

Medisinsk kvalitetsregister for
seksualovergrep-relatert problematikk

Årsrapport

2022-2023

Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepssrelatert problematikk

Årsrapport for 2022-2023

ANJA VASKINN OG CHRISTIAN LIE

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

30. JUNI 2023

Kontaktinformasjon

Leder

Anja Vaskinn

Fagrådsleder

Christine Friestad

Administrasjonsrådgiver

Christian Lie

Besøksadresse:

Gaustad sykehus

Sognsvannsveien 21 (bygg 14)

0372 Oslo

Postadresse:

Oslo universitetssykehus HF

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Postboks 4950 Nydalen

0424 Oslo

E-post:

kvaso@ous-hf.no

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 [Evaluering 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 første årsrapport inkluderer data for 97 pasienter (av 235 aktuelle kandidater). De fordeler seg med 40 % på Det Finnes Hjelp (et lavterskel selvhenvisingstilbud) og 37 % 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. Så langt er det ikke registrert tilstrekkelig data til å rapportere (endring på) disse, men noen tall fra behandlingsstart finnes i årsrapporten. Registerets samlede dekningsgrad er på 41 %, med stor variasjon mellom enheter. Noen enheter tilsluttet seg registeret rett før årsrapporten ble utformet og har ikke ennå levert data. Et viktig pågående arbeid er å øke tilslutningen og dekningsgraden.

Kapittel 2

Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

Om seksualovergrep relatert 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.

Befolkningsbaserte undersøkelser har vist en livstidsforekomst av seksuelle overgrep på 34 % blant kvinner og 11 % blant menn (Thoresen & Hjemdal, 2014). Behandling rettet mot utøvere av seksuell vold er et av virkemidlene i arbeidet for å forebygge vold og overgrep (jfr. Opptrappingsplan 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 seksualovergrep relatert 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 seksualovergrep relatert problematikk (KvaSO) er et samtykkebasert kvalitetsregister for pasienter som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten for seksualovergrep relatert 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 og NOM (Nedlastning av OvergrepsMateriale) ved UNN. Disse inngår også i KvaSO.

2.1.2 Registerets formål

KvaSO inkluderer enheter i psykisk helsevern for voksne som behandler pasienter med

seksualovergrep relatert problematikk. Registerets formål 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.

Registerets opplysninger skal primært brukes til kvalitetsforbedring, men kan også anvendes til forskningsformål. Aktuelle forskningsspørsmål er undersøkelser av behandlingsresultat, inkluderte hvorvidt (nye) seksuallovbrudd finner sted. Det er også en viktig oppgave for registeret å beskrive pasientgruppene i de ulike behandlingstilbudene.

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. Her er det representanter for tre av fire helseregioner som leverer data til registeret. Videre er klinisk kompetanse på behandling av seksualovergrep relatert problematikk representert. Medlemmer av Fagrådet har forskningskompetanse og erfaring med medisinske kvalitetsregistre. Representanter per juni 2023 er:

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

- Ingrid Dieset, Oslo universitetssykehus HF
- Anne Margrethe Myhre, Oslo universitetssykehus HF
- Trine Oppegård Persson, Oslo universitetssykehus HF
- Øyvind Rø, Oslo universitetssykehus HF
- Dagfinn Sørensen, Helsedirektoratet
- Anja Vaskinn (faglig leder KvaSO, uten stemmerett i fagrådet), Oslo universitetssykehus HF

Fagrådet har ikke brukerrepresentant.

Det har ikke lyktes å rekruttere geografisk representasjon fra Helse Vest. Ett av fagrådsmedlemmene har skiftet jobb og er for tiden ansatt i Helsedirektoratet. Per tid er derfor Fagrådet uten representasjon også fra Helse Nord.

Det har i perioden 1. januar 2022 til 13. juni 2023 vært avholdt fem fagrådsmøter. I tillegg ble det i november 2022 gjennomført elektronisk behandling av noen saker. Viktige saker har vært: ferdigstilling av registerets vedtekter, utarbeidelse av retningslinjer for tilgang til, utlevering og bruk av data fra registeret, etablering av et kortnavn (KvaSO) på registeret, sikre relevant representasjon i Fagrådet.

Kapittel 3

Resultater

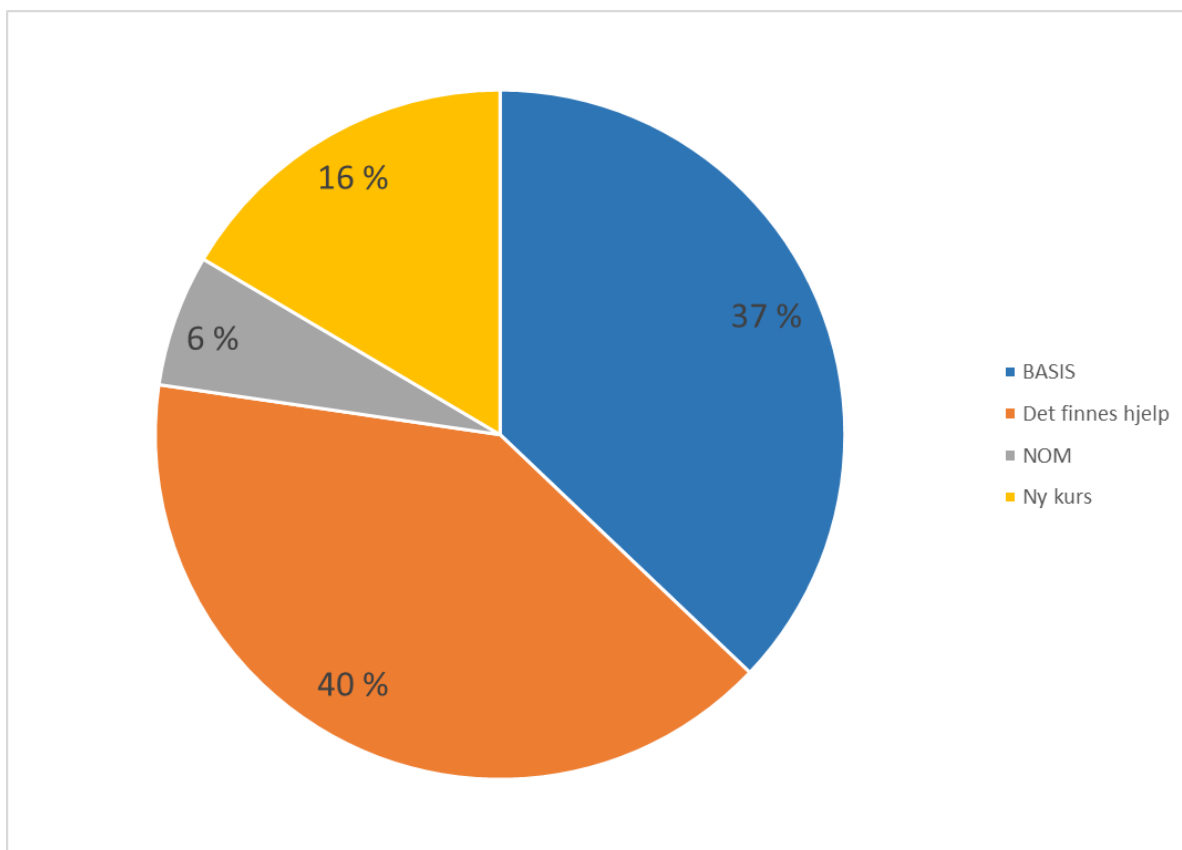
3.1 Generelle analyser

3.1.1 Beskrivelse av pasientgruppen

Per 15. juni 2023 har totalt 97 pasienter samtykket til å inngå i kvalitetsregisteret. Den følgende beskrivelsen tar utgangspunkt i disse. Alle behandlingstilbudene er åpne for begge kjønn. Den store majoriteten av pasientene er menn, og det er færre enn 5 kvinner i registeret. Av anonymiseringshensyn presenteres derfor data for menn og kvinner samlet.

