

RAPPORT

2025

ÅRSRAPPORT 2024

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner

ÅRSRAPPORT 2024

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for smittevern

Avdeling for smittevern og vaksine

April 2025

Tittel:

Årsrapport 2024

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner i Norge

Forfattere:

Tone Bruun

Bente Børud

Dominique Caugant

Hilde Kløvstad

Anne Olaus Olsen

Joao Pedro Do Couto Pires

Beatriz Valcarel Salamanca

Robert Neil Whittaker

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-498-7

Emneord (MeSH): Sexually transmitted infections, Bloodborne infections, Infectious Diseases, Public Health Surveillance

Innhold

Innhold	3
Sammendrag	6
Gonoré	7
Klamydia	7
LGV 7	
Syfilis	7
Hiv/aids	7
Hepatitt B	8
Hepatitt C	8
M-kopper	8
Executive summary (English)	9
Gonorrhea	10
Genital chlamydia infections	10
LGV 10	
Syphilis	10
HIV/AIDS	11
Hepatitis B	11
Hepatitis C	11
Mpox	11
1 Gonoré	12
Bakgrunn	12
Meldte tilfeller av gonoré	12
Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte	12
Meldte tilfeller etter bostedsfylke	15
Meldte tilfeller etter smittested	16
Homoseksuelt smittede	16
Heteroseksuelt smittede	16
Meldte tilfeller etter fødested	17
Meldte tilfeller etter diagnositidspunkt	17
Meldte tilfeller etter lokalisasjon	18
Mikrobiologisk referansediagnostikk og overvåking	18
Vurdering og tiltak	19
2 Klamydia	21
Bakgrunn	22
Meldte tilfeller av klamydia	22
Meldte tilfeller og antall testede etter kjønn og alder	22
Meldte tilfeller etter bostedsfylke	24

Meldte tilfeller etter lokalisasjon	25
Meldte tilfeller etter diagnosetidspunkt	25
Vurdering og tiltak	26
3 Lymfogranuloma venereum (LGV)	27
Bakgrunn	27
Meldte tilfeller av LGV	27
Meldte tilfeller etter alder og fødested	27
Meldte tilfeller etter bostedsfylke og smittested	27
Mikrobiologisk diagnostikk	28
Vurdering og tiltak	28
4 Syfilis	29
Bakgrunn	29
Meldte tilfeller av syfilis	29
Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte	29
Meldte tilfeller etter bostedsfylke	30
Meldte tilfeller etter smittested	31
Heteroseksuelt smittede	31
Homoseksuelt smittede	31
Meldte tilfeller etter fødested	32
Heteroseksuelt smittede	32
Homoseksuelt smittede	32
Mikrobiologisk diagnostikk og overvåking	32
Vurdering og tiltak	33
5 Hiv/aids	34
Bakgrunn	34
Meldte tilfeller av hiv	34
Meldte tilfeller bosatt i Norge ved smittetidspunkt	37
Homoseksuelt smittede	38
Heteroseksuelt smittede	39
Meldte tilfeller smittet før innvandring til Norge	39
Meldte tilfeller av aids	40
Kobling mellom MSIS og NPR for å undersøke underrapportering av aids	41
Estimering av antall personer som lever med hiv i Norge og antall udiagnostiserte	42
Overvåking av antiviral resistens	43
Vurdering og tiltak	43
6 Hepatitt B	45
Bakgrunn	45
Meldte tilfeller av akutt hepatitt B	45
Meldte tilfeller av kronisk hepatitt B	46

Meldte tilfeller etter fødested	47
Meldte tilfeller blant personer født i Norge	48
Meldte tilfeller blant personer født i utlandet	48
Hepatitt B-relaterte dødsfall	49
Overvåking av antiviral resistens	50
Vaksinasjonsdekning	50
Vurdering og tiltak	51
7 Hepatitt C	53
Bakgrunn	53
Meldte tilfeller av hepatitt C	53
Meldte tilfeller etter fødested	55
Meldte tilfeller blant personer født i Norge	55
Meldte tilfeller blant personer født i utlandet	57
Overvåking av antiviral resistens	58
Vurdering og tiltak	58
8 M-kopper	60
Bakgrunn	60
Meldte tilfeller av m-kopper	61
Mikrobiologisk diagnostikk	61
Vurdering og tiltak	62
Referanser	63
Appendiks	66

Sammendrag

Etter en kraftig økning i antall meldte tilfeller av gonoré i 2022 og 2023, har økningen avtatt i 2024. Dette skyldes hovedsakelig en nedgang i meldte tilfeller blant unge kvinner og menn som er heteroseksuelt smittet. Antall meldte tilfeller i denne gruppen er imidlertid fortsatt betydelig høyere sammenliknet med tidligere år. Antall tilfeller er igjen høyest blant menn som har sex med menn (msm), hvor det har vært en økning sammenliknet med 2023.

