ved fonasjon. Et annet symptom på luftlekkasje til nesen er trykksvake plosiver i talen, gjerne på en slik måte at en /b/ ligner på /m/, dvs. at den går over mot en nasal.

Utredning av nasalitet gjøres i spalteteamet av logoped og øre-nese-hals-lege, og består av perseptuell vurdering og nasoendoscopi-undersøkelse. I noen tilfeller brukes også videofluoroscopi i samarbeid med røntgenlege på Rikshospitalet. Målet for utredningen er å finne ut om nasaliteten skyldes organisk velopharyngeal insuffisiens, VPI, (manglende lukke mellom munn og nesehule ved tale), eller om den er funksjonell, dvs. lært. VPI hos barn skyldes som regel for kort gane (Peterson-Falzone et al., 2006), og i slike tilfeller vurderes kirurgi sammen med spalteteamets kirurg. Dette gjelder ca. 15-20% av barna. Noen ganger viser de instrumentelle undersøkelsene at barnet klarer å få til tilfredsstillende lukke opp mot nesen ved tale. Det nasale preget i talen vil da ofte henge sammen med feilartikulasjon, og må behandles som artikulasjonsavvik. For best mulig utredning av VPI bør barnet mestre noen plosiver. Vi kan ellers bli «durt» til å tro at det foreligger en VPI, mens problemet egentlig kan være at barnet bruker kun glottisstøt som erstatningslyd og ikke ser behovet for å bruke muskulaturen i gane og svelg.

Uttalevansker

Spalterelaterte uttalevansker kan grovt deles i to hovedgrupper: obligatorisk/passiv og kompensatorisk/aktiv. Mange barn kan ha litt av begge deler.



Obligatorisk/passiv handler om uttalevansker direkte relatert til VPI, og skyldes ikke at barnet gjør noe feil. Eksempler er når plosiver realiseres med svært dårlig lufttrykk, eller frikativer med mye nasalt luftutslipp, selv om artikuleringen er korrekt. Typisk for disse barna er at språklydene og ordene høres normalisert ut når man holder for nesen. Dette må oftest behandles kirurgisk.

Kompensatorisk/aktiv. Dette er spalterelaterte uttalevansker hvor barnet finner alternative språklyder eller alternative måter å uttale dem på. Dette skyldes ofte at disse lydene tidligere var vanskelige å uttale pga. spalten eller VPI, og at det er vanskelig å venne seg av med feilartikulasjonen. De mest vanlige eksemplene på slik artikulering er glottisstøt («harde ansatser») brukt som erstatning for plosiver, og aktiv nasal frikativ, dvs. at nesten all luft går ut nesen når man skal si /s/ eller /f/. Barn med slike artikuleringfeil kan virke svært hypernasale. Behandlingen består av artikuleringstrening for å få språklydene på plass. Det hypernasale preget i talen vil da avta eller forsvinne. Ber man disse barna holde for nesen kan de bli fortvilet fordi de blokker helt, dvs. de lukker munnen også og skjønner ikke hvordan de skal få luft eller lyd ut på noen måte. Barn med slike artikuleringfeil må ha logopedisk oppfølging for å lære korrekt artikuleringstidspunkt og måte.

I tillegg kan en del barn ha tilbaketrukket artikulering. Det vanligste er at de da erstatter /t/ med /k/ og /d/ med /g/. Disse barna trenger også logopedisk oppfølging.

Behandling/taletrening

Hva kan vi la være?

Oralmotorisk trening.

Den kjente spaltelogopeden Karen Golding-Kushner (2001) er klar på at «The only speech exercise is speech». Hun har derfor, ikke uventet, sterke synspunkter på blant annet oralmotoriske behandlingsmetoder, som hun mener oftest er unødvendig og «a total waste of time» for vår gruppe barn. I den sammenheng vil forfatterne presisere at dette gjelder for barn født med ganespalte uten andre diagnoser eller tilleggsvansker. Vi avviser ikke oralmotoriske behandlingsmetoder generelt, men vil understreke at det er bred enighet blant spaltelogopeder verden over om at blåseøvelser og oralmotorisk trening sjelden er nødvendig eller nyttig for ellers friske barn født med ganespalte. Noen av disse barna bruker riktignok få forskjellige konsonanter i sin tale, og har hyppig bruk av glottisstøt. Men selv om de ikke bruker artikulatoren tunge og lepper, betyr ikke det at de ikke er i stand til det, eller har styrke nok, men heller at de ikke skjønner poenget med det, da de produserer plosiver med stemmeleppene.