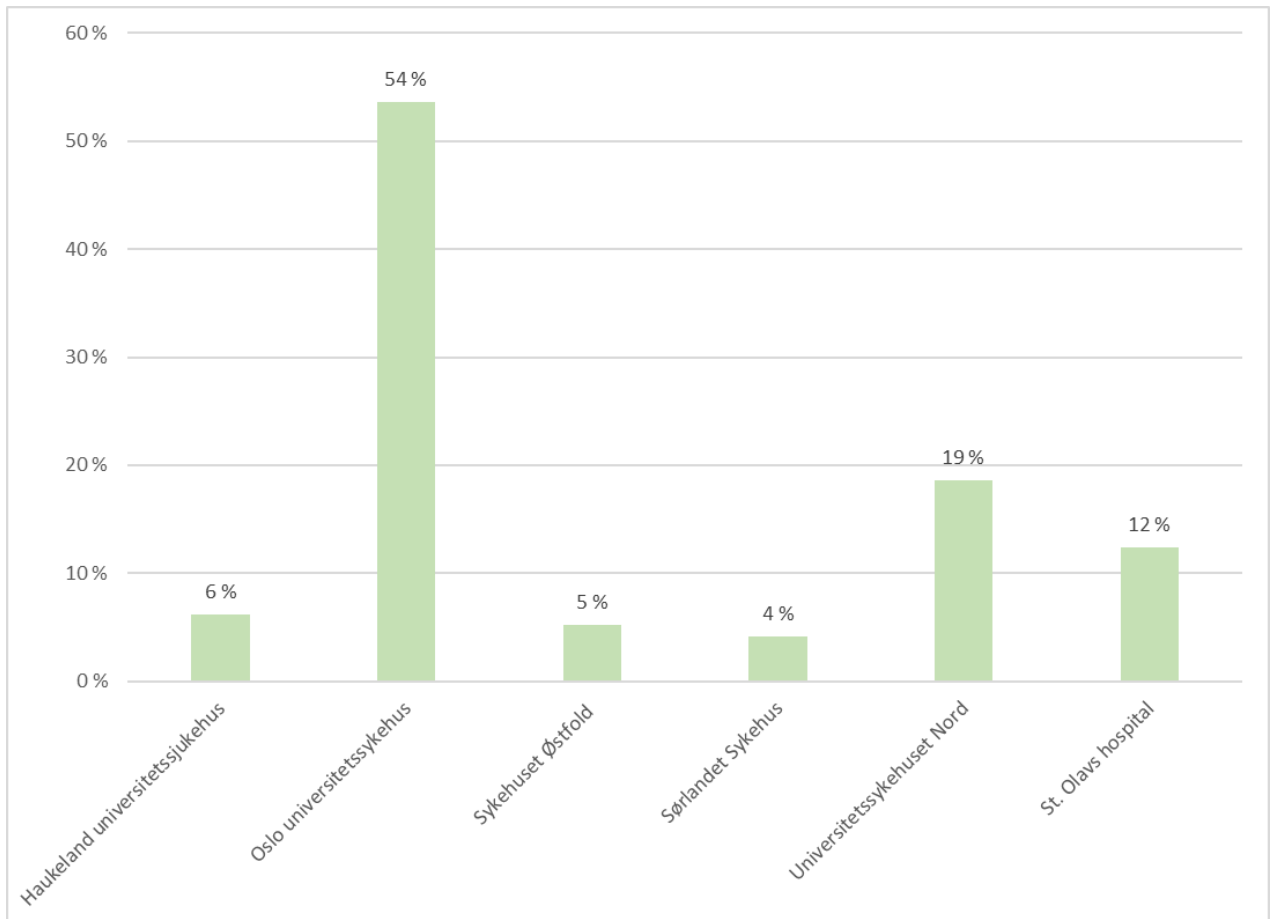
DFH og BASIS utgjør de største leverandørene av pasienter til registeret, med henholdsvis 40 % og 37 %. Det er som forventet siden dette er de to behandlingstilbudene som tilbys i alle helseregioner. Pasienter fra Ny Kurs ved OUS utgjør 16 %, mens NOM ved UNN tilsvarer 6 %. Se Figur 3.1.

Figur 3.1 Fordeling på behandlingstilbud



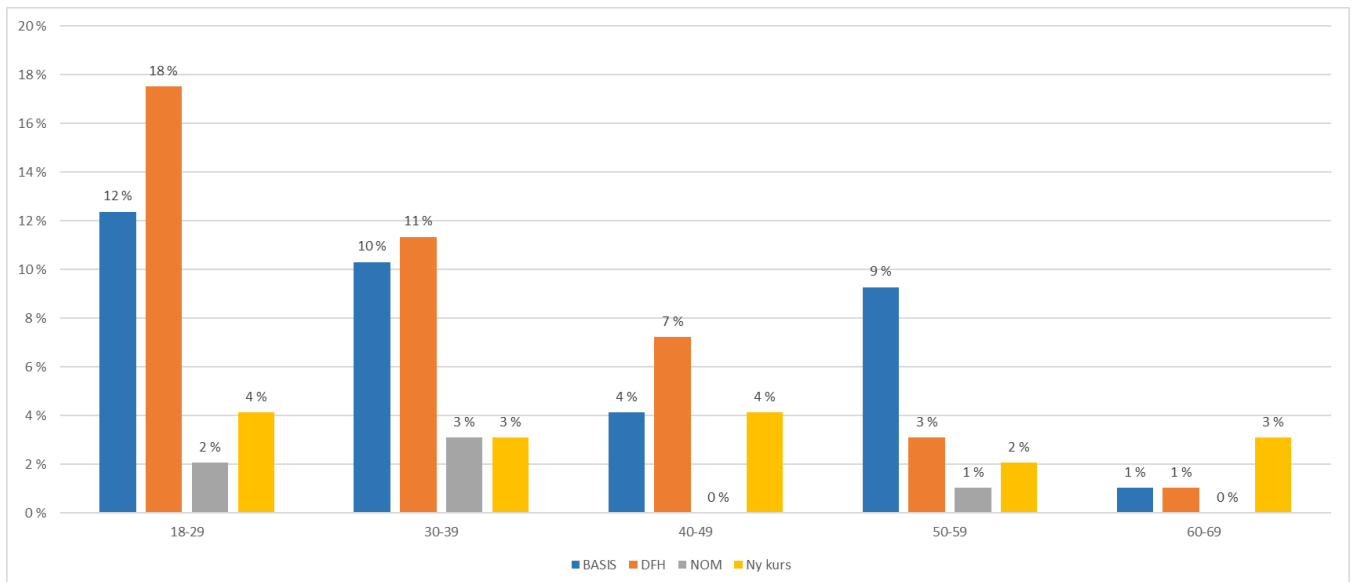
Brorparten av data levert til kvalitetsregisteret er fra OUS (54 %). Det er også som forventet siden OUS har flest behandlere og har behandlet flest pasienter siden oppstart av tilbudene. Se Figur 3.2 for geografisk fordeling på leverende sykehus.

Figur 3.2 Fordeling på behandlingssted



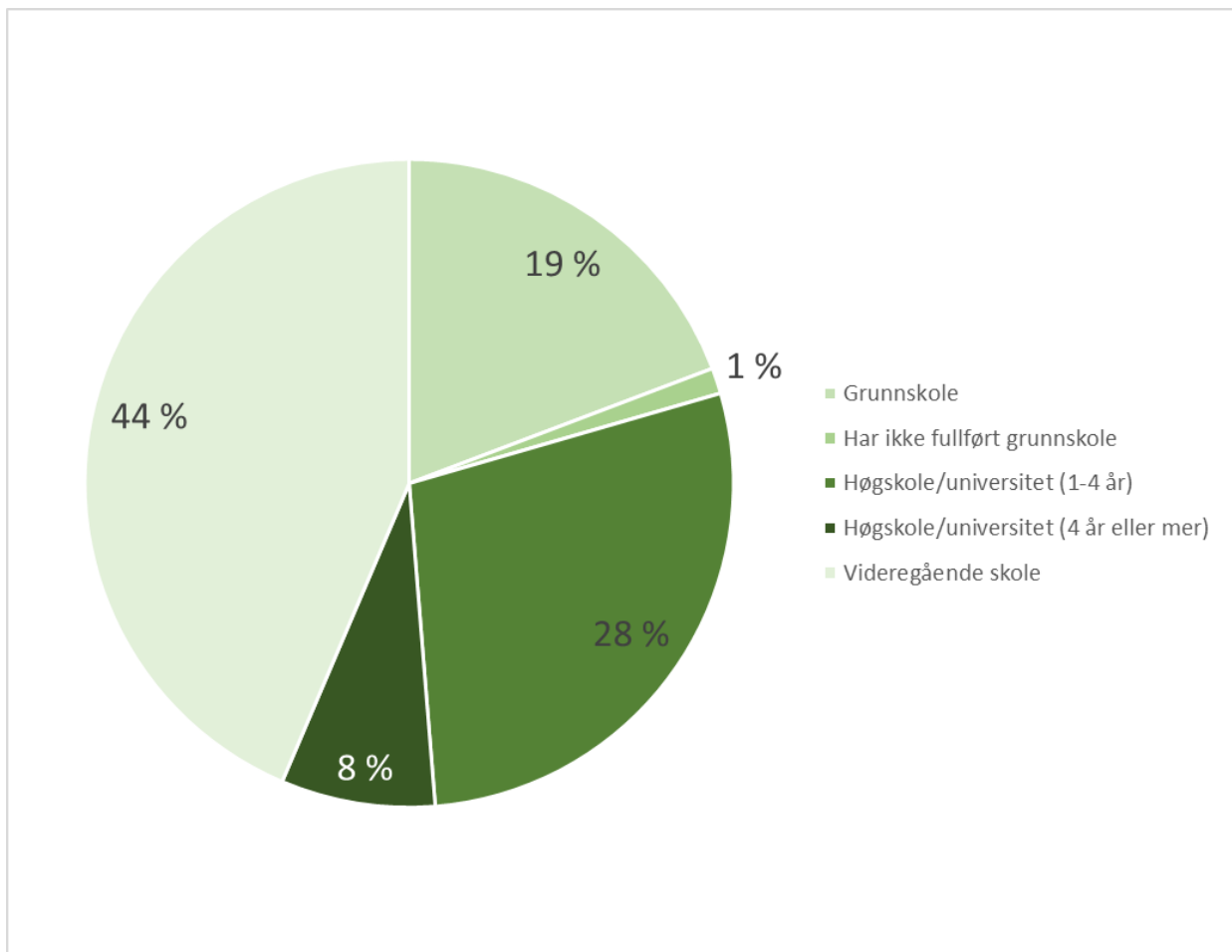
Alle alderskategorier fra 18 til 69 år er representert, men de fleste som mottar behandling er under 40 år. I den yngste aldersgruppen, fra 18-29 år, er de fleste i DFH-behandling. De fleste DFH-pasienter er under 30 år, mens BASIS-klientellet fordeler seg jevnere på alle alderskategorier. Se Figur 3.3.

