

Medisinsk kvalitetsregister for
seksualovergrepssrelatert problematikk

Årsrapport

2025

Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepssrelatert problematikk

Årsrapport for 2025

ANJA VASKINN OG CHRISTIAN LIE

*Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og
rettspsykiatri Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus HF*

25. SEPTEMBER 2026

Kontaktinformasjon

Leder

Anja Vaskinn

Fagrådsleder

Christine Friestad

Administrasjonsrådgiver

Christian Lie

Besøksadresse:

Nedre Ila
Jøssingveien 111
1359 Eiksmarka

Postadresse:

Oslo universitetssykehus HF
Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

E-post:

kvaso@ous-hf.no

Nettside:

<https://www.oslo-universitetssykehus.no/kvaso>

Innhold

I [Årsrapport](#)

1 [Sammendrag/Summary](#)

2 [Registerbeskrivelse](#)

2.1 [Bakgrunn og formål](#)

2.1.1 [Bakgrunn for registeret](#)

2.1.2 [Registerets formål](#)

2.1.3 [Analyser som belyser registerets formål](#)

2.2 [Juridisk hjemmelsgrunnlag](#)

2.3 [Faglig ledelse og dataansvar](#)

2.3.1 [Aktivitet i fagråd/referansegruppe](#)

3 [Resultater](#)

3.1 [Generelle analyser](#)

3.2 [Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM](#)

4 [Metoder for fangst av data](#)

5 [Datakvalitet](#)

5.1 [Antall registreringer](#)

5.2 [Metode for beregning av dekningsgrad](#)

5.3 [Tilslutning](#)

5.4 [Dekningsgrad](#)

5.5 [Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet](#)

5.6 [Metoder for vurdering av datakvalitet](#)

5.7 [Vurdering av datakvalitet](#)

6 [Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring](#)

- 6.1 [Pasientgruppe som omfattes av registeret](#)
- 6.2 [Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer](#)
- 6.3 [Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål \(PROM og PREM\)](#)
- 6.4 [Sosiale og demografiske ulikheter i helse](#)
- 6.5 [Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.](#)
- 6.6 [Etterlevelse av faglige retningslinjer](#)
- 6.7 [Identifisering av pasientrettede forbedringsområder](#)
- 6.8 [Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring](#)
- 6.9 [Evaluerings av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring \(endret praksis\)](#)
- 6.10 [Pasientsikkerhet](#)

7 [Formidling av resultater](#)

- 7.1 [Resultater tilbake til deltakende fagmiljø](#)
- 7.2 [Resultater til administrasjon og ledelse](#)
- 7.3 [Resultater til pasienter](#)

8 [Samarbeid og forskning](#)

- 8.1 [Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre](#)
- 8.2 [Vitenskapelige arbeider](#)

II [Plan for forbedringstiltak](#)

9 [Videre utvikling av registeret](#)

III [Stadievurdering](#)

10 [Referanser til vurdering av stadium](#)

- 10.1 [Vurderingspunkter](#)
- 10.2 [Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen](#)

11 [Referanser](#)

12 [Appendiks](#)

Del I

Årsrapport

Kapittel 1

Sammendrag

Kvalitetsregisterets tredje årsrapport inkluderer data for 337 pasienter (av 668 aktuelle kandidater). De fordeler seg med 37 % på Det Finnes Hjelp (et lavterskel selvhenvisingstilbud) og 36 % på BASIS (Behandling Av Seksuallovbruddsproblematikk I Spesialisthelsetjenesten). Den store majoriteten er menn.

Registerets kvalitetsindikatorer er endring i voldsrisiko, pasientvurdert bedring («utfall») av behandlingen, og behandlervurdert måloppnåelse i behandling. Den første kvalitetsindikatoren er endret siden forrige årsrapport. Nå måles endring i voldsrisiko med en såkalt endringsskåre knyttet til det som behandler definerer som mål for behandlingen. Alle tre kvalitetsindikatorer tyder på at behandlingen er forbundet med positive effekter. Det finner sted en positiv endring i dynamisk risiko for seksuell vold, for klienter i alle behandlingstilbud. Pasientene selv rapporterer at de er fornøyde med behandlingen, og behandlerne vurderer måloppnåelsen som akseptabel.

Registerets dekningsgrad har økt siden forrige årsrapport og er nå på 50 %. Det er imidlertid stor variasjon i dekningsgraden mellom helseforetak, behandlingssenheter og mellom behandlingstilbud. Variasjonen viser at det fremdeles er viktig å jobbe for å øke den samlede tilslutningen til registeret.

Kapittel 2

Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

Om seksualovergrepsrelatert problematikk

Verdens helseorganisasjon har definert seksuell vold som en folkehelseutfordring, begrunnet i problemets omfang og konsekvensenes alvorlighet (Krug et al., 2002). Seksuell vold og seksuelle overgrep er brede begreper som rommer atferd og handlinger av ulik alvorlighet, hvorav mange også rammes av straffelovens bestemmelser om seksuallovbrudd. En befolkningsbasert undersøkelse fra 2014 viste en livstidsforekomst av utsatthet for seksuelle overgrep på 34 % blant kvinner og 11 % blant menn (Thoresen & Hjemdal, 2014), mens en nyere rapport fant at 20 % av kvinner og 5 % av menn oppga å ha vært utsatt for seksuelle overgrep før fylte 18 år (Dale et al., 2023). Behandling rettet mot utøvere av seksuell vold er et av virkemidlene i arbeidet for å forebygge vold og overgrep (jfr. Opptappingsplan mot vold og overgrep 2017-2021). Tilbudet til voksne utøvere av seksuell vold har vært beskrevet som mangelfullt (Askeland et al. 2016; Moen et al. 2016; Holt et al. 2016). De siste årene har det imidlertid foregått en betydelig styrking av den offentlige helsetjenestens tilbud spesifikt rettet mot personer med seksualovergrepsrelatert problematikk. Arbeidet med å samle informasjon fra alle disse behandlingstilbudene i et landsdekkende kvalitetsregister er et sentralt element i kunnskapsutviklingen på feltet og unikt i internasjonal sammenheng.

Opprettelsen av registeret

Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepsrelatert problematikk (KvaSO) er et samtykkebasert kvalitetsregister for pasienter som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten for seksualovergrepsrelatert problematikk. Registeret ble opprettet våren 2022 og er et resultat av et flerårig samarbeid mellom involverte kliniske miljøer i Norge.

Flere ulike behandlingstilbud leverer data til registeret, hvorav to finnes i alle fire helseregioner. BASIS (Behandling Av Seksuallovbruddsproblematikk i Spesialisthelsetjenesten) er et tilbud til domfelte fengselsinnsatte med antatt forhøyet risiko for tilbakefall til nye seksuallovbrudd. BASIS tilbys av Haukeland universitetssjukehus, Oslo universitetssykehus (OUS), Stavanger universitetssjukehus, St. Olavs Hospital, Sykehuset Østfold, Sørlandet sykehus, og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Det Finnes Hjelp (DFH) er et lavterskel behandlingstilbud for personer med seksuell interesse for barn og selvidentifisert risiko for å begå overgrep. DFH tilbys av Haukeland universitetssjukehus, OUS, Stavanger universitetssjukehus, St. Olavs Hospital og UNN. Noen helseforetak har etablert separate egenutviklede tilbud til andre deler av målgruppen. Blant disse er Ny Kurs ved OUS, NOM (Nedlastning av OvergrepsMateriale) ved UNN, og SPIRE (Spesialpoliklinikkens Individuelle Residivbehandling) ved St. Olavs Hospital. Disse inngår også i KvaSO.

2.1.2 Registerets formål

KvaSO inkluderer enheter i psykisk helsevern for voksne som tilbyr behandling til pasienter med seksualovergrepssrelatert problematikk. Registerets hovedformål er å samle inn og bruke helseopplysninger som grunnlag for kvalitetsforbedring, planlegging og styring i helsetjenesten. Kvalitetssikring av behandlingen er lovpålagt virksomhet, og kvalitetsregistre er et viktig virkemiddel for å oppfylle dette kravet. Det er også en viktig oppgave for registeret å beskrive pasientgruppene i de ulike behandlingstilbudene.

Registerets opplysninger kan også anvendes til forskningsformål. Aktuelle forskningsspørsmål er undersøkelser av behandlingsresultat, inkludert hvorvidt (nye) seksuallovbrudd finner sted.

2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

Årsrapportene vil belyse ett av registerets formål (kvalitetssikring av behandlingen) gjennom å analysere endring i voldsrisiko, pasientvurdert bedring, og behandlervurdert måloppnåelse. Se videre omtale i kapittel 3.2 om kvalitetsindikatorer.

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

Registeret er et samtykkebasert medisinsk kvalitetsregister av nasjonalt omfang. KvaSO har rettslig grunnlag i helseregisterloven § 8, jf. § 9 og forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 3-1 (samtykke). Den dataansvarlige har dokumentert at vilkårene er oppfylt og på hvilken måte den registrerte sin rett til informasjon skal oppfylles, jf. forskrift om medisinske kvalitetsregistre §§ 3-3 og 3-4.

Kvalitetsregisteret har behandlingsgrunnlag etter generell personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e) og artikkel 9 nr. 2 bokstav j). Personvernombudet ved OUS har gitt sin tilråding.

Samtykket lagres elektronisk i en fellesløsning for samtykkeregistre ved OUS. Registerløsningen Medinsight anvendes.

2.3 Faglig ledelse og dataansvar

Dataansvarlig institusjon er OUS. Anja Vaskinn er faglig leder for KvaSO.

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Fagrådet består av ni medlemmer. Alle helseregioner som leverer data til registeret, er representert. Sammensetningen av fagrådet gjenspeiler klinisk kompetanse på behandling av seksualovergrepssrelatert problematikk, forskningskompetanse og erfaring med medisinske kvalitetsregistre. Per september 2026 har fagrådet følgende medlemmer:

- Christine Friestad (leder), Oslo universitetssykehus HF
- Olav Burkeland, St. Olavs Hospital

- Ingrid Dieset, Oslo universitetssykehus HF
- Ida Giske, Oslo universitetssykehus HF
- Kent Jensen, Helse-Nord RHF
- Anne Margrethe Myhre, Oslo universitetssykehus HF
- Øyvind Rø, Oslo universitetssykehus HF
- Pia Theisen, Haukeland universitetssykehus HF
- Anja Vaskinn (faglig leder KvaSO, uten stemmerett i fagrådet), Oslo universitetssykehus HF

Fagrådet har ikke brukerrepresentant.

Det har i løpet av 2025 vært avholdt to fagrådsmøter, samt gjennomført elektronisk behandling av en sak (justering av måten dekningsgraden i registeret regnes ut på).

Kapittel 3

Resultater

Ved alle behandlingstilbudene gjennomføres det en systematisk utredning, bestående av kliniske intervjuer og klientens selvrappport. Innholdet i utredningspakkene er oppgitt i Kap 12. Appendiks. Det er lagt opp til en kartleggingspakke ved oppstart, underveis i behandlingen, samt ved avslutning av behandlingen.