En huskeregel kan være at hvis barnet klarer å si /n/, har det også god nok oralmotorikk til å si t, d, s og l. Det bør da

jobbes med å styrke kontakten mellom artikulatoren, og ikke artikulatoren i seg selv.

Øvelser for gane- og svelgfunksjon.

Mange typer øvelser er prøvd, samt ising, massasje med mer. Dette har ingen effekt på talen, da muskulaturen jobber forskjellig ved tale og andre aktiviteter.

Blåseøvelser, suging, svelging osv. har heller ingen effekt på VPI i forhold til tale. Hvis et barn har behov for å lære å suge og å blåse, må det gjerne øve på dette. Men dette har ingenting med taletrening å gjøre. Derimot hender det vi anbefaler helt lett blåsing, helst med lyd på, for å bevisstgjøre oral luftstrøm. Man skal imidlertid ikke blåse for hardt for blåsingens skyld. Dette kan virke mot sin hensikt ved at svelgrommet åpnes opp og blir større. For å eksemplifisere, bruker Golding-Kushner (2001) selv et eksempel med at hvis man vil bli god til å spille piano må man gjøre fingerøvelser, ikke løfte vekter.

Apraksi-/dyspraksibehandling. En del barn med spalterelaterte artikuleringsvansker kan feildiagnostiseres med apraksi/dyspraksi, fordi de ser ut til å bruke taleapparatet svært lite funksjonelt. Det er utarbeidet flere taletreningprogrammer mtp. dyspraksi, og deler av disse kan benyttes dersom logopeden finner det hensiktsmessig i forbindelse med spalterelaterte talevansker.

Fonologisk behandling. Kompensatorisk artikulering består ofte av lyder som ikke er nevnt i fonologiske tester eller klassifiseringer. Barna kan ha non-orale lyder som lages i svelg og strupe. Dette er vansker med språklydproduksjonen, og har som regel ingen direkte sammenheng med fonologi eller språkutviklingen for øvrig, med mindre barnet også har språkvansker.

Tegnpråk/NMT. Bruk av tegnstøtte er omdiskutert i fagmiljøet. Ifølge Golding-Kushner (2001) er dette ikke taletrening, og bortkastet tid. Vår erfaring med norsk med tegnstøtte (NMT) er derimot god, og generelt mener vi at «virker det, så gjør det». Hva gjelder NMT/alternativ og supplerende kommunikasjon, bør man vurdere å sette i gang dette hvis et barn er forsinket i sin talespråkutvikling. Behovet for slik støtte er som regel midlertidig, men kan være en god hjelp slik at barnet får uttrykt seg og bli forstått. Vår erfaring er også at NMT brukes «klokt» der ute på veien mot et funksjonelt talespråk, også for våre barn.

Så, hva gjør vi? – Og når?

Det er en myte at barn født med LKG har behov for logopedisk oppfølging i årevis. Vår erfaring er at de fleste barn født med ganespalte lærer å snakke uten hjelp, men at noen vil ha behov for taletrening i perioder.

Barna skal imidlertid igjennom en del oppfølging og behandling generelt, og et av grunnprinsippene i behandlingsmodellen vår er det som kalles «the burden of care». Dette handler om at all behandling kan oppleves som en byrde, og at det er viktig at barna slipper unødvendig behandling.

En annen myte, igjen ifølge Golding-Kushner (1997), er at man må være spesialist i LKG for å arbeide med barn født med spalte. Dette stemmer ikke, men logopedene må vite hvordan tale produseres, og kunne det logopediske håndverket. Det vil si at logopedene blant annet må kunne forstå og ta i bruk tradisjonell artikuleringstrening i forhold til bevisstgjøring av artikuleringsssted- og måte, *samt bevisstgjøre på stemte/ustemte lyder og styring av luftstrømmen oralt.*

Det er også en myte at logopeder som skal arbeide med barn født med spalte trenger kostbart spesialutstyr. Det holder lenge med vanlig utstyr som for eksempel spill, bildekort, audio-opptakutstyr og leker og spill tilpasset barnets alder og motivasjon.