Figur 3.3 Aldersfordeling for de ulike behandlingstilbudene

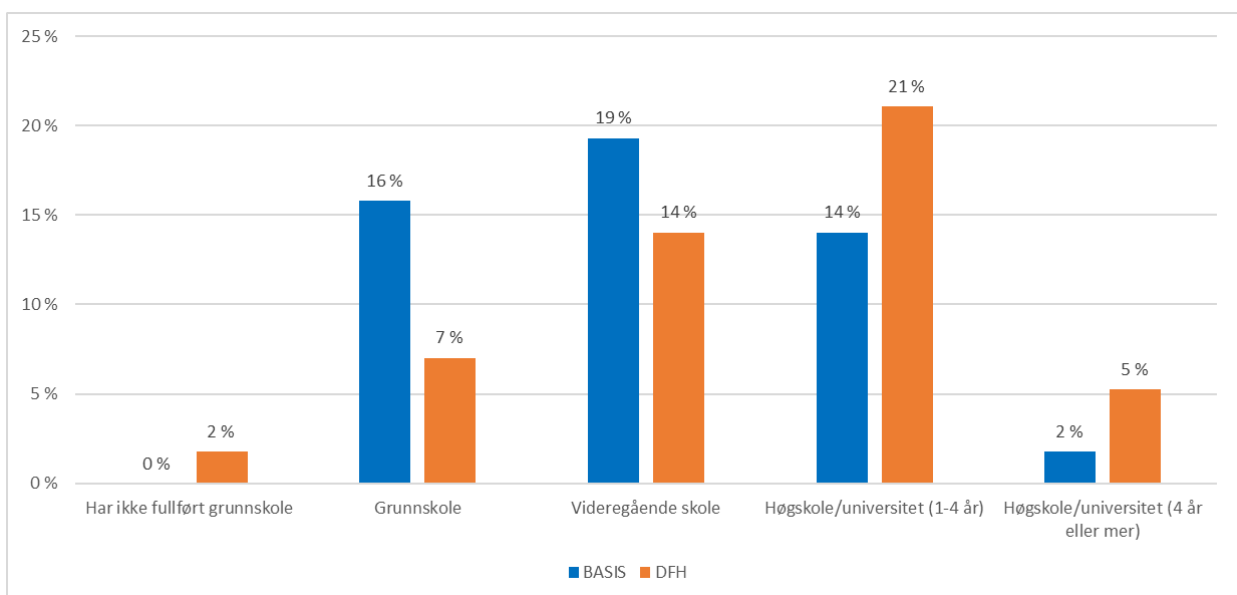


Førtifire prosent har fullført videregående skole, mens ytterligere 36 % har høyere utdanning. Kun 1 % oppgir at de ikke har fullført grunnskolen. Se Figur 3.4. Blant de med høyere utdanning tilhører flest DFH-populasjonen. Se Figur 3.5.