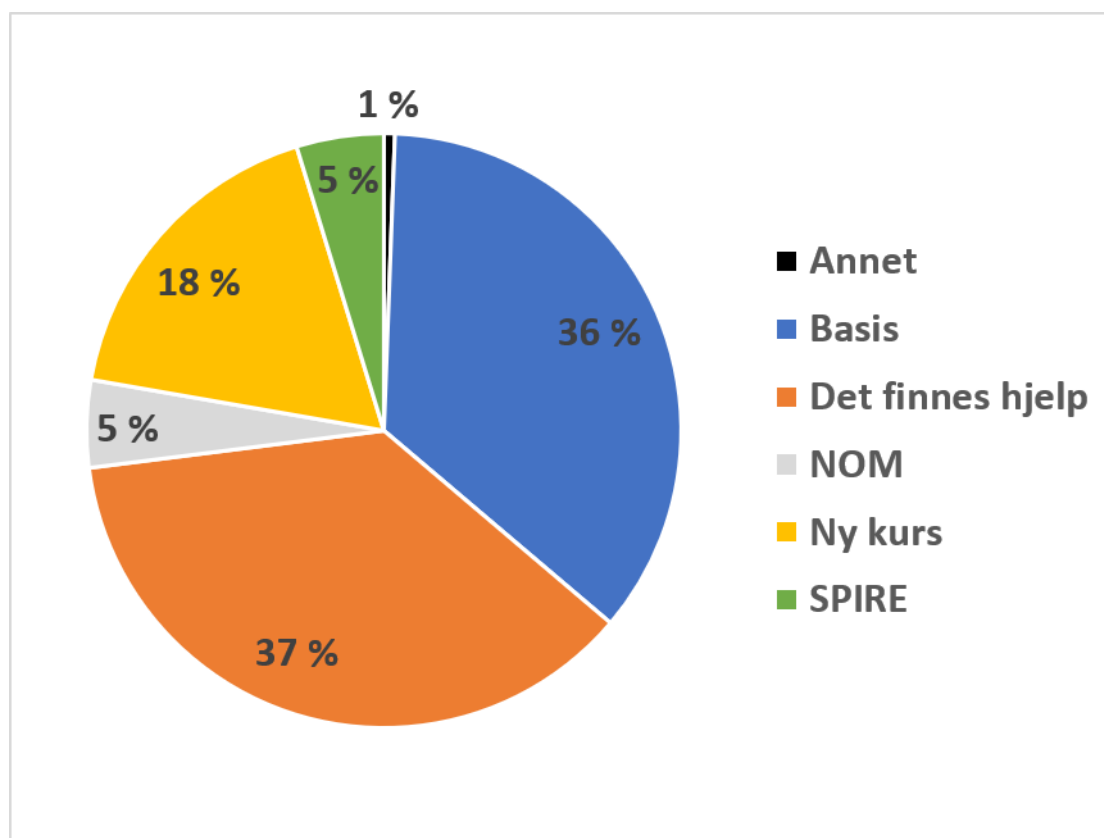
Av anonymiseringshensyn presenteres i det videre ikke data for små grupper. Eksempelvis er det få kvinner og få som oppgir at de er ikke-binære. Av anonymiseringshensyn presenteres derfor data samlet for alle de registrerte.

3.1 Generelle analyser

3.1.1 Beskrivelse av pasientgruppen

Per 1. januar 2026 har totalt 337 pasienter samtykket til å inngå i kvalitetsregisteret. Syv av disse har to behandlingsforløp.

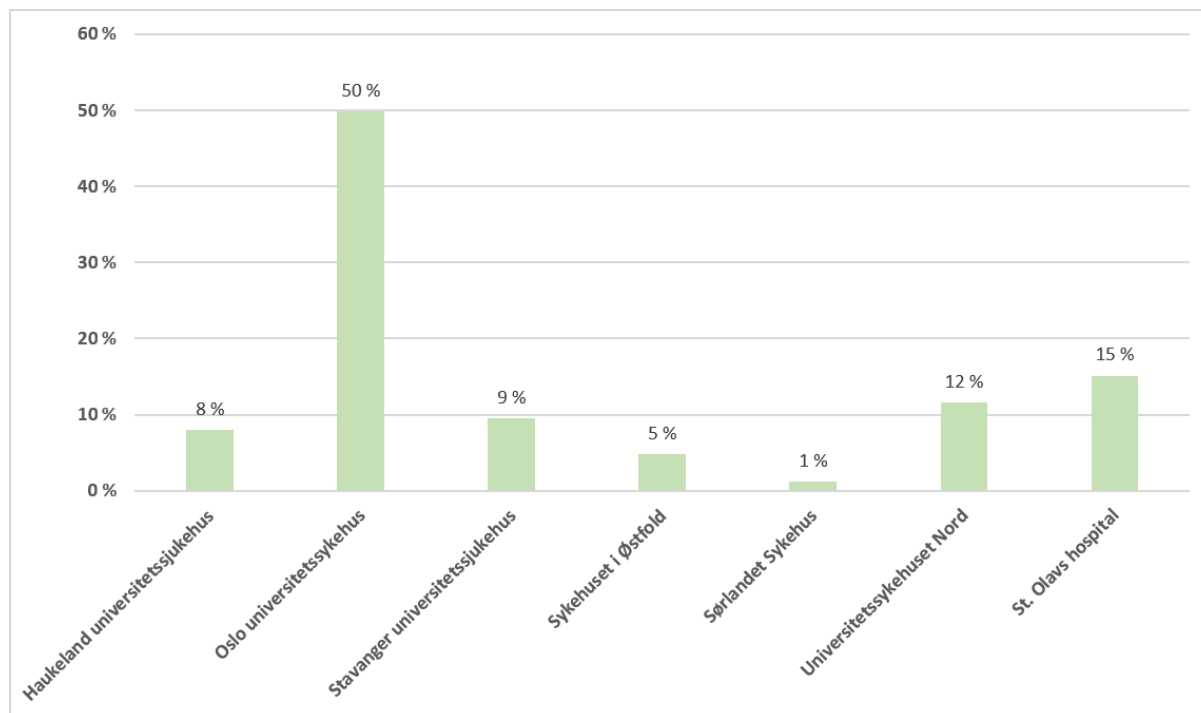
Figur 3.1 Fordeling på behandlingstilbud



DFH og BASIS utgjør de største leverandørene av pasienter til registeret, med henholdsvis 37 % og 36 %. Disse to behandlingstilbudene tilbys i alle fire helseregioner. Pasienter fra Ny Kurs ved OUS utgjør 18 %, mens NOM ved UNN og SPIRE ved St. Olavs Hospital tilsvarer 5 % hver. Det er 1 % som mottar seksualovergrepssrelatert behandling som ikke faller inn under

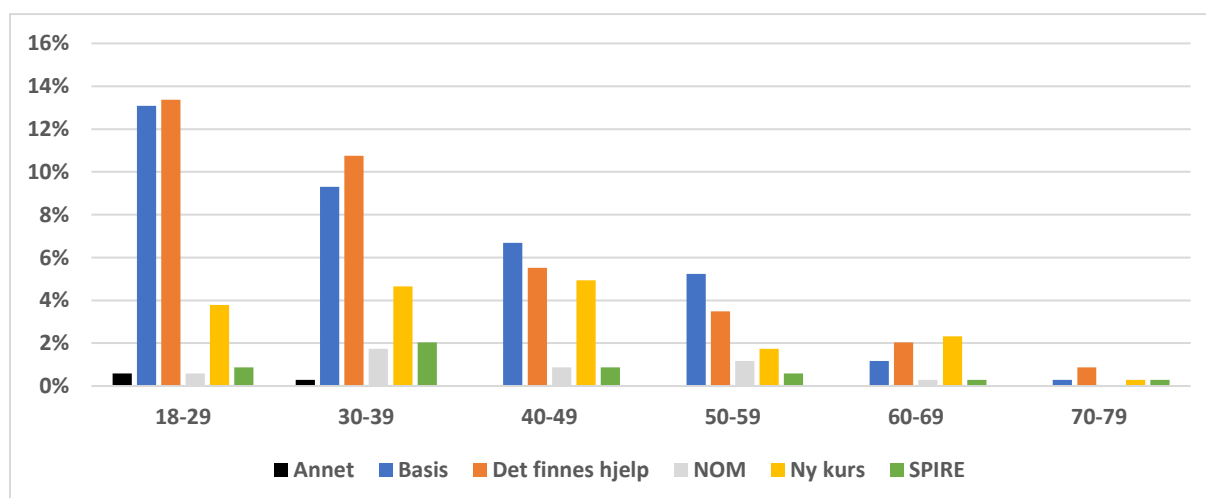
de andre tilbudene. Se Figur 3.1.

Figur 3.2 Fordeling på behandlingssted



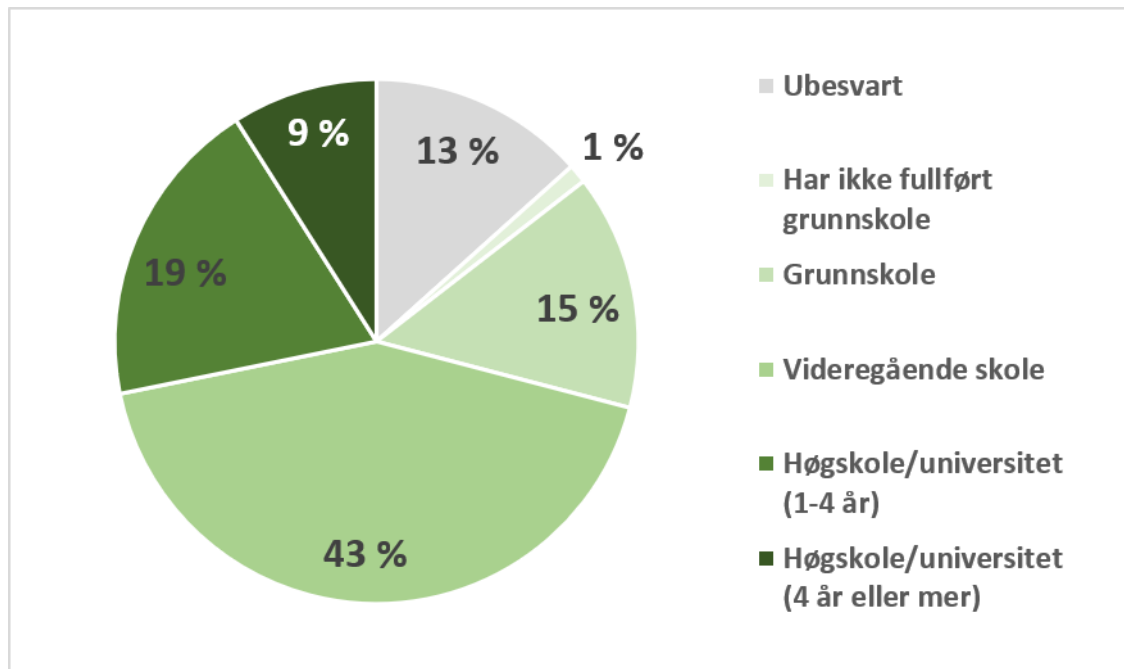
OUS har flest behandlere og har behandlet flest pasienter og har med det også levert mest data (50 %). Se Figur 3.2 for geografisk fordeling på leverende sykehus.

Figur 3.3 Aldersfordeling for de ulike behandlingstilbudene



Alle alderskategorier fra 18 til ≥ 70 år er representert. Gjennomsnittsalderen for de registrerte er 37.6 år (± 12.9). De fleste som mottar behandling er under 40 år. Se Figur 3.3.

Figur 3.4 Utdanning



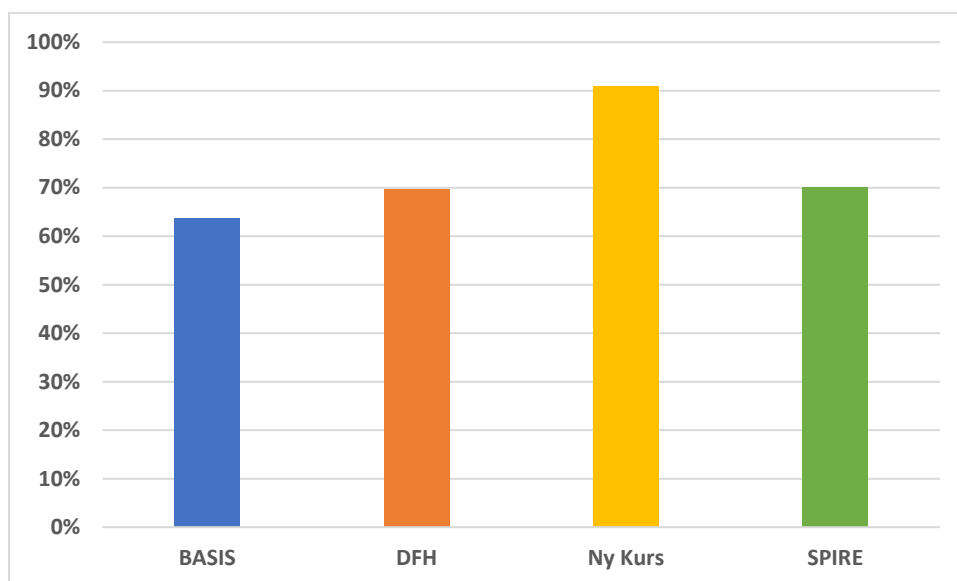
Det foreligger informasjon om utdanning for 298 personer. De fleste, uavhengig av behandlingstilbud, tilhører kategorien som har fullført videregående skole. Personer med høyere utdanning på høgskole-/universitetsnivå er representert i alle behandlingstilbud.