Som for andre barn som trenger litt ekstra, må også barn født med LKG nøye utredes før tiltak iverksettes. Logopedene i spalteteamet har ansvar for utredning av nasalitet og artikulering i samarbeid med øre-nese-halslege. Evt. andre vansker må utredes lokalt. Det er sjelden vi anbefaler direkte logopedisk trening før barnet er 4 år. Før den tid anbefaler vi ved behov indirekte arbeid, og/eller spesialpedagogisk oppfølging.

Når vi i spalteteamet anbefaler taletrening lokalt, spesifiserer vi hva vi mener er problemet, og hva som bør gjøres videre. Vi setter pris på å høre fra dere som ser barnet oftere enn oss om dere lurer på noe, er uenig i våre vurderinger, eller mener problemet har endret seg.

Til orientering kan vi informere om at barn født med LKG har rettigheter hjemlet i Folketrygdloven, § 5 -10, «Behandling av språk- og taledefekter» kapittel 1, der «leppe-kjeve-ganespalte» er nevnt spesifikt.

Generelle prinsipper for trening:

- Ta i bruk hele registeret av velprøvde, pedagogiske prinsipper.
- Snakk med barnet om lyden: Hvor i munnen lages den? Hvordan?
- Begynn med de fremre ustemte lydene. Prøv ut i alle posisjoner i forhold til en vokallyd. Start med nonsensstavelser før meningsfulle ord.
- Ved nasalt luftutslipp (høres på ustemte konsonanter): Hold for nesa. Blir det blokkering/stopp er det oftest funksjonelle årsaker. Hvis det blir bedre resonans, er det oftest organisk svikt.
- Grimasering (kompensering) skyldes ofte VPI.

Trening ved inkonsistent VPI

Ved passive uttalefeil regner man med at dette skyldes VPI. Denne behandles ofte kirurgisk når det er medisinsk forsvarlig. Aktive uttalefeil regnes som feillært artikulering og behandles som artikuleringsvansker. Hvis gane- svelgfunksjonen fungerer tilfredsstillende i forhold til noen lyder, men ikke alle, kan logopedisk trening og bevisstgjøring være aktuelt.

Taletrening ved spaltetypiske uttalevansker, f.eks:

- tradisjonell taletrening ved for eksempel backing
- bevisstgjøring av korrekt artikuleringsssted- og måte
- fokus på 1 lyd om gangen, evt. + kontrast i noen tilfeller
- prinsipp: forfra og bakover som normal språklydutvikling
- bevisstgjøring av oral luftstrøm

Glottisstøt, noen forslag til trening

- snakk om problemet, forutsetter en viss modenhet og motivasjon (fra ca. 4 år?)
- prøv å bryte det glottale mønsteret ved å hviske forsiktig, overaspirere og/eller bruk /h/ med laaaang luftstrøm. Slike øvelser holder stemmebåndene fra hverandre. /h/, som er glottal frikativ, kan bare realiseres med åpen glottis og ikke med glottale stopp. Derfor kan det være lurt å begynne med /h/.
- si /h/. Lag åpning med munnen, la barnet sukke dypt/puste ut, kjenne pusten i hånden, puste på spill, «vaske solbriller» osv.
- legg på vokal. Øv på stavelser som er mest mulig meningsfulle, bygg på etter hvert som barnet mestrer
- /p/: hvisk laaaang /h/, lukk+åpne leppene

Ikke gjør mer av det samme hvis det ikke virker, men spør f.eks:

- er barnet modent nok til å trene?
- har barnet en annen/flere vansker enn antatt?
- har man prøvd lenge nok?
- har man vært fokusert nok?
- bør man prøve en annen tilnærming/metode, f.eks PAS (piktografisk- artikuleringssymboler?)

Helt til slutt.

Hvis noen ønsker å lese mer om LKG, har to av logopedene i spalteteamet i Oslo, Inger Beate Tørdal og Lillian Kjøl (2010), nylig skrevet bok om «Talevansker hos barn med Leppe-Kjeve-Ganespalte. Innføring og veiledning i undervisning og behandling.» Her kan man lære mer om ganespalte, samt få gode tips om trening. Vi kan også anbefale barneboken «Albin og Luna og det mystiske speilet». Den ble utgitt i 2010 og er skrevet av logoped Åse-Marie Bergfall og psykolog Kristin Feragen, som også jobber i spalteteamet på Bredtvet. Den er tidligere omtalt i Norsk Tidsskrift for Logopedi. Boken er ment å kunne brukes hjemme, i barnehagen og i skolen.

