

GFS

Global Funksjonsskåring

Bakgrunn og skåringsveiledning

Bakgrunn

Global Funksjonsskåring (GFS) er et globalt mål på psykososialt funksjonsnivå. I psykiatrien har det vært tradisjon for global funksjonsmåling siden 1960-tallet. Det hele startet med HSRS (Health-Sickness Rating Scale; Luborsky, 1962), etterfulgt av GAS (Global Assessment Scale; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) og GAF (Global Assessment Scale). GAF var en del av diagnosesystemet DSM-III-R (1987) og DSM-IV (APA, 1994). I 2013 kom versjon 5 av DSM (DSM-5). Her ble det såkalte aksesystemet fra DSM fjernet, og dermed også GAF (APA, 2013). På slutten av 1990-tallet ble den norske oversettelsen av GAF skalaen splittet i to (S-GAF), med én skala for symptomer og én for funksjon. Disse ble så skåret hver for seg, og med støtte fra Statens Helsetilsyn ble utviklet et nettbasert treningsprogram (Pedersen & Karterud, 1998). På samme tid ble S-GAF tatt inn som en del av ”Minste Basis Datasett” som Statens Helsetilsyn anbefalte psykiatriske institusjoner å bruke. Den kliniske nytten av å splitte skalaen er dokumentert av Pedersen og Karterud (2012).

GAF som en enkeltskala for global funksjonsvurdering er varemerket som en del av DSM-IV (APA, 1994), og ved den siste revisjonen til DSM-5 ble GAF faset ut. I Norge har vi imidlertid de senere år benyttet en videreutviklet, tekstrevidert og todelt skala (splittet) for å vurdere fungeringsnivå med hensyn til både symptombelastning og fungering. Denne skalaen er et resultat av omfattende forskning, undervisning, og erfaring i klinisk bruk. Da skalaen er videreutviklet både i form og innhold, har vi valgt å gi den et nytt navn; GFS - Global Funksjonsskåring. Tekstrevijonen fremkommer i GFS manualen (Pedersen et al., 2018).

GFS er i prinsippet enkel å forstå, lett å bruke og lite tidkrevende. Det er et allment instrument for alvorlighetsgrad av mental og psykososial svekkelse, og ikke diagnosespesifikt. Den lar seg derfor lett kommunisere på tvers av funksjonsheter innen psykiatrien og helse og omsorgstjenestene, og på tvers av yrkesgrupper innen mental helse. GFS gir grunnleggende og intuitiv informasjon om pasienten/brukeren, og et overordnet bilde av hvor svekket vedkommende er bare ved hjelp av to tall (symptom- og funksjonsnivå). Med enkel opplæring og klinisk erfaring har bruken av GFS vist seg som en utmerket indikator på alvorlighetsgrad og behandlings/omsorgsbehov for personer med ulike typer mental lidelse. GFS er således et viktig dimensjonalt supplement til de ellers kategoriske diagnosene, og per i dag finnes det ikke noe tilsvarende enkelt observatørbasert mål.

Dens enkelhet har gjort at den i mange år, og i økende grad, er benyttet i behandlingsstudier for å beskrive alvorlighetsgrad og behandlingseffekt ved ulike pasientutvalg. Med den etter hvert store variasjonen av beskrevne pasientutvalg har man fått bekreftet dette målets evne til å differensiere mellom disse, og derigjennom differensiere mellom ulike behandlingsbehov og behandlingsnivåer. Som målemetode har den vist seg svært reliabel dersom den som bruker metoden har fått enkel opplæring (Pedersen og medarbeidere, 2007).

Begrepet «Global funksjonsmåling»

Dette globale funksjonsmålet er en sosial konstruksjon og eksisterer ikke som noe konkret objekt. Det er rett og slett noe vi forestiller oss, og dersom vi skal ha nytte av en slik konstruksjon er det helt avgjørende at vi har samme forestilling om den. Det er vanskelig bare å lese seg til en slik felles forståelse. Skåring av GFS er avhengig av trening, klinisk erfaring, og ikke minst kalibrering i form av diskusjoner med kolleger og sammenligninger med offentlige ekspert-vurderinger. Det er gjennom slike prosesser at GFS kan få styrket sin kvalitet som en nyttig metode og klinisk informasjonsbærer.