3.1.1.2 Negative livshendelser

MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale: Teicher et al, 2015; Fosse et al, 2020) er et spørreskjema som omhandler ulike oppvekstserfaringer (alder 0-18 år).

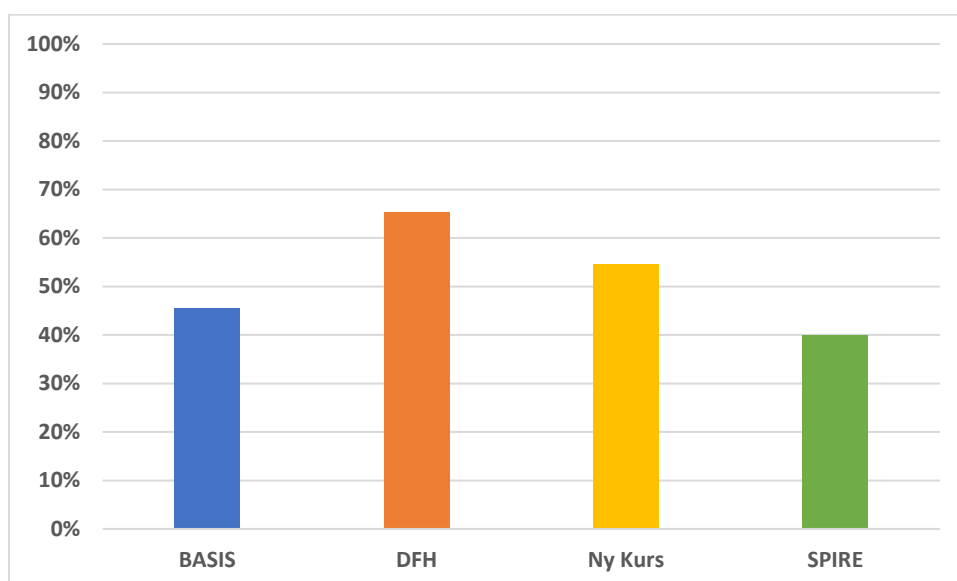
Tidligere årsrapporter har pekt på at mange klienter rapporterer om mobbing og mishandling i oppveksten. I 2025 er spørreskjemaet MACE fylt ut av 66 personer (fra BASIS, Ny Kurs, DFH og SPIRE), resultater for disse presenteres under. Mer enn halvparten av dem oppgir å ha blitt mobbet av jevnaldrende, i Ny Kurs-gruppen gjelder det 91 %. Se Figur 3.5.

Figur 3.5 Andel som oppgir å ha blitt mobbet av jevnaldrende



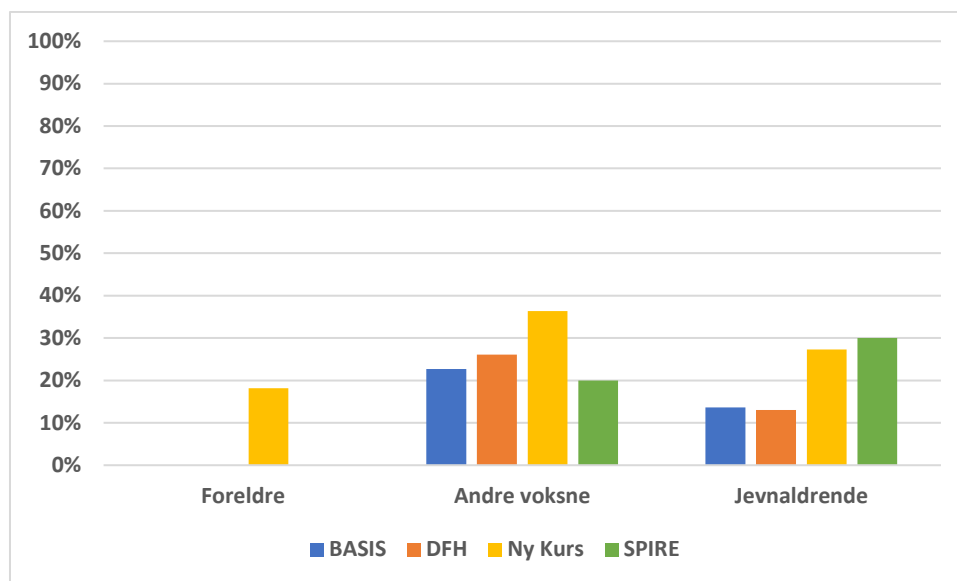
Det er ikke like mange som oppgir at de har blitt utsatt for verbalt misbruk fra foreldrene sine i oppveksten, men andelen er likevel betydelig. Se Figur 3.5.

Figur 3.6 Verbalt misbruk fra foreldre



Å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten er heller ikke sjelden, eksempelvis oppgir rundt en fjerdedel at en annen voksen (enn en forelder) har begått seksuelle overgrep mot dem – med noen forskjeller mellom behandlingstilbud. Figur 3.7 viser en oversikt fordelt på behandlingstilbud og hvem overgriper var.

Figur 3.7 Andel som oppgir å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, av foreldre, andre voksne eller av jevnaldrende



3.1.1.3 Rusmiddelbruk

Tidligere årsrapporter har vist at et problematisk inntak av alkohol eller andre rusmidler ikke er et generelt kjennetegn ved denne pasientgruppen, selv om noen har et skadelig mønster.

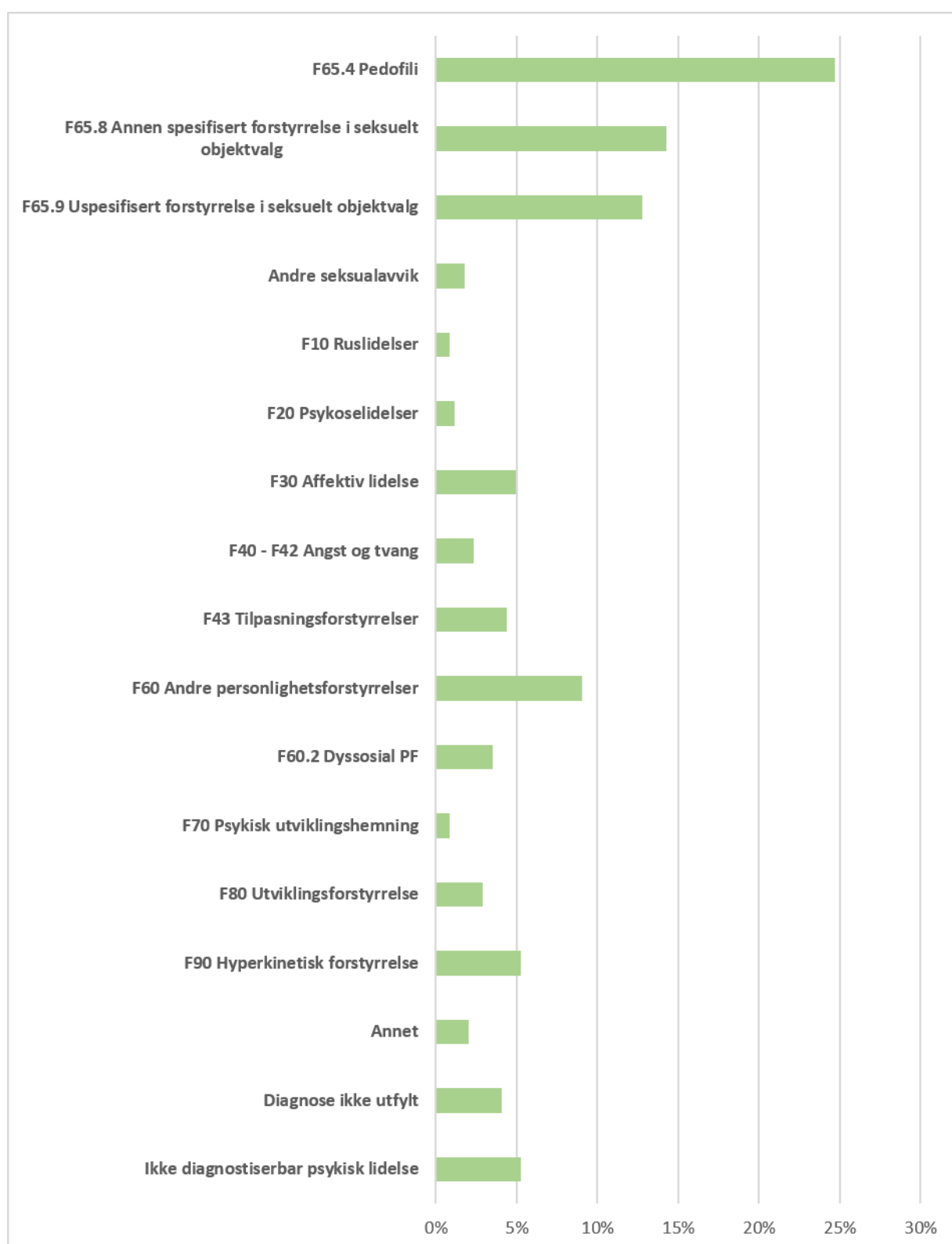
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) fylles ut ved inntak, underveis og ved avslutning. I 2025 har 64 personer fylt ut AUDIT ved inntak, mens 62 personer har fylt ut DUDIT. Gjennomsnittsskåren for AUDIT var 7 (variasjonsbredde 0-26). Dette er identisk med tallet for alle KvaSO-inkluderte til og med 31. desember 2024. Gjennomsnittet for DUDIT var 1 (variasjonsbredde 0-18), mot 4 for tidligere år. Det kan tyde på at de senere registrerte i mindre grad anvender andre rusmidler enn alkohol, sammenlignet med de tidligere registrerte.

Ved tolkning av AUDIT-skårene betraktes en skåre på 8 eller mer som indikasjon på et skadelig drikkemønster (Saunders et al, 1993). Til sammen 31 % av klientene befinner seg i denne kategorien. Tilsvarende er en DUDIT-skåre på 6 poeng eller mer (hos menn) indikasjon på problematisk bruk av andre rusmidler enn alkohol (Berman et al, 2005). I alt 10% befinner seg i denne kategorien (hovedsakelig cannabis).

3.1.1.3 Psykiske lidelser

Figur 3.8 viser fordeling av hoveddiagnose.

Figur 3.8 Fordeling hoveddiagnose (alle behandlingstilbud)



Flertallet har, som forventet, en hoveddiagnose knyttet til avvikende eller problematisk seksualitet. Omtrent en av ti har personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose.

I noen tilfeller gis en seksualavviksdiagnose som bidiagnose. Tabell 1 viser en oversikt over

de antatt mest relevante diagnosekategoriene, uavhengig av om gitt som hoved- eller bidiagnose.