Figur 3.4 Utdanning

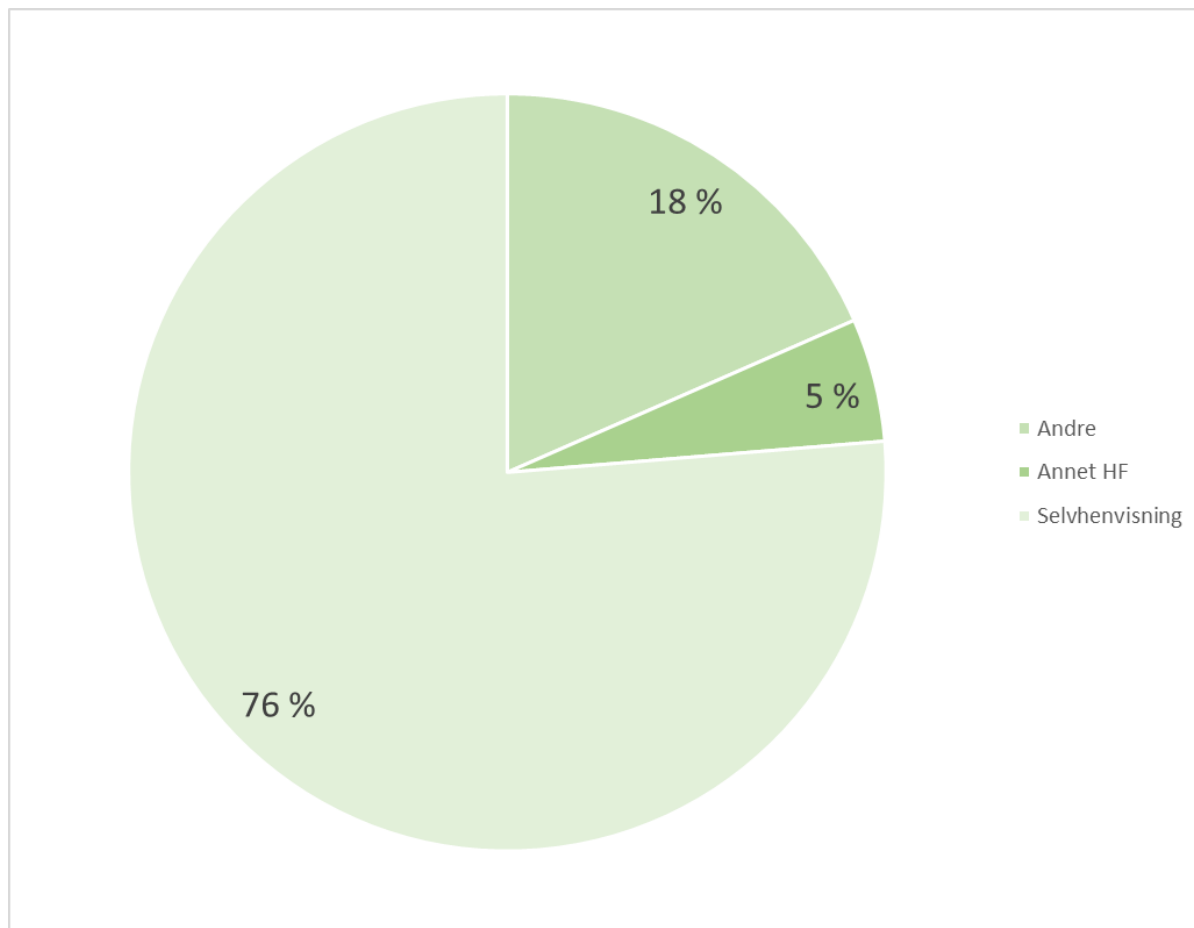


Figur 3.5 Utdanning fordelt på BASIS og DFH



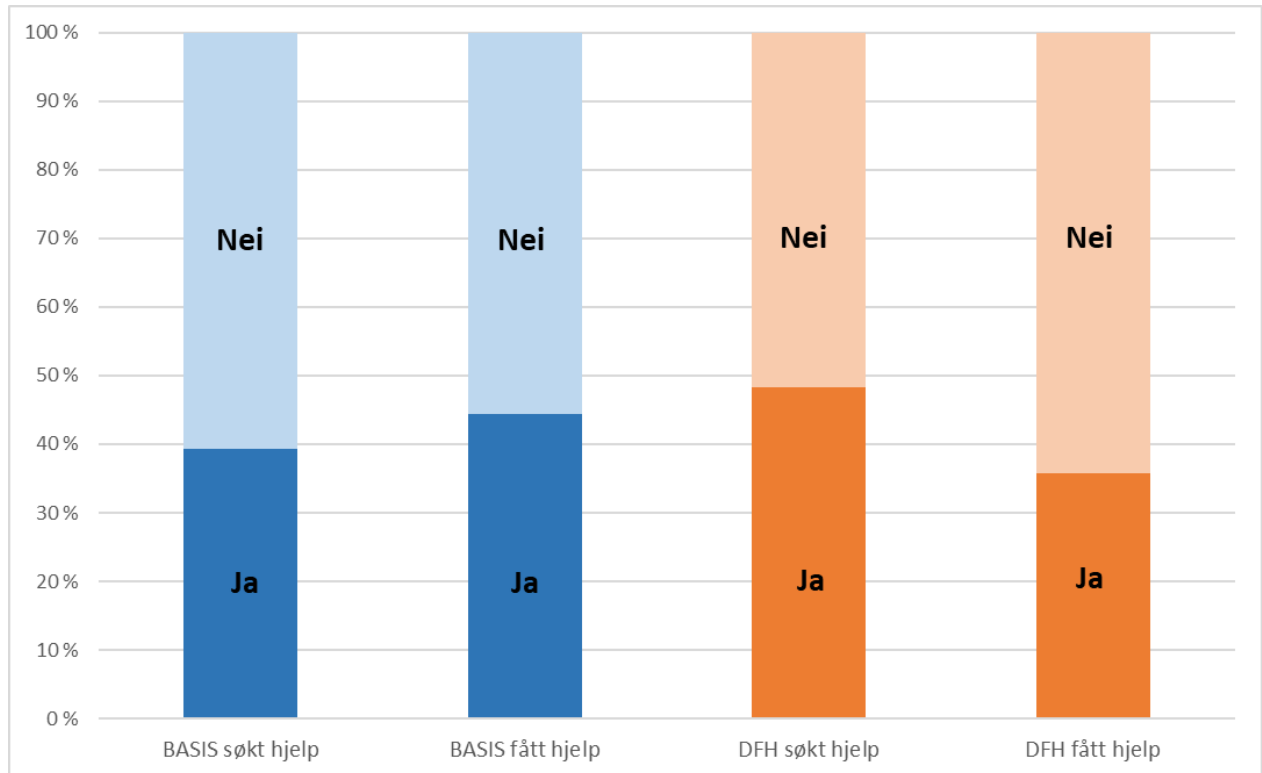
DFH er et lavterskeltilbud hvor man kan henvise seg selv. Tre fjerdedeler av de registrerte har gjort det. Noen er henvist fra et annet helseforetak, som kan være en av de andre DFH-tjenestene. Noen er også henvist fra DPS i egen region. Se Figur 3.6.

Figur 3.6 Henvisende instans DFH



Når det gjelder andelen som tidligere har henholdsvis søkt eller fått hjelp for seksualovergrep-relatert problematikk, så ligger den på rundt 40 % i både BASIS- og DFH-gruppen. Se Figur 3.7.

Figur 3.7 Andelen som har søkt hjelp vs. fått hjelp, fordelt på BASIS og DFH



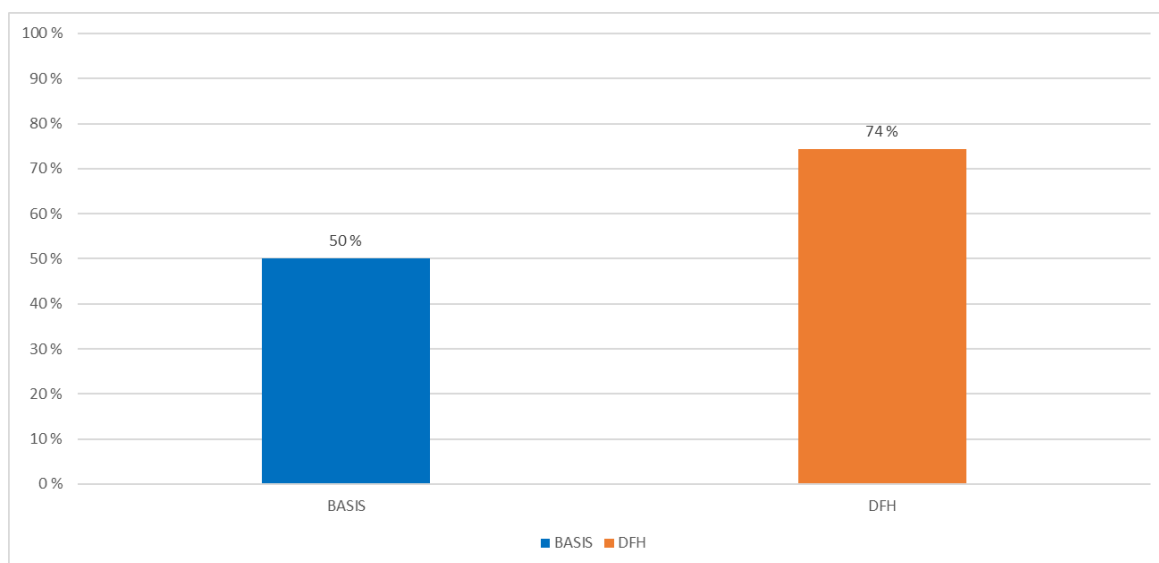
3.1.1.2 Negative livshendelser og rusmiddelbruk

Alle behandlingstilbudene gjennomfører en systematisk utredning hvor både kliniske intervjuer og selvrapport inngår. Innholdet i utredningspakkene er oppgitt i Kap 12. Appendiks. Kartlegging av negative livshendelser og rusmiddelbruk inngår i utredningen som gjennomgås ved behandlingsoppstart.

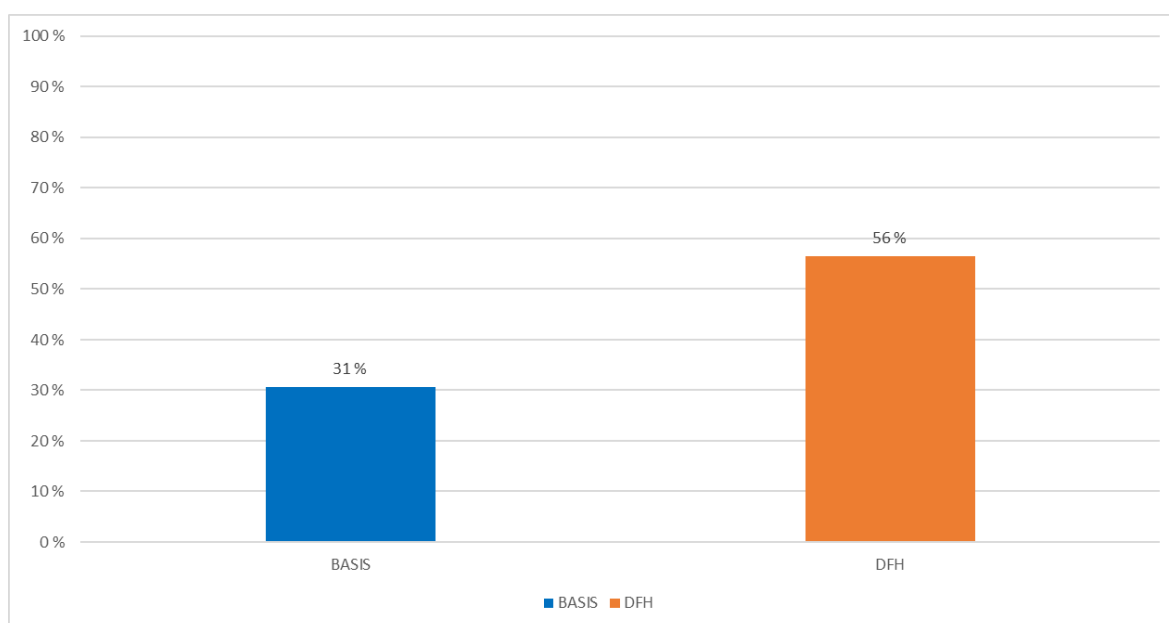
MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale: Teicher et al, 2015) er et spørreskjema som omhandler negative og positive hendelser i oppveksten (alder 0-18 år). Instrumentet er validert for norske forhold (Fosse et al, 2020). Her presenterer vi noen av svarene for to av behandlingstilbudene, BASIS og DFH. Det er så få deltagere i de andre behandlingstilbudene at vi har valgt å utelate dem for å unngå mulighet for identifisering.