GFS er ment å skulle gjenspeile en kontinuerlig størrelse fra 1 til 100, der 1 representerer den verst tenkelige alvorlighetsgrad av symptombelastning og psykososialt funksjonsnivå, og der 100 representerer det best tenkelige nivå av mental helse og psykososial fungering. Om en slik hypotetisk skala skal kunne fange opp all observerbar variasjon ligger det implisitt at toppen (99-100) og bunnen (1-2) i praksis bare er teoretiske størrelser.

Manualen er et hjelpemiddel slik at klinikere skal kunne skåre på en enhetlig måte. Skalaen er delt inn i ti grove områder, og hvert av disse har generelle beskrivelser og eksempler. I ettertid har det vist seg at måten dette ble gjort på i GAF hadde en rekke svakheter.

Hovedområdene i manualen skal gjenspeile en gradvis svekkelse og alvorlighetsgrad. Eksemplene som gis innenfor hvert område må da være både beskrivende, avgrensende og klinisk relevante. Her var det en del åpenbare svakheter i den originale manualen. Noen stikkord var dårlig beskrivende i forhold til hva GAF var ment å gjenspeile, som for eksempel *'hyppige butiktyverier'*, *'sporadisk skulking'*, *'tyveri innenfor hjemmet'*. Noen var for lite avgrensende, så som *'krangel i familien'*, *'få venner'*, *'ingen venner'*, og *'svært upassende adferd'*, eller mindre relevante, så som *'barn som ofte juler opp yngre barn, er trassig hjemme'*. En del stikkord er nå endret i den reviderte manualen, og erstattet med eksempler og stikkord som gjenspeiler en mer klinisk relevant kontinuitet.

Spesielt var nedre del av skalaen problematisk, da den la uforholdsmessig stor vekt på selvmordsfare og voldsfare. Dette brøt med forståelsen av dette målet som en kontinuerlig skala. Dette er altså endret i den reviderte versjonen, og skalaen følger nå en antatt jevnere kontinuitet i tråd med hva denne kliniske konstruksjonen er ment å gjenspeile.

GFS representerer ingen radikal endring. For de som fra før har erfaring med GAF, og med med en overordnet forståelse av dens kontinuitet, vil det ha liten praktisk betydning. Forskjellen vil stort sett være at manualen til GFS er mer i tråd med denne forståelsen. De største endringene ligger i beskrivelsene og eksemplene på nivå 1-30, og spesielt 1-20. Her var det viktig å holde fokus på kontinuiteten, og ikke la skalaen legge så stor vekt på selvmordsproblematikk og fare for andre.

Generelle retningslinjer

Skåring av laveste nivå. Som klinisk målemetode er GFS fokusert på svekkelse. Det vil si at det er grad av symptombelastning og reduksjon i funksjonsnivå som skal være i fokus. Som prinsipp er det derfor alvorligste nivå av symptom og laveste nivå av funksjon som skal skåres. Her skal det likevel ikke legges for stor vekt på enkeltsituasjoner eller enkelte episoder med et alvorlig symptom. Det som skal angis er det lave nivået som best kjennetegner, og er representativ for vedkommende.

Svingninger i symptomer og sosial fungering. Symptomer og sosial fungering er ikke konstante størrelser, men kan variere fra uke til uke, og i enkelte tilfeller fra dag til dag. Man kan ha sporadiske panikkanfall, angst som kommer og går, lettere dager innenfor en moderat depresjon, håpløshet og selvmordstanker som varer noen timer, etc. Regelen er at det er dårligste symptom- og funksjonsnivå som skal skåres. Her må man imidlertid utvise klinisk skjønn. Dårligste symptom- og funksjonsnivå skal også passe inn i et helhetsbilde. Tommelfingerregelen er at vedvarende symptomer/lav funksjon skal gis lavere GAF skåre enn sporadiske symptomer/lav funksjon. Det er ille å holde sengen en dag i uken pga depressiv sinnsstemning, men det er verre om det gjelder alle dagene.