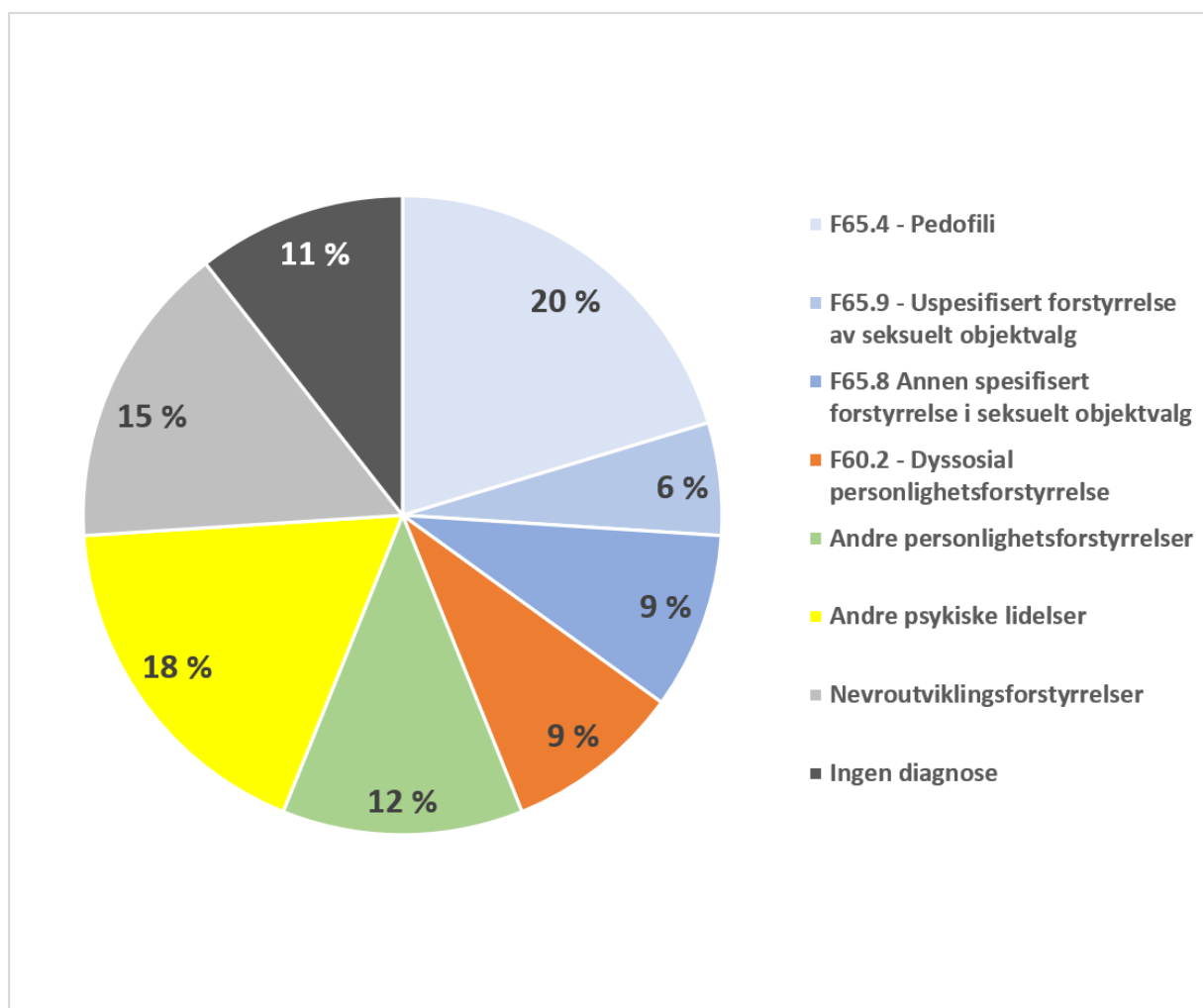
Tabell 1. Diagnoser (hoved- og bidiagnose) fordelt på år (alle behandlingstilbud).

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antall forløp	16	28	64	85	80	71
F65.4 Pedofili	38 %	36 %	39 %	19 %	25 %	28 %
F65.8 Annen spesifisert forstyrrelse i seksuelt objektvalg	13 %	21 %	13 %	29 %	18 %	14 %
F65.9 Uspesifisert forstyrrelse i seksuelt objektvalg	25 %	7 %	17 %	25 %	18 %	20 %
F52.7 Forsterket seksualdrift	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	3 %
F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse	6 %	25 %	8 %	2 %	5 %	4 %
Z70.1 Kontakt med helsetjenesten for rådgivning i forbindelse med seksuell atferd eller orientering	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %

Det er i alt 344 behandlingsforløp registrert i KvaSO. Tabellen viser prosentandel av antall behandlingsforløp registrert det aktuelle år hvor en gitt diagnose settes. Pedofili er, med unntak av i 2023, den mest brukte diagnosen. I 2023 var F65.8 *Annen spesifisert forstyrrelse i seksuelt objektvalg* mest brukt.

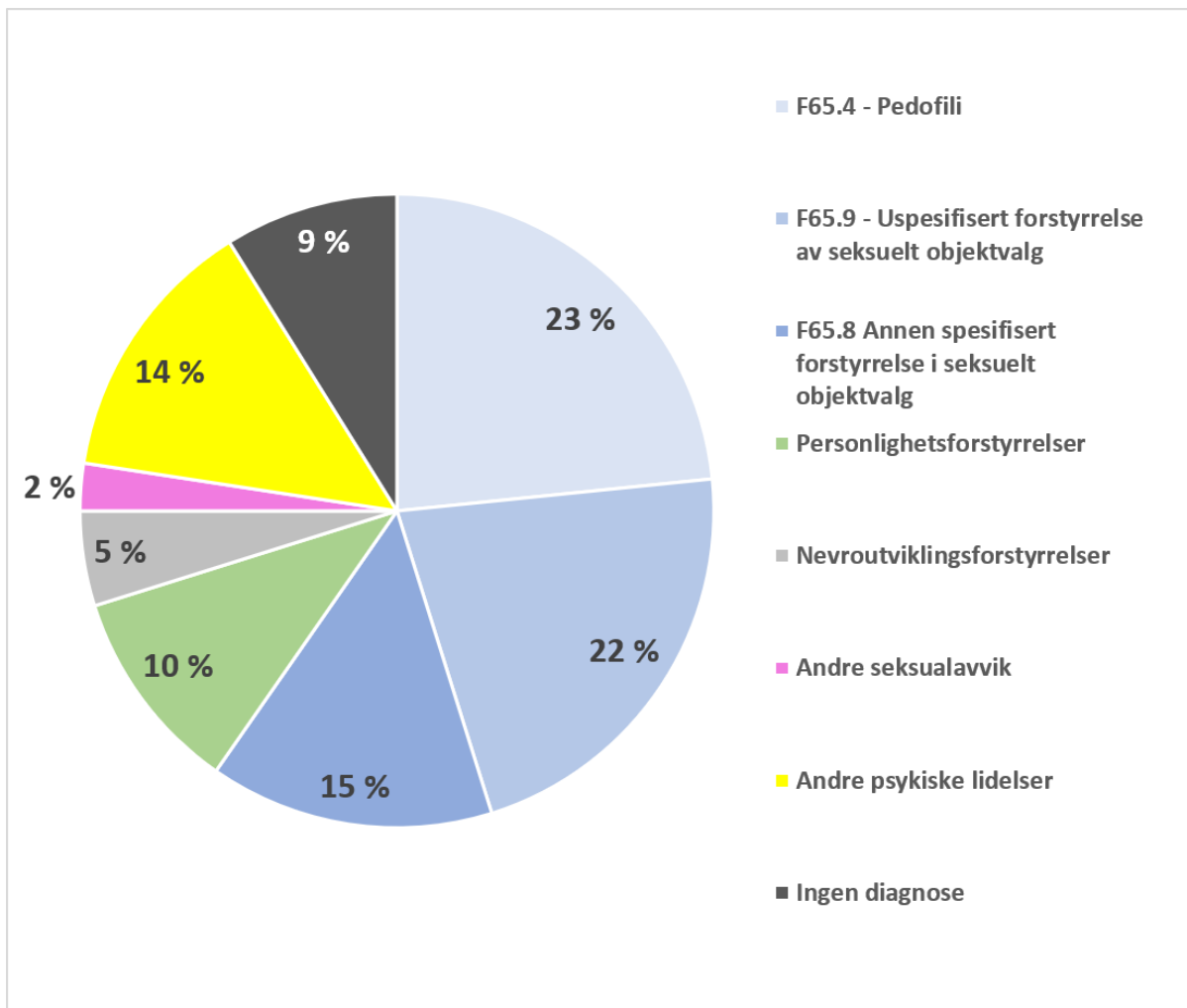
Kategorien Z70.1 *Kontakt med helsetjenesten for rådgivning i forbindelse med seksuell atferd eller orientering* er tatt i bruk for første gang i 2025. Bakgrunnen er personer som har søkt hjelp for sin seksuelle interesse for barn i puberteten (hebefili). Hebefili dekkes ikke av F65.4 *Pedofili* (seksuell interesse for prepubertale barn) og er en tilstand omgitt av kontrovers i forskningslitteraturen. Hebefili er ikke generelt anerkjent som en psykisk lidelse, men noen plasserer den likevel under F65.8 *Annen spesifisert forstyrrelse i seksuelt objektvalg*. Koden Z70.1 er et alternativ. Denne koden indikerer ikke at tilstanden er patologisk eller en psykisk lidelse, men gjør det likevel mulig å kategorisere denne gruppa. Det vises ellers til Kap. 9.2.2. om pågående kvalitetsarbeid.

Figur 3.9 Fordeling hoveddiagnose BASIS



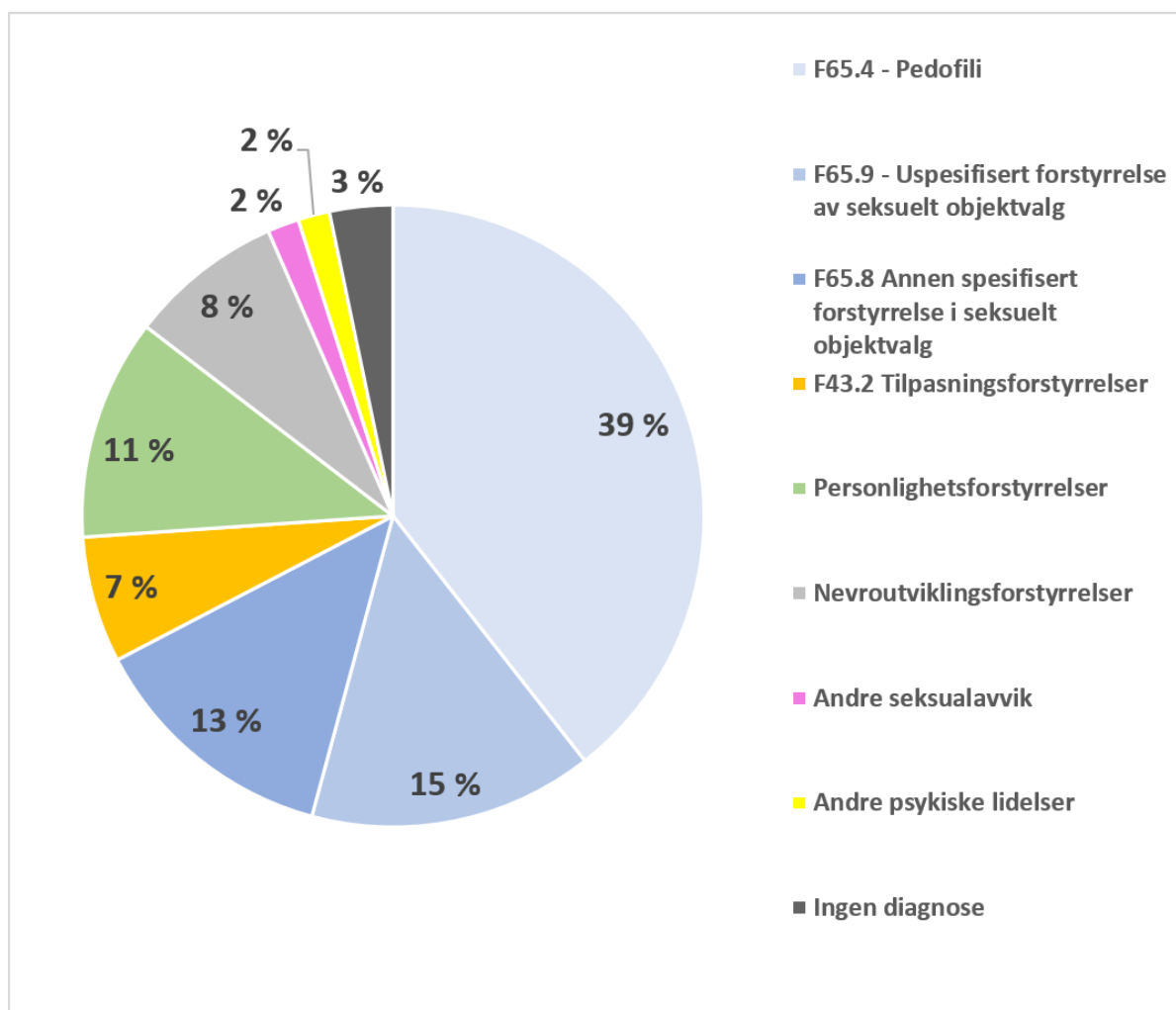
I BASIS (n = 123) har omtrent en tredjedel en seksualavviksdiagnose som hovedtilstand, med F65.4 *Pedofili* som den hyppigst satte hoveddiagnosen (20 %). Se Figur 3.9. For 9 % er F60.2 *Dyssosial personlighetsforstyrrelse* vurdert å være hovedtilstand.