En stor andel har opplevd å bli mobbet av jevnaldrende (se Figur 3.8), noen færre å ha blitt slått av sine foreldre (se Figur 3.9). I underkant av 25 % var i oppveksten vitne til at en forelder ble utsatt for vold (se Figur 3.10). Noen har blitt utsatt for seksuelle overgrep, eksempelvis oppgir 18 % av DFH-klientellet at jevnaldrende utnyttet dem seksuelt (se Figur 3.11).

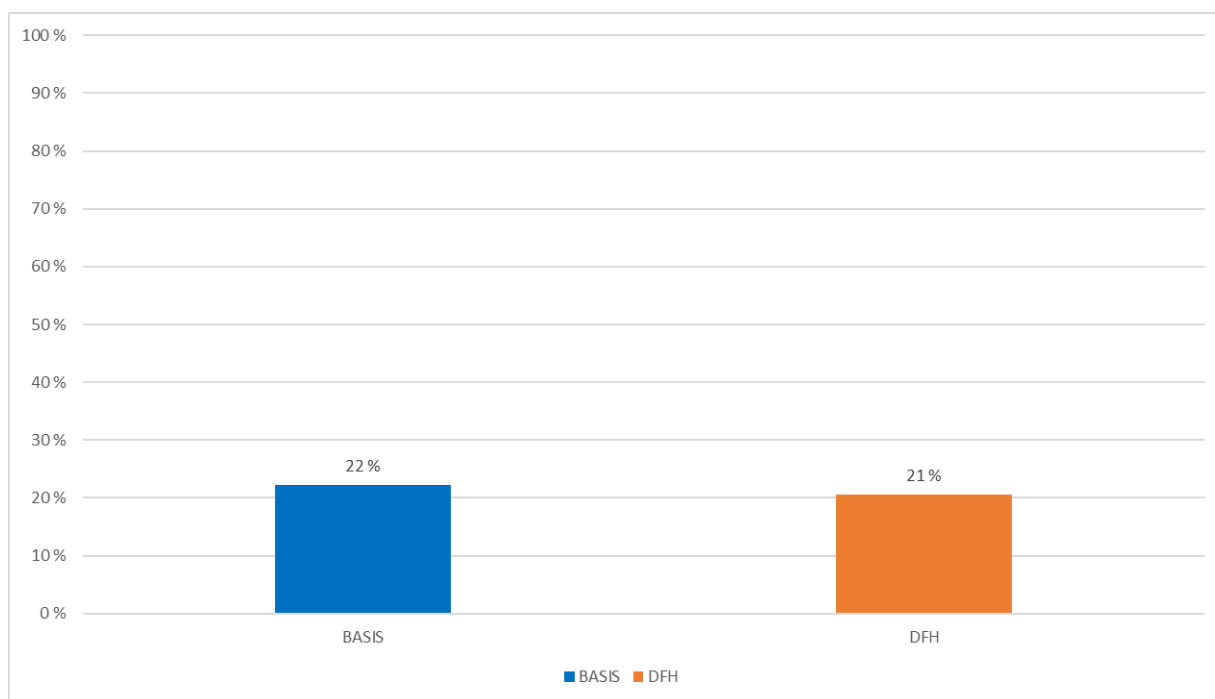
Figur 3.8 Mobbing fra jevnaldrende



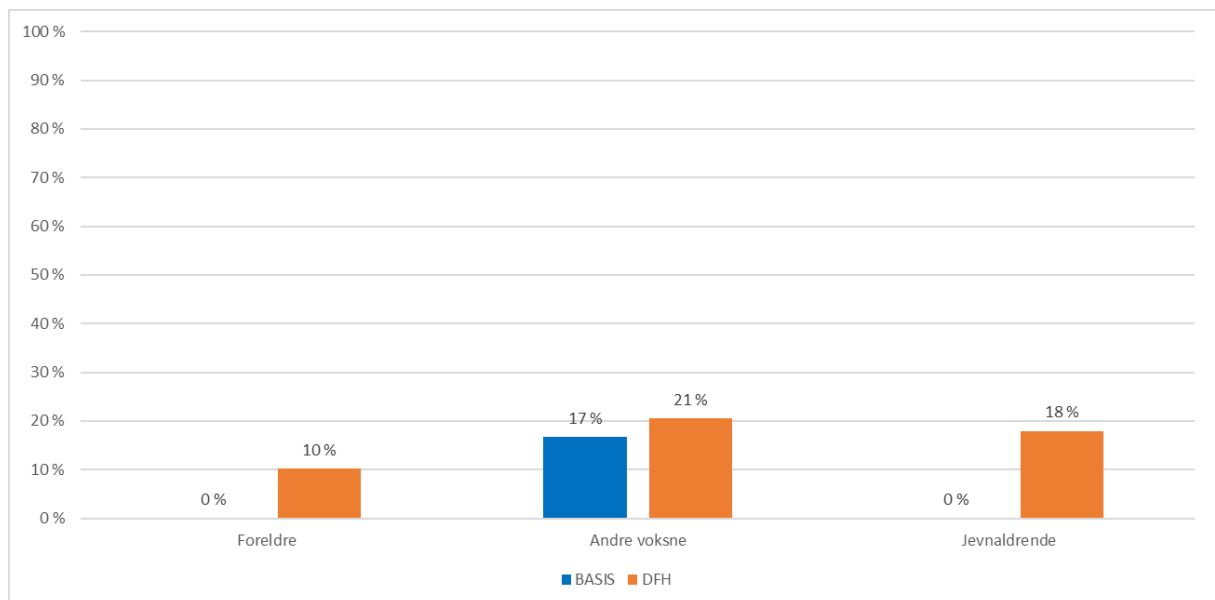
Figur 3.9 Slått av foreldrene



Figur 3.10 Vitne til vold mot foreldre



Figur 3.11. Utsatt for seksuelle overgrep

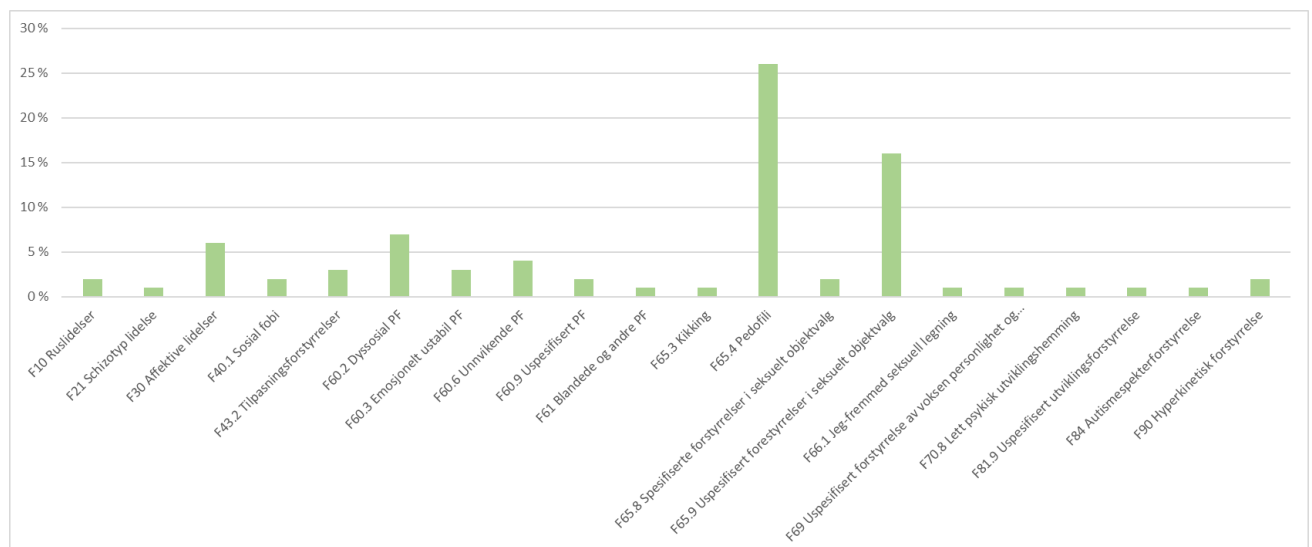


Pasientene rapporterer bruk av rusmidler gjennom å fylle ut Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) og Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) ved inntak, målepunkt og ved avslutning. Sekstifire personer har besvart AUDIT ved oppstart av behandlingen, med en gjennomsnittsskåre på 6 (variasjonsbredde 0-23). For DUDIT er det 61 besvarelser. Tilsvarende tall er 3 (variasjonsbredde 0-31). En AUDIT-skåre ≥ 8 poeng er forenlig med et skadelig drikkemønster (Saunders et al, 1993), mens en DUDIT-skåre ≥ 6 poeng hos menn betraktes som en indikator for problematisk bruk av (andre) rusmidler (enn alkohol) (Berman et al, 2005). Snittet i KvaSO-populasjonen tilsier med andre ord ikke problematisk inntak av verken alkohol eller andre rusmidler ved oppstart av behandlingen, selv om variasjonsbredden på skårer viser at for noen er nettopp dette tilfelle.