Referanser og anbefalt litteratur:

Aukner, R. (2005). Helt som andre, eller noe for seg selv? Språkutvikling hos barn født med leppe-kjeve-ganespalte (LKG) – en risikogruppe i forhold til lesevansker? Masteroppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Bergfall, Å.M. og Feragen, K.B. (2010). Albin og Luna og det mystiske speilet. Oslo, Bredtvet kompetansesenter

Collett, B.R., Leroux, B., and Speltz, M.L. (2010). Language and Early Reading Among Children With Orofacial Clefts. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, May 2010, Vol. 47 No.3, (284-292).

Flaa, V.U. (1998). «Alle ville trøste»... Tidlig veiledning og informasjon til foreldre til barn født med leppe-ganespalte. Hovedfagsoppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Flaa, V.U. (2001). Særpreget ved uttale knyttet til leppe-kjeve-ganespalte (LKG). *Norsk Tidsskrift for Logopedi* (4) 9-12.

Golding-Kushner, K. J., (2001). *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech & Related Disorders*. San Diego, CA: Singular, Thomson Learning

Kjøll, L.H. (2002). Psykisk helse og talevansker i tilknytning til leppe-kjeve-ganespalte. Hovedoppgave til 2. avdeling Embedsstudiet i Spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Kjøll, L. og Tørdal, I.B. (2010). Talevansker hos barn med Leppe-Kjeve-Ganespalte. Innføring og veiledning i undervisning og behandling. Oslo, Bredtvet kompetansesenter.

Peterson-Falzone, S.J., Trost-Cardamone, J.E., Karnell, M.P., Hardin-Jones, M.A. (2006). *The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech*. Missouri, Mosby.

Særvold, T. (2005). Språkforståelse hos barn født med leppe-kjeve-ganespalte, en undersøkelse. Masteroppgave i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Sæther, I.L. (2007). Velo-cardio-facial syndrom (VCFS)/Di George/22Q11 delesjon syndrom Logopedens sentrale stilling. *Norsk tidsskrift for Logopedi* nr. 2/2007.

Tørdal, I.B. (1994). Det var en gang... Tekstnivået i elevfortellinger til barn født med leppe-ganespalte. Hovedoppgave i spesialpedagogikk, Institutt for spesialpedagogikk, UiO.



2 VIKARIAT Bredtvet kompetansesenter

Vi trenger 2 logopeder/spesialpedagogoger til vikariat av ett års varighet med mulighet for fast tilsetning.

Ett vikariat på området **spesifikke språkvansker hos barn**

og ett vikariat på området **leppe-, kjeve-, ganespalte (LKG)** fra januar/februar 2011.

Arbeidsoppgaver:

- Tiltaksrettet utredning, rådgivning og veiledning for barn med spesifikke språkvansker/LKG
- Medvirke til systematisering av kunnskap og tiltaksutvikling innen fagfeltene
- Kurs- og informasjonsvirksomhet

Vi ønsker en medarbeider som har gode samarbeidsevner og som trives med å arbeide i team.

Kvalifikasjoner: Hovedfag/mastergrad innen logopedi/spesialpedagogikk.

Det er en fordel med erfaring innen henholdsvis spesifikke språkvansker eller LKG.

Ved tilsetning vektlegges formell kompetanse, erfaring og personlig egnethet.

Lønnplassering: Rådgiver I.pl. 90.500, kode 1434, lønnplassering ut fra erfaring og formalkompetanse.

Fra bruttolønn trekkes innskudd Statens pensjonskasse.

Søknadsfrist: 15. januar 2011

Søknaden sendes via [www.statped.no/ledige stillinger](http://www.statped.no/ledige_stillinger), der det foreligger en fullstendig utlysningstekst.

Kontaktinformasjon: Avdelingsleder Anne Berit Andreassen, tlf 22902881, anne.berit.andreassen@statped.no