Figur 3.10 Fordeling hoveddiagnose DFH



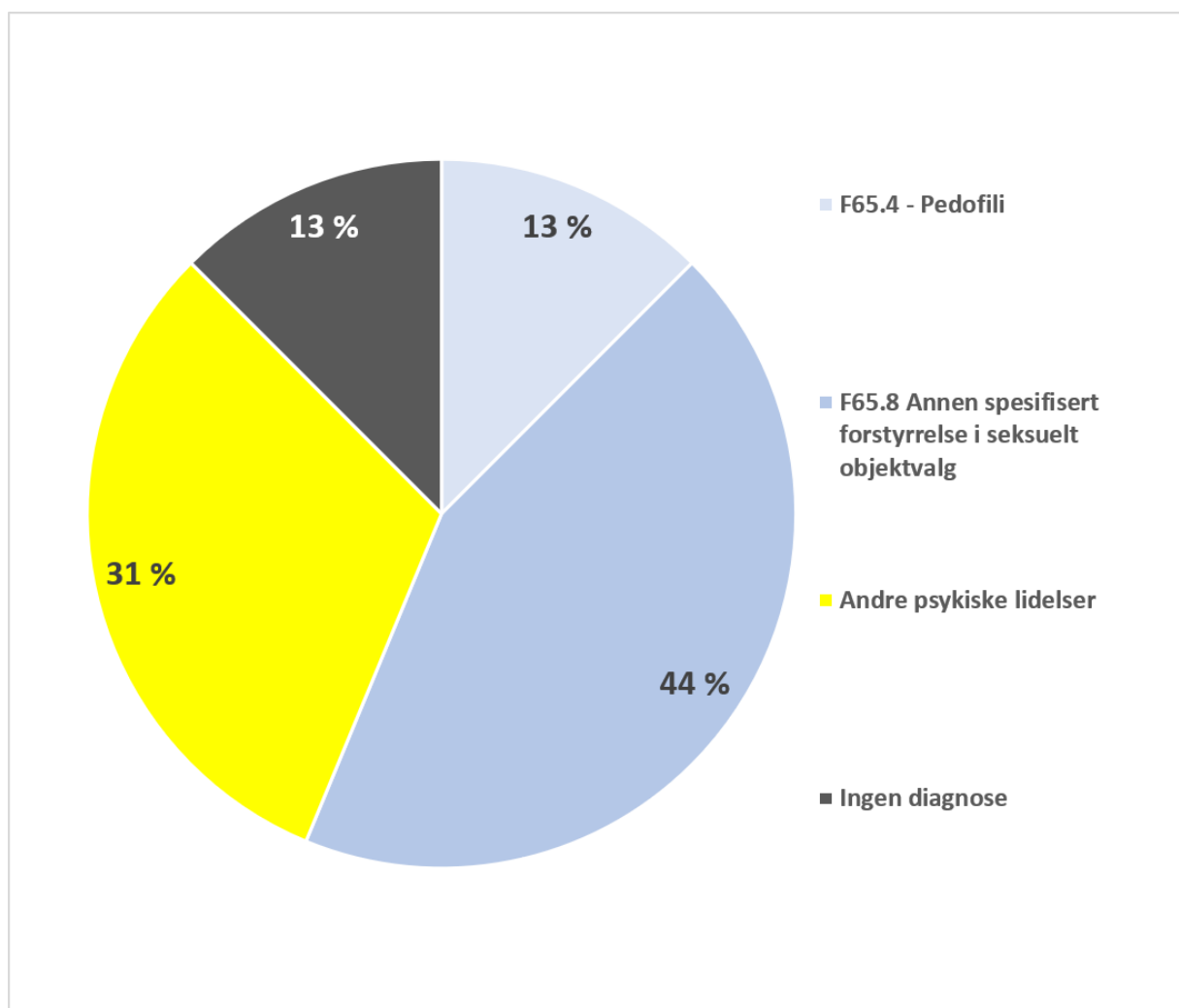
Diagnosefordelingen er litt annerledes blant DFH-pasientene (n = 124 totalt). Se Figur 3.10. Mer enn seks av ti har en seksualavviksdiagnose, med en forekomst av pedofili (23 %) omtrent som i BASIS. I DFH er det omtrent like mange (22%) som har fått diagnosen F65.9 *Uspesifisert forstyrrelse av seksuelt objektvalg*.

Figur 3.11 Fordeling hoveddiagnose Ny Kurs



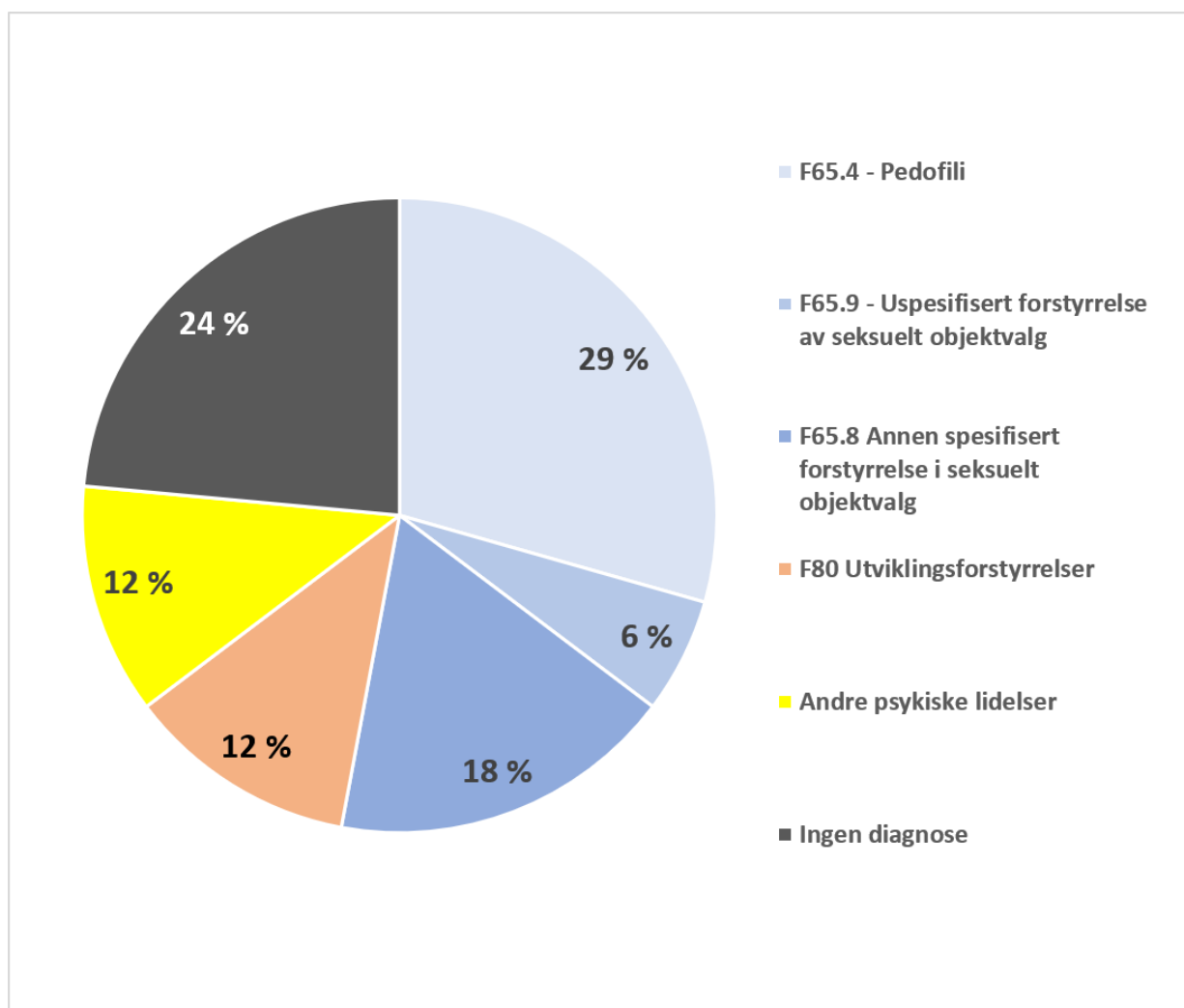
Blant Ny Kurs-pasientene (n = 61) er F65.4 *Pedofili* den klart hyppigst forekommende diagnosen (39 %). For detaljer, se Figur 3.11.

Figur 3.12 Fordeling hoveddiagnose NOM



Blant NOM-klientene (n = 16 til sammen) har 44 % fått diagnosen F65.8 *Annen spesifisert forstyrrelse i seksuelt objektvalg* som hoveddiagnose. F65.4 *Pedofili* er vurdert å være hovedtilstand hos 13 %. Se Figur 3.12

Figur 3.13 Fordeling hoveddiagnose SPIRE



Blant SPIRE-pasientene (n = 17) er F65.4 *Pedofili* satt hyppigst som hoveddiagnose (29 %) og over halvparten har en seksualavviksdiagnose som hovedtilstand. Se Figur 3.13 for detaljer.

3.1.2 Beskrivelse av omfanget av behandlingen

Ved utgangen av desember 2025 er behandlingen avsluttet for 143 pasienter, og data levert til kvalitetsregisteret. De avsluttede behandlingsforløpene har vart fra 2 måneder til litt over 4 år, med et snitt på omtrent 15 måneder. Det er stor variasjon i antall terapitimer, fra 2 til 133, med et snitt på 31. Her er det også stor variasjon mellom behandlingstilbud. Snittet i BASIS er på 40 timer (fra 2 til 133), i Ny Kurs er det 35 (fra 8 til 80), i NOM er det 32 (fra 10 til 68), i DFH er snittet 24 (fra 4 til 94), og i SPIRE er det 11 (fra 6 til 18). SPIRE-pasientene går gjennomsnittlig i behandling i 5 måneder, DFH-pasientene i 13 måneder. Tilsvarende tall for NOM er 14 måneder, for Ny Kurs 16 måneder. Som forventet ut fra antatt høyere risiko og større behandlingsbehov mottar BASIS-klientene behandling gjennomsnittlig over 19 måneder.