3.1.1.3 Diagnoser

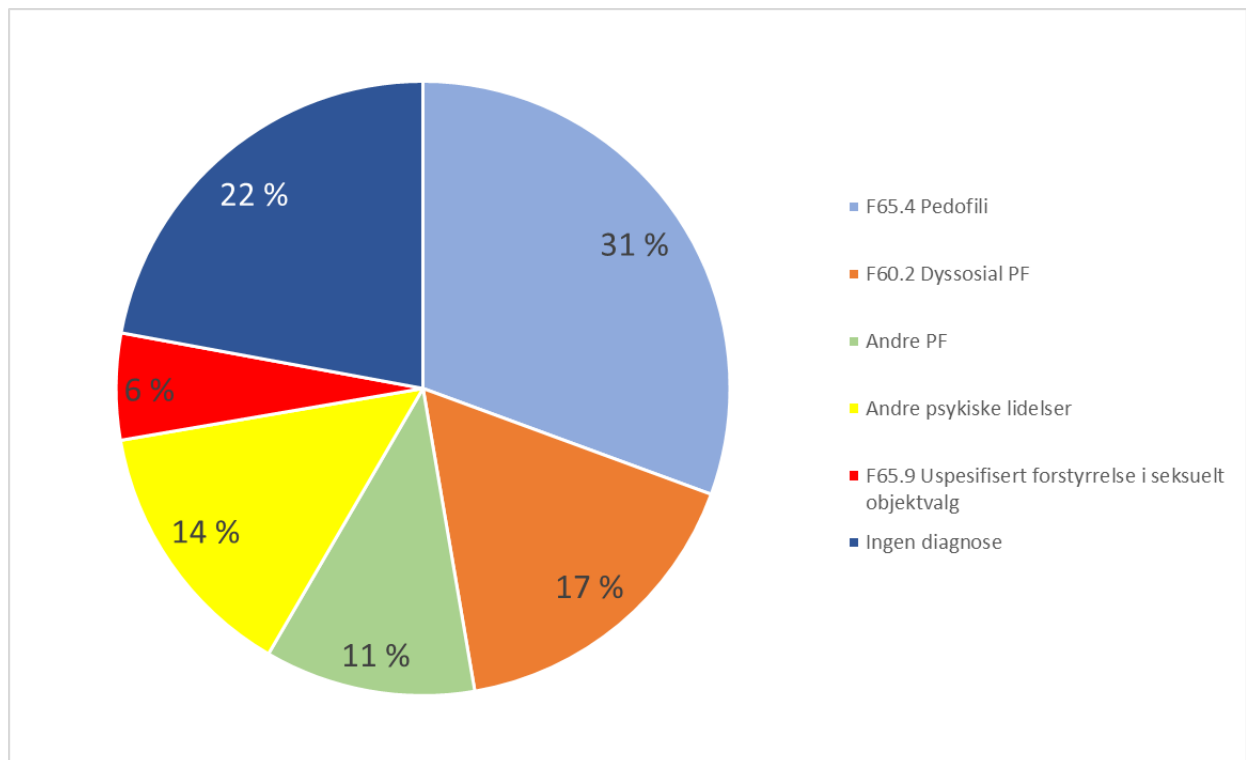
Figur 12 viser fordeling av hoveddiagnose. Det er satt en rekke forskjellige diagnoser som hoveddiagnose, men som forventet med en overvekt av seksualavviksdiagnoser (45 %). Noen har også personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose (18 %). Dette er i tråd med etablert kunnskap om at avvikende seksuelle preferanser og personlighetspatologi, spesielt dyssosialitet, er viktige risikofaktorer for seksuallovbrudd (Seto, 2019). Sytten prosent er ikke tildelt noen ICD-10-diagnose. Disse er tatt ut av Figur 3.12.

Figur 3.12 Diagnosefordeling alle behandlingstilbud



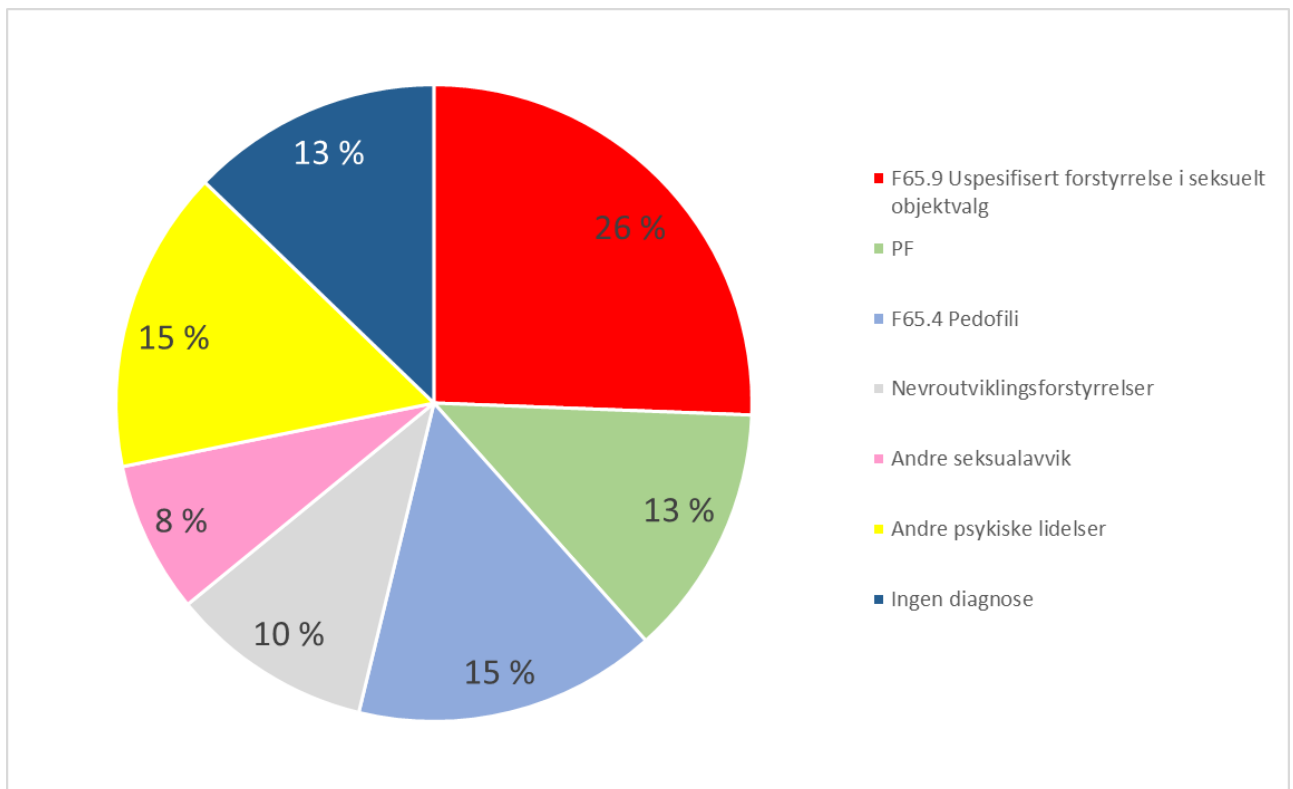
Hva gjelder de forskjellige behandlingstilbudene, så er pedofili (31 %) og dyssosial personlighetsforstyrrelse (17 %) hyppig forekommende blant BASIS-klientellet (se Figur 3.13). Åtte personer (22 %) som får behandling i BASIS er ikke tildelt noen ICD-10-diagnose.