Tidsperioden for vurdering. Det vanligste er å fokusere på de siste syv dagene, noe som generelt sett kan anses som "nå for tiden". Dette vil være adekvat i de aller fleste tilfeller. Spesielt dersom tilstanden er relativt stabil. Unntaket er dersom situasjonen har forverret seg over kort tid (få dager). Dette forekommer gjerne i forbindelse med akutte psykoser, eller overdoser. Da vil tidsaspektet naturlig nok være mindre. Husk at GFS skal være representativ for vedkommendes aktuelle tilstand.

Symptombelastning, psykososial funksjon og mentale årsaker. En vurdering av symptomnivået skal ha hovedfokus på alvorlighetsgraden av symptomene, omfanget, varigheten, og de konsekvensene dette får for individets selvoppfattelse og livskvalitet. En vurdering av funksjonsnivået skal ha fokus på personens aktuelle rollefunksjoner som, for eksempel student, arbeidstaker, samlivspartner, forelder, venn, nabo o.l. Det vil si evnen til å ivareta seg selv og andre, og opprettholde nødvendige daglige funksjoner. Det er viktig å merke seg at en økning i symptomnivå eller reduksjon av sosialt funksjonsnivå skal være relatert til den mentale tilstanden. I manualen står imidlertid: "Ta ikke i betraktning symptomer som følge av somatisk sykdom og fysiske handikapp". Dette kan være problematisk, all den tid GFS ikke "spør etter årsaker" men bare skal signalisere alvorlighetsgraden. Her må det utvides skjønn fra skåreren. Eksempelvis vil en kreftpasient kunne utvikle angst og depresjon, samt ha et betydelig svekket funksjonsnivå etter lengre behandling med cellegift og strålebehandling. Det globale funksjonsnivået er her de facto redusert, og det lave nivået er vel så informativt som for en annen person. Rådet er å ikke problematisere dette.

Forholdet mellom symptom- og funksjonsnivå. I de tidligere manualene til GAS og GAF lå det implisitt at symptom- og funksjonsnivået følger hverandre, men det er ikke alltid tilfelle, derav den splittede versjonen. Nivået av disse to aspektene kan variere betydelig i forhold til hverandre, og da spesielt i den øvre halvdel av skalaen. Jo lenger ned på skalaen man kommer jo mer sammenfallende vil de to skårene bli.

Selvordstanker, selvmordsforsøk, og fare for andre. Ifølge den opprinnelige GAF-skalaen trakk selvmordstanker og selvmordsforsøk veldig ned. I GFS ligger suicidalproblematikken mer implisitt i alvorlighetsgraden på symptomskalaen. Her er selvmordstanker gitt som eksempel under symptomnivå 41-50, eksemplifisert som 'stadige selvmordstanker', og øker i alvorlighetsgrad til 'Alvorlige suicidale intensjoner' på symptomnivå 21-30. Funksjonsskalaen i GFS eksemplifiserer ikke suicidalproblematikk annet en på nivå 11-20, og da som eksempel på alvorlig selvdestruktiv atferd. Selve selvmordstankene eller eventuelle selvmordsforsøk er ikke relevant for GFS. Det samme gjelder om man representerer en fare for andres liv og helse. Det er symptomnivået bak som er relevant.

Vektlegging av sykmelding, AAP og uføretrygd. Aktuell sykmelding som følge av en psykisk lidelse vil oftest være sammenfallende med et funksjonsnivå under 60. Når det gjelder arbeidsavklaringspenger (AAP) kan det være mer utfordrende. AAP kan variere fra finansiering av fulltids arbeid eller skolegang til understøttelse av personer med høy grad av invaliditet. Det er en nøktern vurdering av reell arbeidsevne som skal til. Prinsipielt er det ikke noe i veien for at en person med AAP kan skåres på funksjonsnivå 71-80. Hvilket funksjonsnivå skal man gi personer som er uføretrygdet pga psykisk lidelse, dvs. som er vurdert til å ha alvorlig varig svekket arbeidsevne? Dette vil klart trekke ned, men funksjonsnivået kan også øke etter at man er innvilget uføretrygd. Det man skal spørre seg er om vedkommende har vært i stand til å arbeide *i dag*, eller om det (ikke-betalte) arbeid personen reelt sett utfører langt på vei tilsvarer kravene i arbeidslivet. I så fall ligger funksjonsnivået på over 60.