3.2 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

3.2.1 Kvalitetsindikatorer

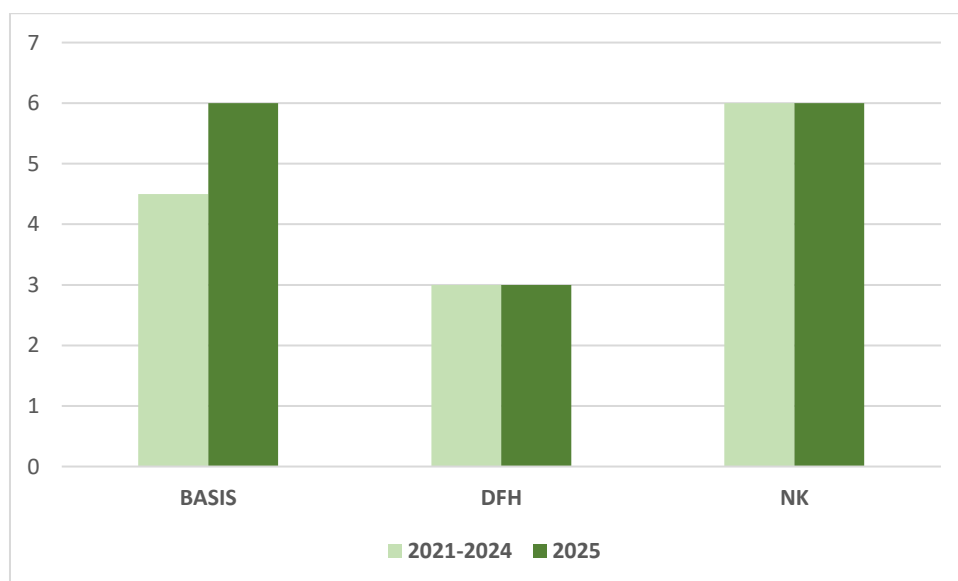
3.2.1.1 Kvalitetsindikator 1: Endring i risikorelevante behandlingsmål

Risiko for å utøve seksuell vold er et viktig fokus både for utvelgelse av klienter, i utredningen for å bestemme behandlingsmål og som indikator på endring. Risikorelevant informasjon vurderes ved hjelp av to klinikeradministrerte instrumenter: VRS-SO og SAPROF-SO.

VRS-SO (Violence Risk Scale – Sexual Offense Version: Wong et al, 2017) er utviklet for å vurdere risiko for tilbakefall til seksuallovbrudd. Det vurderer både statiske og dynamiske risikofaktorer. VRS-SO kartlegger i alt 17 dynamiske risikofaktorer. Disse faktorene skåres fra 0 (risikofaktoren er ikke til stede) til 3 (risikofaktoren er til stede og viser en klar sammenheng med seksuelle overgrep). VRS-SO betrakter dynamiske risikofaktorer skåret 2 eller 3 som behandlingsmål.

I tidligere årsrapporter var en av de 17 risikofaktorene valgt som kvalitetsindikator for KvaSO (D2 Seksuell tvangsmessighet), som en midlertidig løsning. En årsak var at den er relevant også for DFH-populasjonen til tross for at instrumentet ikke i utgangspunktet er utviklet for dem. Etter tilbakemeldinger fra behandlingsmiljøene, blant annet om at dette valget ikke dekker andre risiko-relevante forhold, er denne kvalitetsindikatoren forandret. Nå anvendes isteden en skåre for endring på de dynamiske faktorer som ved oppstart anses som behandlingsmål (skåret 2 eller 3). Skåren refereres til som 'treatment-related change'. VRS-SO bruker en modell for endring hvor individet endrer sin problematferd gjennom å bevege seg gjennom i alt fem stadier. Endringsskåren ('treatment-related change') indikerer hvor mange stadier man har beveget seg. Kvalitetsindikatoren har fått nytt navn: «Endring i risikorelevante behandlingsmål» (tidligere navn: «Endring i voldsrisiko»).

Figur 3.14 Endringsskåre (endring i risikorelevante behandlingsmål)



Figur 3.14 viser endringsskåren for tre av behandlingstilbudene, for alle år til og med 2024 (lysegrønn) og for 2025 (mørkegrønn).

Endringen for BASIS og Ny Kurs ser ut til å være noe større enn tall fra den internasjonale litteraturen på psykologisk behandling av menn dømt for seksuallovbrudd viser. Olver et al. (2018) fant at gjennomsnittlig endringsskåre over fire utvalg fra Canada og New Zealand (n = 913) var 3.7 (± 2.5). Endringsskåren for Ny Kurs ligger stabilt på 6, for BASIS har den økt fra 4.5 tidligere til 6 for 2025. Også for DFH er endringsskåren stabil over tid, og på 3.

Selv om dette ikke er et direkte mål på voldsrisiko, har SAPROF-SO (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk – Sexual Offense version: Willis et al, 2021) inngått som en kvalitetsindikator. Dette er et strukturert instrument som vurderer beskyttende faktorer, det vil si kjennetegn ved personen, miljøet rundt eller situasjonen, som *reduserer* risikoen for fremtidig seksuallovbrudd. SAPROF-SO er organisert i tre deler: resiliens, adaptiv seksualitet og prososialitet. Instrumentet gir også en totalskåre. Hvert testledd gis en verdi fra 0 til 4. Her tilsvarer 0 = lav beskyttelse, 1 = lav-moderat beskyttelse, 2 = moderat beskyttelse, 3 = moderat-høy beskyttelse, mens 4 = høy beskyttelse. Gjennomsnittsskåren for de tre delskalaene og for totalskåren kan rundes av til nærmeste hele tall og deretter tolkes på samme måte for grad av beskyttelse. I denne årsrapporten er SAPROF-SO videreført som en kvalitetsindikator.

Beskyttende faktorer ved oppstart og avslutning av behandlingen er presentert under for DFH og Ny Kurs (for 2025) sammen med tall for avslutning for alle tidligere år.

Tabell 3.1a Beskyttende faktorer, SAPROF-SO, ved oppstart og avslutning av behandlingen: DFH

	2021 – 2024 n = 25	2025 n = 9	
	AVSLUTNING	OPPSTART	AVSLUTNING
Resiliens	2.6	2.6	3.0
Adaptiv seksualitet	2.0	2.1	2.4
Prososialitet	2.5	2.6	2.8
Totalskåre	2.4	2.5	2.7

Tabell 3.1b Beskyttende faktorer, SAPROF-SO, ved oppstart og avslutning av behandlingen: Ny Kurs

	2021 – 2024 n = 22	2025 n = 8	
	AVSLUTNING	OPPSTART	AVSLUTNING
Resiliens	3.1	2.2	2.7
Adaptiv seksualitet	2.0	1.6	1.9
Prososialitet	2.7	1.8	2.1
Totalskåre	2.7	1.9	2.3

Både for totalskåren og for subskalaene finner det sted en numerisk bedring i løpet av behandlingen. En klinisk signifikant bedring – endring av beskyttelseskategori – skjer imidlertid kun for ett område og kun for Ny Kurs. Ved avrundning til nærmeste hele tall, beveger de åtte klientene seg for *resiliens*, gjennomsnittlig og på gruppenivå, fra å ha moderat beskyttelse ved oppstart til å ha moderat-høy beskyttelse ved avslutning. Det understrekes at dette både er et gjennomsnitt og at gjennomsnittet er rundet opp. Det kan være stor variasjon mellom individer.

3.2.1.2 Kvalitetsindikator 2: PROM/PREM Pasientvurdert bedring («utfall») av behandlingen

Pasientenes egenvurdering av hvorvidt behandlingen har vært til hjelp og bidratt til bedring, er en viktig kvalitetsindikator for behandling. Spørreskjemaet PasOpp brukes til å hente inn klientenes erfaringer med behandlingen der har fått.

Til sammen er det registrert 104 PasOpp-besvarelser i KvaSO, hvorav 62 % oppgir at de er svært fornøyd med behandlingstilbudet de har mottatt. Videre sier 31 % at de er ganske fornøyd, mens 3 % er ganske misfornøyd. Hvis vi ser på svarene fordelt på behandlingsteder, så er tallene for OUS så godt som identiske som de samlede tallene. Av de som har fått behandling ved UNN sier 77 % at de er svært fornøyd, 15 % at de er ganske fornøyd, mens ingen rapporterer at de er misfornøyd. Ved St. Olavs Hospital sier 15 % at de er misfornøyd, mens 47 % er svært fornøyd og 33 % ganske fornøyd. Når det gjelder opplevelse av om de psykiske plagene har blitt bedre sammenlignet med før behandlingen, sier 94 % at de har blitt litt eller mye bedre. Så langt er få besvarelser levert fra Stavanger universitetssjukehus, Sykehuset i Østfold og Haukeland universitetssjukehus.

Pasientene rapporterer også opplevd livskvalitet på fire områder: fysisk helse, psykisk helse, sosiale relasjoner og miljøet man befinner seg i. Skjemaet som benyttes til dette, WHOQOL-Bref, er et hyppig anvendt instrument som har vist seg egnet også for norske forhold (Kalfoss et al, 2021). Pasientene fyller ut skjemaet ved inntak, underveis og ved avslutning.

Tabell 3.2 viser selvrapportert livskvalitet som transformerte skårer, på en skala fra 0-100. Disse skårene muliggjør en ipsativ sammenligning, det vil si at den enkelte kan sammenlignes med seg selv, over ulike områder for livskvalitet. Tabellen viser tall ved avslutning for alle behandlingstilbud til og med 2024. I tillegg presenterer vi for første gang tall fordelt på behandlingstilbud, for 2025, for henholdsvis BASIS, DFH og Ny Kurs.

Tabell 3.2 Selvrapportert livskvalitet (WHOQOL-Bref)

	Alle tilbud 2021 – 2024 n = 63	BASIS 2025 n = 6		DFH 2025 n = 10		Ny Kurs 2025 n = 9	
	AVSLUTNING	OPPSTART	AVSLUTNING	OPPSTART	AVSLUTNING	OPPSTART	AVSLUTNING
Domene 1: Fysisk helse	66	79	82	57	74	60	76
Domene 2: Psykisk helse	58	61	77	48	63	51	60
Domene 3: Sosiale relasjoner	57	61	79	41	54	58	63
Domene 4: Miljø/omgivelser	71	47	75	68	78	58	72

KvaSO-pasientene vurderer sin livskvalitet gjennomgående som høyere ved avslutning, uavhengig av behandlingstilbud og område/type livskvalitet. BASIS-pasientene vurderer som forventet (ved oppstart soner de i fengsel), miljøet de befinner seg i, som dårligst av de fire typene livskvalitet. Det er likevel verdt å merke seg at vurderingen deres endrer seg i positiv retning i løpet av behandlingen. Bortsett fra unntaket for fysisk miljø ved oppstart for BASIS, vurderer klientene sin psykiske helse og sine sosiale relasjoner som dårligst, men med bedring i løpet av behandlingen.

3.2.1.3 Kvalitetsindikator 3: Behandlervurdert måloppnåelse i behandlingen

Behandlers vurdering av progresjon i forløpet er en viktig kvalitetsindikator. Behandlingstilbudene benytter instrumentet SGAS (Standard Goal Attainment Scale for Sexual Offenders: Hogue, 1994) til dette formålet. SGAS er en strukturert tilnærming for å vurdere klinisk bedring på sentrale områder i behandling av personer med seksualovergrepssrelatert problematikk. Måloppnåelse i behandlingen vurderes ut fra ulike beskrivelser av holdninger eller atferd. Her inngår hvorvidt man aksepterer at man selv har ansvar hvis man utfører seksuelle overgrep, at man kan identifisere tiltak som vil forebygge seksuelle overgrep, og at man viser motivasjon for å endre seg.

Den opprinnelige versjonen av SGAS inneholder 16 beskrivelser. De første 12 av beskrivelsene ble undersøkt i en studie av Stirpe et al (2001). Senere ble det laget en kortversjon, SGAS-6 (Beggs & Grace, 2011). I 2025 ble den fulle versjonen byttet ut med SGAS-6 i utredningspakken til behandlingstilbudene som leverer data til KvaSO.