Figur 3.13 Diagnosefordeling BASIS



Fordelingen er klart annerledes blant DFH-pasientene. Se Figur 3.14. Den hyppigst satte diagnosen er F65.9 Uspesifisert forstyrrelse av seksuelt objektvalg (26 %). Dette er en samlekategori for seksuelle avvik som ikke passer i de andre kategoriene og som ikke kan spesifiseres. Det antas at diagnosen er satt av behandler fordi F65.4 Pedofili er vurdert som ikke dekkende. Det kan for eksempel være i tilfeller der den seksuelle interessen er rettet mot pubertale barn. Slik pedofili er spesifisert i ICD-10 avgrenser diagnosen (F65.4) seg til seksuell interesse for *prepubertale* barn. Dette gjør at hebefili ikke inngår i F65.4. Kvalitetsregisteret har ikke informasjon om behandleres begrunnelse for den uspesifiserte F65.9-diagnosen. Fem personer (13 %) som får behandling i DFH er ikke tildelt noen ICD-10-diagnose.

Figur 3.14 Diagnosefordeling DFH



3.1.2 Beskrivelse av behandlingen pasientene mottar

Per juni 2023 er 15 pasienter avsluttet og data levert til kvalitetsregisteret. Varigheten på behandlingen varierer fra 4 måneder til i underkant av 2 år, med et snitt på omtrent 12 måneder. Det er også stor variasjon i antall terapitimer de har mottatt, fra 9 til 63, med et snitt på 27. Datafangsten er så langt for begrenset til å presentere mer detaljerte beskrivelser basert på behandlingstilbud eller behandlingssted.

3.2 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

3.2.1 Kvalitetsindikatorer

3.2.1.1 Kvalitetsindikator 1: Endring i voldsrisiko

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. Det måles med 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, hvor endring av de siste er sentralt her. VRS-SO kartlegger i alt 17 dynamiske risikofaktorer, hvorav noen også er relevante for personer med seksualovergrep relatert problematikk som ikke har handlet på sin seksuelle interesse. Som kvalitetsindikator for KvaSO er i første omgang en av disse valgt, siden KvaSO også innhenter data fra DFH hvor

klientellet ikke nødvendigvis har handlet på sin seksuelle interesse. Den dynamiske risikofaktoren er D2 Seksuell tvangsmessighet («sexual compulsivity»). Her inngår overdreven masturbasjon, hyppig bruk av pornografi eller overgrepsmateriale eller hyppige seksuelle fantasier.

I tabellen under presenteres D2-skåren ved inntak. Det foreligger for få vurderinger fra senere i behandlingsforløpet til at vi kan si noe om en eventuell endring i risiko over tid. Skåren går fra 0 (risikofaktoren er ikke tilstede) til 3 (personen utviser vedvarende seksuell tvangsmessighet og kan ha problemer med å kontrollere seksuelle drifter). VRS-SO betrakter dynamiske risikofaktorer skåret 2 eller 3 som behandlingsmål.

Tabell 3.1 Fordeling på D2 Seksuell tvangsmessighet (VRS-SO) ved inntak (n = 58)

Skåre	0	1	2	3
Antall personer	9	14	22	13

For majoriteten av de inkluderte (n = 35 eller 60 %) fremkommer seksuell tvangsmessighet som et viktig mål for den psykologiske behandlingen.

SAPROF-SO (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk – Sexual Offense version: Willis et al, 2021) er et strukturert instrument som vurderer beskyttende faktorer, det vil si kjennetegn ved personen, miljøet rundt eller situasjonen, som reducerer risikoen for fremtidig seksuallovbrudd. SAPROF-SO er organisert i tre deler: resiliens, adaptiv seksualitet og prososialitet. Instrumentet gir også en totalskåre. Et 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 vis hva gjelder grad av beskyttelse.

I tabellen under presenteres SAPROF-SO-tallene for inntak. Minimum og maksimum for de tre delskalaene og for totalskåren står i parentes i første kolonne. I andre kolonne står utvalgets samlede skåre for delskalaene og totalskåren, mens gjennomsnittet er oppgitt i tredje kolonne. De som er utredet med SAPROF-SO har ved oppstart av behandlingen moderat beskyttelse for alle faktorer. Også for SAPROF-SO er det levert for få vurderinger fra senere i behandlingsforløpet til at det er mulig å trekke ut noen valid informasjon om en eventuell endring over tid.

Tabell 3.2 Beskyttende faktorer, SAPROF-SO, ved behandlingsstart (n = 59)

	Skåre (standardavvik)	Gjennomsnittsskåre*
Resiliens (0-20)	11.6 (+4.3)	2
Adaptiv seksualitet (0-16)	6.1 (+4.2)	2
Prososialitet (0-20)	10.7 (+5.2)	2
Totalskåre (0-56)	28.4 (+11.8)	2

*skåren dividert på antall testledd, rundet av til nærmeste heltall

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

I hvilken grad klientene selv opplever at de har fått hjelp og har hatt en bedring er en viktig kvalitetsindikator for behandling. Behandlingstilbudene benytter spørreskjemaet PasOpp for å innhente klientenes erfaringer med behandlingen der har fått.

Så langt er det levert ni PasOpp-besvarelser, alle fra behandlingssted OUS. Av disse sier 66 % at de er svært eller ganske fornøyd med behandlingstilbudet de har mottatt, mens < 20 % er ganske misfornøyd. Ingen oppgir å ha blitt behandlet nedlatende eller krenkende ved poliklinikken.

Pasientene fyller også ut et livskvalitetsmål, ved inntak, målepunkt og avslutning. WHOQOL-Bref er et hyppig anvendt instrument som har vist seg egnet også for norske forhold (Kalfoss et al, 2021). WHOQOL-Bref gir informasjon om opplevd livskvalitet for fire domener: fysisk helse, psykisk helse, sosiale relasjoner og miljøet man befinner seg i. Tabell 3.3. viser svar for første gangs måling.

Tabell 3.3 Selvrapportert livskvalitet (WHOQOL-Bref) ved inntak (n = 72)

	Transformerte skårer (skala 0-100)	Sumskårer (standardavvik)	Sumskårer (standardavvik) referansemateriale*
Domene 1: Fysisk helse	61	14 (± 3.5)	16.7 (± 2.5)
Domene 2: Psykisk helse	47	12 (± 3.3)	16.1 (± 2.1)
Domene 3: Sosiale relasjoner	49	11 (± 3.5)	15.2 (± 2.6)
Domene 4: Miljø/omgivelser	63	14 (± 3.1)	16.3 (± 2.3)

*Kalfoss et al (2021): gjennomsnitt blant norske menn

De transformerte skårene muliggjør en ipsativ sammenligning, det vil si at den enkelte kan sammenlignes med seg selv, over ulike domener for livskvalitet. KvaSO-pasientene vurderer sin psykiske helse og sine sosiale relasjoner som dårligere enn sin fysiske helse og miljøet de befinner seg i. Sumskårene tillater en normativ sammenligning, det vil si med et referansemateriale slik at vi kan si noe om hvordan KvaSO-populasjonen kommer ut sammenlignet med gjennomsnittspopulasjonen. Et slikt norsk referansemateriale foreligger, hvor et representativt utvalg av den norske befolkningen har besvart WHOQOL-Bref (Kalfoss et al, 2021). Disse er oppgitt i tabellens siste kolonne. KvaSO-populasjonen angir lavere livskvalitet enn norske menn, spesielt for psykisk helse og sosiale relasjoner. Lavere selvrapportert livskvalitet blant utvalg bestående av innsatte/straffedømte sammenlignet med befolkningen ellers er et gjennomgående funn i flere studier (Muller, 2020)

3.2.1.3 Kvalitetsindikator 3: Behandlervurdert måloppnåelse i behandlingen

SGAS (Standard Goal Attainment Scale for Sexual Offenders: Hogue, 1994) er en strukturert tilnærming for å vurdere klinisk bedring på sentrale områder i behandling av seksuallovbruddsdømte. Instrumentet er beregnet på personer som har begått seksuallovbrudd. Måloppnåelse i behandlingen vurderes ut fra 16 beskrivelser av holdninger eller atferd, blant annet om man aksepterer ansvar for lovbruddet eller viser innsikt i de konsekvenser lovbruddet kan ha for de(n) utsatte. De 16 beskrivelsene 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. Samleskåren varierer dermed fra -32 til +32.

De 12 første beskrivelsene ble undersøkt i en studie av Stirpe et al (2001). I en gruppe seksuallovbruddsdømte med høy risiko var denne SGAS-skåren -13.85 (± 10.16) før behandling, -3.80 (± 14.96) etter behandling. I KvaSO er det registrert SGAS for første målepunkt etter igangsatt behandling for 10 pasienter. Tilsvarende SGAS-skåre for dem er 4.50 (± 13.16). Det er store forskjeller mellom disse 10 pasientene, med skårer fra -13 til 22. Senere årsrapporter vil forhåpentligvis gi mer informasjon om hva som ligger bak den store variasjonen.