Oppsummerende tips

- ✓ GFS manualen er ikke *definisjonen* på det globale funksjonsnivået. Det som skal gjenspeiles – og tallfestes er den forestillingen vi har om den kontinuerlige størrelsen som varierer fra 1 til 100. Manualen er kun et hjelpemiddel for den som skal skåre. Manualens eksempler og stikkord er ikke dekkende for alle tenkelige nivåer av alvorlighet eller svekkelse. Med sine noe grove ankerpunkter er den best på å gjenspeile kontinuiteten.
- ✓ Bruk hele skalabredden! Husk at intervallene (1-10, 11-20, etc.) er pedagogiske hjelpemidler og ikke å forstå som strengt atskilte kategorier. Det er en kontinuerlig skala fra 1 til 100, hvor det ikke er noe kvalitativt *hopp* mellom de visuelle intervallene.
- ✓ Se bort fra begrensninger i funksjonsnivå som skyldes fysiske handikap.
- ✓ Ikke la deg påvirke for mye av opplysninger om diagnose og medikasjon. Spør hele tiden: "Hva slags symptomer har vedkommende?", "Hvordan er vedkommendes selvoppfattelse", "Hvordan fungerer vedkommende?". Det spørres ikke etter årsaker. Det er irrelevant om det observerte symptomnivå eller psykososiale funksjonsnivå skyldes bruk av, eller mangel på, medisiner.

- ✓ Husk at funksjonsnivået har to aspekter. Det ene er det rent instrumentelle (trener, går på kino med venner, står tidlig opp hver morgen for å gå på jobb, holder kontakten med familie), og det andre aspektet er mer kvalitativt (kvaliteten på relasjonene, engasjementet i aktivitetene, etc.). Begge aspekter bør tas i betraktning. Høyt aktivitetsnivå bør likevel føre til en redusert funksjonsskåre dersom kvaliteten er redusert.
- ✓ Unngå unnskyldende betraktninger og kronglete resonnementer. Tilstreb en nøktern vurdering basert på foreliggende data og klinisk erfaring.
- ✓ GFS er en ”observatør-basert” metode. Det betyr at det er klinikerens egen nøkterne helhetsvurdering av tilstanden som er avgjørende. Om en person sier at studiene går fint og alt er greit – bortsett fra litt dårlig selvfølelse av og til, så behøver ikke dette nødvendigvis være tilfelle. Klinikeren kan trekke dette i tvil basert på annen informasjon som foreligger om vedkommende.

Litteratur

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

APA (2013). Insurance Implications of DSM-5. URL: www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/Insurance-Implications-of-DSM-5.pdf

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JF & Cohen J (1976). The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 1976;33;766-771.

Karterud S, Pedersen G, Løvdahl H, Friis S. Global Assessment of Functioning–Split Version. Background and scoring guidelines. Oslo: Dep. of Psychiatry, Ullevaal University Hospital; 1998.

Luborsky L. Clinicians’ judgements of mental health. *Archives of General Psychiatry* 1962;7;407-417.

Pedersen, G. & Karterud, S. (1998). Global Assessment of Functioning - Split version. Norwegian Internet training program. (<http://personlighetsprosjekt.com/gaf/>).

Pedersen G, Hagtvat KA & Karterud S. (2007). Generalizability studies of the Global assessment of functioning (GAF) - Split version. *Comprehensive Psychiatry*. 48, 88– 94.

Pedersen G & Karterud S (2012). The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 292-298.

Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T & Kvarstein EH (2018). Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *European Psychiatry*, 51, 16–19.