Hver av beskrivelsene i SGAS gis en skåre fra -2 til +2. En middelskåre på 0 representerer den laveste akseptable atferd eller holdning. Atferd som faller under det som er akseptabelt skåres -2 eller -1, atferd som er bedre enn det som er akseptabelt skåres +1 eller +2.

Tidligere årsrapporter har presentert samleskåre for SGAS-12 (fordi det muliggjorde en sammenligning med skårer publisert av Stirpe et al (2001)). Med overgangen til SGAS-6, er det naturlig at årsrapporten endrer hvordan behandlervurdert måloppnåelse i behandlingen dokumenteres. At det finnes to utgaver i registeret, løses ved å rapportere gjennomsnittlig skåre på testleddene. Dette gjennomsnittet vil variere fra -2 til +2.

Til sammen er det levert 95 SGAS ved avslutning av behandlingen, med et gjennomsnitt på 0.66. Fordelt på den fulle versjonen (16 testledd) og kort-versjonen (6 testledd) er gjennomsnittet henholdsvis 0.12 (12 besvarelser) og 0.81 (74) besvarelser. Til tross for en numerisk forskjell mellom versjonene, viser dataene at måloppnåelsen i gjennomsnitt er akseptabel, basert på behandlernes vurdering.

Noen behandlere leverer ikke SGAS-data til kvalitetsregisteret.

Kapittel 4

Metoder for fangst av data

Data til KvaSO høstes fra behandlingsforløpenes informasjonsinnhenting ved start, underveis i forløpet og ved avslutning av behandlingen, og omfatter behandlervurderinger og pasientrapport.

Pasientrapportert informasjon omfatter ulike bakgrunnsinformasjon, standardiserte psykometriske instrumenter og spørsmål om pasientopplevelser og pasienttilfredshet. Behandler eller annet personell ved behandlingsenheten registrerer medisinske opplysninger, diagnoser og informasjon om mottatt behandling.

Per i dag er informasjonsinnhenting i klinikk stort sett papirbasert, både for pasient og behandler. Det er ønskelig å gå over til elektronisk registrering på sikt, og ved OUS er dette på trappene via Checkware. På sikt forventes det en mulighet med direkte datafangst fra Checkware til KvaSO-registeret i Medinsight. Det er videre teknisk lagt opp til at elektroniske besvarelser kan importeres fra Nettskjema til Medinsight. Slike nettbaserte løsninger er per i dag ikke gjennomførbare for klienter som befinner seg i fengsel på grunn av manglende tilgang til internett.

For å sikre tilstrekkelig kvalitet og systematikk i overføringen av informasjon fra papir til KvaSOs registerløsning Medinsight, er det inntil videre registerets ansatte som gjør denne jobben manuelt.

Kapittel 5

Datakvalitet

5.1 Antall registreringer

Per 31.12.2025 er det registrert 337 unike pasienter i registeret.

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Dato for oppstart av behandlingstilbudene er ulikt fra behandlingssted til behandlingssted, og tidspunktet for når KvaSO ble introdusert ved behandlingsstedene er også ulik. Det hefter noe usikkerhet rundt når behandlingsstedene begynte å spørre sine klienter om samtykke til å delta i kvalitetsregisteret. Se 5.4 for justering av formel for å regne ut dekningsgraden, innført i 2025.

5.3 Tilslutning

Registeret samler data fra alle helseregioner, og alle helseregioner har levert data til registeret. Sørlandet Sykehus har ikke levert data siden juni 2024 og har ikke lenger behandlere ansatt for BASIS-behandling ved Froland fengsel.

5.4 Dekningsgrad

Formelen for å regne ut dekningsgraden ble justert i 2025 etter tilbakemeldinger fra de kliniske miljøene. Det ble påpekt at det ikke er naturlig at personer som enten selv avslutter eller som avsluttes av kliniker før utredning og/eller behandling igangsettes telles med i det totale henvisningsgrunnlaget. Disse er derfor nå tatt ut av beregningsgrunnlaget.

Alle pasienter som har mottatt behandling skal ha blitt forespurt om deltagelse. Det er ikke kjent hvorvidt noen ikke har blitt forespurt.

Dekningsgrad i prosent er presentert i Tabell 5.1., 5.2 og 5.3.

BASIS har den høyeste dekningsgraden, tilsvarende 60 % siden oppstart. BASIS-tallene for 2025 viser en betydelig forskjell mellom regioner. Mens OUS har en dekningsgrad på 100 % og Stavanger universitetssjukehus på 90 %, er den i 2025 på kun 33 % ved Sykehuset i Østfold, 29 % ved Haukeland og 25 % ved UNN. Haukeland har hatt en lav dekningsgrad (36 %) over tid, men ved de to andre sykehusene har den gått betydelig ned.

DFH har gjennomgående lavere dekningsgrad enn BASIS. Totalt siden oppstart er den på 41 %. Ved OUS og UNN har den steget i 2025, fra henholdsvis 36 % til 47 % og fra 35 % til 50 %. Det er grunn til å tro at dette i alle fall delvis kan tilbakeføres til justeringen av formel for utregning av dekningsgrad. Innspill til denne justeringen kom i stor grad fra DFH i OUS. For 2025 har Haukeland universitetssjukehus ikke inkludert noen DFH-pasienter i KvaSO, altså en dekningsgrad på null.

Ved St. Olavs Hospital er det nedgang i dekningsgrad fra 2024 til 2025, fra 51 % til 45 %. Kun

en tredjedel av DFH-klientellet samtykker til å inngå i KvaSO. Tallet for BASIS er 67 %, mens litt mer enn halvparten av SPIRE-klientellet er inkludert i KvaSO. For andre behandlingssteder og tilbud vises det til tabellene.

Selv om den totale dekningsgraden har gått opp med ett prosentpoeng, til 49 %, og i flere tilfeller øker betraktelig, ser vi med bekymring på nedgangen ved UNN, Sykehuset i Østfold og spesielt ved Haukeland universitetssjukehus. En total dekningsgrad på 24 %, 33 % eller 14 % er ikke tilfredsstillende. På den annen side er det gledelig at Stavanger universitetssjukehus og spesielt OUS har økt sin tilslutning til registeret.

Det er syv pasienter som har blitt overført fra et behandlingssted til et annet. Fra og med 2025 vil disse ble talt med i dekningsgraden der hvor de startet opp, men fjernet fra henvisningsgrunnlaget for behandlingsstedet de ble overført til. Dette er gjort for å unngå falsk reduksjon av dekningsgrad på behandlingssted nummer to. I den totale dekningsgraden telles de kun en gang.

Tabell 5.1 Dekningsgrad

Region	Behandlingsenhet	Dekningsgrad i % tom 2024	Dekningsgrad i % 2025	Dekningsgrad i % totalt**	Totalt antall registrerte av aktuelle
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge	42	24	40	39 av 98
	BASIS	44	25	37	7 av 19
	DFH	35	50	40	14 av 35
	NOM	48	20	46	16 av 35
	Andre	50	0	22	2 av 9
Helse Midt	St. Olavs hospital	51***	45	49	51 av 104
	BASIS	67	67	67	18 av 27
	DFH	38	33	37	17 av 46
	SPIRE	58	47	52	16 av 31
Helse Sør-Øst	Sørlandet Sykehus – Arendal (BASIS)	67*	-	67*	4 av 6*
	Sykehuset Østfold – Halden (BASIS)	68	33	64	16 av 25
	Oslo universitetssykehus	47	64	53	168 av 318
	BASIS	70	100	82	45 av 55
	DFH	36	47	40	64 av 161
	Ny Kurs	50	75	58	59 av 102
Helse Vest	Haukeland universitetssjukehus	45	14	39	27 av 69
	BASIS	36	29	35	12 av 34
	DFH	54	0	43	15 av 35
	Stavanger universitetssjukehus	60	67	67	32 av 48
		62	90	78	18 av 23
	BASIS	59	38	56	14 av 25
Alle	Alle	48***	50	49	330 av 668

* Sørlandet Sykehus har ikke levert data siden 2024

** I den totale dekningsgraden telles hver person kun én gang, også de som er overført mellom behandlingstilbud (n = 7)

***For Helse Midt; etterregistrering etter siste årsrapport, endring fra 49 % til 51 %. For Alle fra 47 % til 48 %.

Tabell 5.2 Dekningsgrad fordelt på region

Region	Dekningsgrad i %
Helse Nord	41
Helse Midt-Norge	49
Helse Sør-Øst	54
Helse Vest	50

Pasienter overført til ny helseregion er talt begge steder.

Tabell 5.3 Dekningsgrad fordelt på behandlingstilbud

Behandlingstilbud	Dekningsgrad i %
BASIS	60
DFH	41
NK	58
SPIRE	52
NOM	46

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Registeret har så langt ikke etablert rutiner for intern sikring av datakvalitet.

5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet

Registeret har så langt ikke etablert metoder for vurdering av korrekthet, kompletthet og reliabilitet.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Registeret har så langt ikke vurdert korrekthet, kompletthet og reliabilitet.

Kapittel 6

Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Alle personer som mottar behandling for seksualovergrep relatert problematikk ved enhetene nevnt i 2.1.1 omfattes av registeret.

6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

Alle variabler er kodet i både Nettskjema og selve databasen (Medinsight). En skjemaliste med oversikt over variabler og instrumenter som er i bruk i registeret er lagt ut på KvaSOs hjemmeside. Utover dette er det ikke utviklet noen kodebok for inkluderte variabler.

Kvalitetsindikatorer er endring i voldsrisiko (VRS-SO, SAPROF-SO), pasientvurdert bedring av behandlingen (PasOpp, WHOQOL-Bref), og behandlervurdert måloppnåelse i behandlingen (SGAS). I denne årsrapporten er den første kvalitetsindikatoren (VRS-SO D2 = dynamisk faktor Seksuell tvangsmessighet) endret. Det har hele tiden vært åpenhet rundt at denne kvalitetsindikatoren vil kunne komme til å justeres. Behandlermiljøene har påpekt at D2 gir begrenset informasjon. Derfor brukes nå et mål på endring på de dynamiske faktorene som utgjør behandlingsmål ('treatment-related change').

Det vil være aktuelt å endre også andre kvalitetsindikatorer. Det finnes medisinske kvalitetsregistre som definerer kvalitetsindikatorer ved å angi prosentandelen som oppnår en viss grad av bedring, for eksempel indikert ved en cutoff på et instrument. Både for VRS-SO og for SAPROF-SO kan man tenke seg en lignende løsning.

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Ved avslutning av behandling fyller alle pasienter ut PasOpp. I tillegg selvrapporterer de livskvalitet på skjemaet WHOQOL-Bref ved oppstart, underveis og ved avslutning av behandlingen.

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Det er ikke gjort noen analyser av sosiale og demografiske ulikheter i helse.

6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.

KvaSO er av nasjonalt omfang. De valgte kvalitetsindikatorer er dermed gjeldende nasjonalt. Registeret har så langt ikke bidratt til utvikling av nasjonale retningslinjer.

6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

Det er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for DFH. På sikt vil kvalitetsregisteret kunne gi informasjon om i hvilken grad disse etterleves.

6.7 Identifisering av pasientrettede forbedringsområder

Det er ikke identifisert noen pasientrettede forbedringsområder av analysene. Vi ser behov for økt dekningsgrad og mer data, for å kunne identifisere forbedringsområder.

6.8 Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring

Det er ikke igangsatt, videreført eller avsluttet konkrete tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring.

6.9 Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)

Ikke aktuelt.

6.10 Pasientsikkerhet

KvaSO har så langt ikke mottatt informasjon om konkrete uønskede hendelser eller komplikasjoner under behandlingen.

Kapittel 7

Formidling av resultater

KvaSO sender ut nyhetsbrev to ganger årlig, i juni og desember. Nyhetsbrevene ligger, sammen med årsrapporter, fritt tilgjengelig på registerets hjemmeside.