Kapittel 4

Metoder for fangst av data

Pasient og behandler registrerer ved start, underveis i forløpet og ved slutt av behandlingen.

Pasientregistreringene består av 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.

Pasient og behandler registrerer på papir. Deretter registreres besvarelsene manuelt i Medinsight.

Det er ønskelig at besvarelser på sikt kan bli gjort elektronisk i Nettskjema. Det er allerede teknisk lagt opp til at elektroniske besvarelser kan importeres fra Nettskjema til Medinsight, men på grunn av at innsatte i fengsel ikke har tilgang til internett er dette ikke mulig nå. Det er også vurdert dithen at for å få tilstrekkelig data blir besvarelsene registrert i Medinsight av registerets ansatte i oppstartsfasen.

Kapittel 5

Datakvalitet

5.1 Antall registreringer

Per medio juni 2023 er det registrert 97 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. Dekningsgraden oppgitt blir derfor omtrentlig, og vi vil gi en mer presis dekningsgrad ved neste årsrapport.

Vi har benyttet frekvensbasert beregning basert på tall innrapportert fra behandlingsstedene.

5.3 Tilslutning

Registeret samler data fra alle helseregioner, og alle helseregioner har levert data til registeret. Unntaket er tre enheter i Helse Vest. BASIS ved Haukeland universitetssjukehus har ventet på klarsignal fra leder. Den kom for sent til at data kunne leveres og inngå i denne årsrapporten. Det samme er tilfelle for Stavanger universitetssjukehus (BASIS og DFH) som godkjente utlevering av data til KvaSO rett før ferdigstilling av denne årsrapporten.

5.4 Dekningsgrad

Beregningen av dekningsgrad ble gjort på bakgrunn av tall innrapportert mellom desember 2022 og juni 2023. Som nevnt under 5.2, startet behandlingstilbudene på forskjellig tidspunkt ved de ulike behandlingsstedene. Dato for når KvaSO ble introdusert ved behandlingsstedene er også ulik. Behandlingsstedene har av denne grunn ulike inklusjonsperioder. De har blitt bedt om å innrapportere antall pasienter som har vært behandlet samt hvor mange som har samtykket, innenfor sin inklusjonsperiode.

Pasienter forespurt om å delta i kvalitetsregisteret innenfor sitt behandlingssteds inklusjonsperiode er definert som «aktuelle». Hovedsakelig har disse blitt forespurt om deltagelse fra mars 2021, men her er det noe variasjon.

Alle pasienter som har mottatt behandling innenfor inklusjonsperioden 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. I senere årsrapport vil vi sørge for at innrapporterte tall gjelder til og med desember for det aktuelle år.

Tabell 5.1 Dekningsgrad

Region	Behandlingsenhet	Dekningsgrad i %	Antall registrert av aktuelle
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge	47	18 av 38
Helse Midt	St. Olavs hospital	43	12 av 28
Helse Sør-Øst	Sørlandet Sykehus - Arendal (BASIS)	67	4 av 6
	Sykehuset Østfold - Halden (BASIS)	63	5 av 8
	Oslo universitetssykehus	37	52 av 141
Helse Vest	Haukeland universitetssjukehus Bergen (DFH)	43	6 av 14
	Haukeland universitetssjukehus Bergen (BASIS)	-	-
	Stavanger universitetssjukehus	-	-
Alle	Alle	41	97 av 235

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, komplettethet og reliabilitet.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Registeret har så langt ikke vurdert korrekthet, komplettethet 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). Utover dette har registeret så langt ikke utviklet en kodebok for inkluderte variabler.

Kvalitetsindikatorer er endring i voldsrisiko (VRS-SO D2, SAPROF-SO), pasientvurdert bedring av behandlingen (PasOpp, WHOQOL-Bref), og behandlervurdert måloppnåelse i behandlingen (SGAS).

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Ved avslutning av behandling fyller alle pasienter ut PasOpp. I tillegg selvrappporterer de livskvalitet på skjemaet WHOQOL-Bref ved oppstart, målepunkt 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.

Registeret har så langt ikke bidratt til slik utvikling.

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, flere enheter 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

I KvaSo registreres det ikke konkrete uønskede hendelser eller komplikasjoner under behandlingen.

Kapittel 7

Formidling av resultater

I desember 2022 ble det sendt ut nyhetsbrev via epost til klinikere som hadde bidratt med data, samt andre interesserte i fagfeltet. Det er planlagt å sende ut nyhetsbrev to ganger i året, henholdsvis i juni og i desember.

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

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

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

KvaSO har så langt ikke formidlet resultater til administrasjon og ledelse.

7.3 Resultater til pasienter

KvaSO har så langt ikke formidlet resultater til pasienter. Det er planer om å gjøre nyhetsbrevene og generell informasjon om registeret 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

KvaSO har så langt ikke utlevert data til forskningsformål.

Del II

Plan for forbedringstiltak

Kapittel 9

Videre utvikling av registeret

9.1 Forbedring av datafangst

9.1.2 Planlagte tiltak

Det er ønskelig at pasienter og behandlere, på sikt, selv kan registrere data elektronisk i Nettskjema og/eller CheckWare som deretter overføres til Medinsight.

9.2 Forbedring av datakvalitet

9.2.1 Status og tiltak for å øke tilslutning

Alle enheter som behandler pasienter med seksualovergrepssrelatert problematikk har levering av data til KvaSO som del av sitt oppdrag. Det er per i dag likevel for lav tilslutning for å levere data til registeret. Rett i forkant av datastopp for denne årsrapporten godkjente også BASIS ved Haukeland universitetssjukehus og Stavanger universitetssjukehus utlevering til registeret. Det er god dialog mellom registeret og enheter som behandler pasienter så vi håper å øke andelen som leverer data i løpet av 2023. Av enheter som leverer data vil registeret ha fokus på sluttregistreringer.

9.2.2 Pågående kvalitetsarbeid

Som nevnt under 3.1.1.3 Diagnoser, ser det ut til at det kan være noe ulik praksis når det gjelder diagnosesetting for seksuelle avvik. Behandlermiljøene har tematisert utfordringer rundt de diagnostiske kriterier for F65.4 Pedofili ved vurdering av seksuell interesse for prepubertale og pubertale barn. Arbeidet med å utvikle en ensrettet tilnærming til dette vil bli prioritert fremover.

9.3 Formidling av resultater

I 2022 og 2023 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. Registeret har ikke mottatt henvendelser fra forskere med interesse for data fra KvaSO.

Del III

Stadievurdering

Kapittel 10

Referanser til vurdering av stadium

10.1 Vurderingspunkter

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

	Kapittel	Egen vurdering 2023	
		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 | <input type="checkbox"/> |
|----|--|---------------------|--------------------------|

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 | <input type="checkbox"/> |
|----|--|---|--------------------------|

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](#). (Rapport 10). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

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>

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](#). (Rapport 6). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

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](#). <https://doi.org/10.5617/suicidologi>.

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>

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>

Seto (2019). The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse* 31:3-24. <https://doi.org/10.1177/1079063217720919>

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 et al (2014). [Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv.](#) (Rapport 1). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

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
MINI eller SCID-5-KV		Psykiske lidelser	Klinikeradministrert	x	x	x
SCID-5-PF screening/SCID-5-PF		Personlighetsforstyrrelser	Selvrapport/ Klinikeradministrert	x	x	x
AUDIT/DUDIT		Rus	Selvrapport	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	Selvrapport	x	x	x
WHO's Quality of Life Questionnaire	WHOQOL-Bref	Livskvalitet	Selvrapport	x	x	x
Sexual Experiences Survey-Short Form Perpetration	SES-SFP	Seksuell tiltrekning/historikk	Selvrapport		x	x
Paraphilias Scale		Seksuell tiltrekning/historikk	Selvrapport		x	x
Short form Self-Regulation Questionnaire	SSRQ	Selvregulering	Selvrapport			x
Difficulties in Emotion Regulation Scale	DERs-18	Selvregulering	Selvrapport			x
Coping Inventory for Stressful Situations	CISS-21	Selvregulering	Selvrapport			x
Self-Efficacy Scale Related to Minors	SESM-C	Mestringstro	Selvrapport			x
Revised Self-Efficacy Scale	RSES	Mestringstro	Selvrapport			x
Fear of Intimacy Scale	FIS	Sosiale relasjoner	Selvrapport			x
UCLA Loneliness Scale	UCLS	Sosiale relasjoner	Selvrapport			x