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

KvaSO har tett dialog med de deltakende enhetene og benytter slike kontaktpunkter til å formidle generell informasjon om og resultater fra registeret.

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

KvaSO har formidlet resultater til administrasjon og ledelse ad. hoc, hvor ledelse har etterspurt dette.

7.3 Resultater til pasienter

Det formidles ikke resultater direkte til pasienter, men i samtykkeskjemaet får de vite at informasjon fra registeret formidles i nyhetsbrev, som kan lastes ned fra registerets nettside. Registeret har lagt til rette for at nyhetsbrev og brosjyrer med generell informasjon om registeret kan gjøres tilgjengelig på venterommet ved de deltakende enhetene.

Kapittel 8

Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

KvaSO har ikke samarbeidet med andre helse- og kvalitetsregistre.

8.2 Vitenskapelige arbeider

Fagrådet har godkjent utlevering til tre forskningsprosjekter. Data er levert ut til alle tre prosjekter.

I ett av prosjektene er det skrevet en hovedoppgave i psykologi (levert Universitetet i Oslo vår 2025). Dette arbeidet er senere skrevet om til artikkelformat og er for tiden under fagfelleevaluering i et internasjonalt tidsskrift. Temaet for dette forskningsprosjektet er psykologisk behandling av personer med høy risiko for tilbakefall til seksuallovbrudd (BASIS).

En artikkel er under lignende fagfelleevaluering også fra et av de andre prosjektene; forekomst av parafilier blant personer som mottar behandling for seksualovergrepssrelatert problematikk.

Del II

Plan for forbedringstiltak

Kapittel 9

Videre utvikling av registeret

9.1 Forbedring av datafangst

9.1.2 Planlagte tiltak

Registerets ansatte har samarbeidet med teknisk personell ved OUS og med Checkware for å tilrettelegge for at pasienter og behandlere selv kan registrere data elektronisk. Når løsningen er tatt i bruk ved OUS og viser seg funksjonell der, vil det være aktuelt å få den utvidet til andre helseforetak.

I det videre vil man jobbe sammen med teknisk personell ved OUS og med ansatte ved Medinsight (registerløsningen som KvaSO anvender) for å sikre direkte elektronisk datafangst mellom Checkware, sykehusets journalsystemer og KvaSO.

9.2 Forbedring av datakvalitet

9.2.1 Status og tiltak for å øke tilslutning

For alle enheter som behandler pasienter med seksualovergrep relatert problematikk, inngår levering av data til KvaSO som del av oppdraget. Det er gledelig at den totale dekningsgraden har økt noe siden forrige årsrapport, til 50 % for 2025. Tallet er likevel ikke tilfredsstillende og skjuler betydelig variasjon mellom behandlingstilbud og -steder.

BASIS-tilbudene ved OUS (100 %) og Stavanger universitetssjukehus (90 %) ligger best an for 2025 og har også økt sin dekningsgrad i 2025. BASIS-tilbudene ved Haukeland universitetssjukehus og UNN har hatt en motsatt og negativ utvikling og leverer nå data for færre enn en tredjedel av sine klienter. Tallene ved OUS og Stavanger universitetssjukehus illustrerer at det er mulig å oppnå en tilfredsstillende dekningsgrad. En høy nok dekningsgrad er nødvendig for å kunne informere kvalitetssikring av behandlingen på en pålitelig nok måte.

Per i dag er tilslutningen for å levere data til registeret for lav. For å øke tilslutningen vil registeransatte fremover kontakte behandlermiljøene for innspill til hvordan man kan oppnå at flere samtykker til å inngå i registeret. Det er innkommet forslag om justering av formel for dekningsgrad, om innhenting av data elektronisk og om justering av selve samtykkeskjemaet. Det første forslaget er gjennomført, det andre er på trappene ved OUS, og det tredje må vurderes.

9.2.2 Pågående kvalitetsarbeid

De siste årsrapportene beskrev utfordringer rundt bruk av diagnosekoder ved vurdering av seksuell interesse for prepubertale og pubertale barn. I det nasjonale behandlermiljøet har dette vært løftet frem som et diskusjonstema med ønske om å utvikle en ensrettet praksis. KvaSOs daglige leder har bidratt inn i dette arbeidet. Diskusjonen handler om hvorvidt seksuell interesse for pubertale barn, referert til som *hebefili*, utgjør en psykisk lidelse eller

ikke. Internasjonalt er ikke hebefili anerkjent som sykdom. Likevel mener noen at ICD-10-koden *F65.8 Annen spesifisert forstyrrelse i seksuelt objektvalg* kan anvendes. Andre har påpekt at et alternativ er å kode det som *Z70.1 Kontakt med helsetjenesten for rådgivning i forbindelse med seksuell atferd eller orientering* siden offentlig psykisk helsevern krever at behandlingskontakt blir kodet. Det er ikke oppnådd noen konsensus i bruken av kode for hebefili.

9.3 Formidling av resultater

I 2025 har registeret formidlet resultater i møter med leverende enheter og gjennom halvårlig nyhetsbrev.

9.4 Samarbeid og forskning

KvaSO har ikke lagt konkrete planer for samarbeid og forskning, men har etter godkjenning fra fagrådet, levert ut data til tre REK-godkjente forskningsprosjekt. De tre forskningsprosjektene tar for seg 1) forekomst av parafilier blant personer som mottar behandling for seksualovergrepssrelatert problematikk, 2) psykologisk behandling av personer med høy risiko for tilbakefall til seksuallovbrudd (BASIS), og 3) behandlingsbehov blant personer som mottar behandling for seksualovergrepssrelatert problematikk (BASIS og DFH).

Del III

Stadievurdering

Kapittel 10

Referanser til vurdering av stadium

10.1 Vurderingspunkter

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepssrelatert problematikk* og registerets egen evaluering.

		Egen vurdering 2024	
	Kapittel	Ja	Nei
Stadium 2			
1 Samler data fra alle aktuelle helseregioner	3 , 5.3	✓	
2 Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	3	✓	
3 Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2		✓
4 Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	7.1 , 7.2		✓
5 Har en oppdatert plan for videre utvikling	Del II , 9		✓
Stadium 3			
6 Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	5.7		✓
7 Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	5.2 , 5.4		✓
8 Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.4		✓

- | | | | |
|----|---|--|---|
| 9 | Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater | 7.1 , 7.2 | ✓ |
| 10 | Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer | 3 , 6.6 | ✓ |
| 11 | Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret | Del II , 9 | ✓ |

Stadium 4

- | | | | |
|----|--|---|---|
| 12 | Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable | 5.6 , 5.7 | ✓ |
| 13 | Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år | 5.2 , 5.4 | ✓ |
| 14 | Registrerende enheter har on-line tilgang til oppdaterte data for pasienter de selv har registrert inn samt nasjonale aggregerte data. | 7.1 | ✓ |
| 15 | Registerets data anvendes vitenskapelig | 8.2 | ✓ |
| 16 | Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig) | 3.1 | ✓ |

Nivå A, B eller C

Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller

Ja

Nivå A

- | | | | |
|----|--|---------------------|--------------------------|
| 17 | Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret | 6.9 | ☐ |
|----|--|---------------------|--------------------------|

Nivå B

- | | | | |
|----|--|---|--------------------------|
| 18 | Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid | 6.7 , 6.8 | ☐ |
|----|--|---|--------------------------|

Nivå C

- | | | | |
|----|--------------------------------|--|---|
| 19 | Oppfyller ikke krav til nivå B | | x |
|----|--------------------------------|--|---|

10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Ikke aktuelt.

Kapittel 11

Referanseliste

Askeland et al. (2016). Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (Rapport 10).

Beggs & Grace (2011). Treatment gain for sexual offenders against children predicts reduced recidivism: a comparative validity study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79:182-192.

Berman et al. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research* 11:22-31. <https://doi.org/10.1159/000081413>

Dale MTG et al. (2023). Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (Rapport 1).

Fosse et al. (2020). Measuring childhood maltreatment: psychometric properties of the Norwegian version of the Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale. *PLoS One* 15(2):e0229661 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229661>

Hogue T (1994). *Goal attainment scaling: a measure of clinical impact and risk assessment*. In: Rights and risks: the application of forensic Psychology. British Psychological Society, pp. 96-102.

Holt et al. (2016). Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (Rapport 6).

Kalfoss et al. (2021). Validation of the WHOQOL-Bref: psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. *Health and Quality of Life Outcomes* 19:13 <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01656-x>

Krug et al. (2002). Violence-A global public health problem. I *World report on violence and health* (pp. 3-21). Geneve: Verdens Helseorganisasjon.

Moen et al. (2016). Kartlegging av behandlingstilbudet til: Barn som er utsatt for eller som utøver vold og seksuelle overgrep og voksne som utøver vold. En pilotstudie om behandlingstilbudet i fire norske fylker. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress.

Muller AE (2020). A systematic review of quality of life assessments of offenders. *International Journal of Offenders Therapy and Comparative Criminology* 64:13-64-1397. <https://doi.org/10.1177/0306624x19881929>

Olver et al. (2018). Using the Violence Risk Scale-Sexual Offense version in sexual violence risk assessments: updated risk categories and recidivism estimates from a multisite sample of treated sexual offenders. *Psychological Assessment* 30:941-955. <https://doi.org/10.1037/pas0000538>

Saunders et al. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 88:791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Stirpe et al. (2001). Goal attainment scaling with sexual offenders: a measure of clinical impact at posttreatment and at community follow-up. *Sexual Abuse* 13:65-77.

<https://doi.org/10.1177/107906320101300201>

Teicher et al. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLoS One* 10(2):e0117423

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117423>

Thoresen S, & Hjemdal OK. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. (Rapport 1).

Willis et al (2021). Structured Assessment of Protective Factors for violence risk – Sexual Offense version. Manual.

Wong et al (2017). Violence Risk Scale – Sexual Offense Version. Manual.

Kapittel 12: Appendiks

Utredningspakker ved inntak

Instrument	Forkortelse	Målt konstrukt	Format	BASIS	Ny Kurs	DFH/NOM/SPIRE
MINI eller SCID-5-KV		Psyriske lidelser	Klinikeradministrert	x	x	x
SCID-5-PF screening/SCID-5-PF		Personlighetsforstyrrelser	Selvrappport/ Klinikeradministrert	x	x	x
AUDIT/DUDIT		Rus	Selvrappport	x	x	x
Structured Assessment of Protective Factors for violence risk-Sexual Offense version	SAPROF-SO	Voldsrisiko: beskyttende faktorer	Klinikeradministrert	x	x	x
Violence Risk Scale-Sexual Offense Version	VRS-SO	Voldsrisiko: statiske og dynamiske risikofaktorer	Klinikeradministrert	x	x	x
Hayes Ability Screening Index	HASI	Kognitive evner	Klinikeradministrert	x	x	x
Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale	MACE	Belastende barndomsopplevelser	Selvrappport	x	x	x
WHO's Quality of Life Questionnaire	WHOQOL-Bref	Livskvalitet	Selvrappport	x	x	x
Sexual Experiences Survey-Short Form Perpetration	SES-SFP	Seksuell tiltrekning/historikk	Selvrappport		x	x
Paraphilias Scale		Seksuell tiltrekning/historikk	Selvrappport		x	x
Short form Self-Regulation Questionnaire	SSRQ	Selvregulering	Selvrappport			x
Difficulties in Emotion Regulation Scale	DERS-18	Selvregulering	Selvrappport			x
Coping Inventory for Stressful Situations	CISS-21	Selvregulering	Selvrappport			x
Self-Efficacy Scale Related to Minors	SESM-C	Mestringstro	Selvrappport			x
Revised Self-Efficacy Scale	RSES	Mestringstro	Selvrappport			x
Fear of Intimacy Scale	FIS	Sosiale relasjoner	Selvrappport			x
UCLA Loneliness Scale	UCLS	Sosiale relasjoner	Selvrappport			x