Nedgangen i antall meldte klamydiatilfeller i 2023 fortsetter også i 2024, og ses i alle aldersgrupper – både blant kvinner og menn. Totalt antall meldte tilfeller i 2024 er det laveste antall registrerte tilfeller av klamydia i Norge på ti år.

En mulig forklaring til den nedadgående trend i gonoré og klamydia blant de unge, kan være at det siden høsten 2022 har vært mye oppmerksomhet rundt økende smitte av gonore i disse aldergruppene og målrettede kampanjer og godt forebyggende arbeid med fokus på testing og kondombruk.

Antall meldte tilfeller av syfilis har vært relativt stabilt gjennom flere år, majoriteten av de som smittes er msm. Også heteroseksuell smitte forekommer, spesielt menn ved reise i utlandet.

I 2024 var det en nedgang i meldte hivtilfeller i Norge sammenlignet med fjoråret. Hiv-epidemien i Norge har de siste årene vært preget av personer med kjent hivinfeksjon under behandling fra hjemlandet før de kom til Norge, majoriteten fra Ukraina.

Det store m-koppeutbruddet fra 2022 er i hovedsak over, de siste par årene har det blitt meldt et fåtall sporadiske tilfeller.

Det er særlig unge og msm som har høy risiko for å bli smittet med seksuelt overførbare infeksjoner. Mer bruk av kondom, målrettet testing og riktig behandling samt grundig smittesporing er sentrale forebyggende tiltak. Det er fortsatt behov for å styrke de unges kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner. Blant msm er det en relativ høy andel utenlandsfødte som er smittet mens bosatt i Norge. Som for andre risikoutsatte grupper, er det derfor viktig med særlig tilrettelegging av informasjon og testetilbud.

Hiv-forebyggende medikamentell behandling (PrEP) ansees som et effektivt tiltak og bør tilbys personer med høy smitterisiko. Det er fortsatt nødvendig med god overvåking av m-koppesituasjonen i Norge og i utlandet og høy årvåkenhet blant helsepersonell og særlig utsatte grupper. Vaksinasjon mot m-kopper reduserer risikoen for smitte og alvorlig sykdom.

Det var en nedgang i antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B og hepatitt C i 2024 etter et par år med økende antall meldte tilfeller. Majoriteten av de meldte tilfellene var smittet før ankomst Norge og flest med fødeland Ukraina. Trenden i meldte tilfeller av hepatitt C blant personer smittet i Norge har generelt vært nedadgående siden 2008. Blant norskfødte er de fleste smittet via sprøytebruk og regelmessige prevalensundersøkelser i denne gruppa viser en nedadgående trend som et resultat av trygg, effektiv og kortvarig behandling. Kronisk hepatitt B og hepatitt C kan føre til alvorlig sykdom. For å forebygge videre smittespredning bør alle som tilhører en risikogruppe tilbys test og diagnostiserte tilfeller tilbys oppfølging etter kliniske retningslinjer. Det er særlig viktig at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerutstyr, vaksineres mot hepatitt B og får tilbud om test for hepatitt C minst én gang årlig. Det er viktig å opprettholde høy dekning av hepatitt B vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. Alle gravide bør tilbys test for hepatitt B og alle diagnostiserte

og barn født av mødre med hepatitt B bør følges opp etter gjeldende retningslinjer. Alle innvandrere fra land hvor smitterisiko for hiv, hepatitt B, hepatitt C og syfilis er høy, bør tilbys test ved ankomst.

Gonoré

Den kraftige økningen i antall meldte tilfeller av gonoré fra siste halvår av 2022 og utover i 2023, har nå flatet ut. I 2024 ble det registrert til sammen 3150 tilfeller (57 per 100 000 innbyggere) noe som utgjør en økning på 6 % sammenliknet med 2023 (2985 tilfeller). Det er i 2024 meldt 912 tilfeller blant kvinner, som en nedgang på 19 % sammenliknet med 2023 (1102 tilfeller). Av de 2238 meldte tilfellene blant menn, var 1444 registrert som homoseksuelt smittet, en økning fra 2023 (1188 tilfeller). Blant heteroseksuelt smittede er flest tilfeller registrert i aldergruppen 20-24 år. Gonore er svært smittsomt, og økende forekomst av multiresistente bakteriestammer gjør det ekstra viktig å unngå smitte. Ubeskyttet sex med tilfeldig eller ikke-faste partnere i miljøer med høyt smittetrykk medfører ekstra risiko.

Klamydia

I 2024 ble det meldt 23 117 tilfeller av klamydia (417 per 100 000 innbyggere). Dette er en nedgang på 18 % fra 2023, hvor det ble meldt 28 159 tilfeller og er det laveste antall meldte tilfeller siste ti år, pandemiårene inkludert. Personer under 25 år utgjorde 65 % av alle meldte tilfellene. Det meldes flest tilfeller ift. folketallet fra Oslo, etterfulgt av Finnmark og Troms. Det var totalt sett en liten økning i testaktiviteten (372 364 tester mot 368 919 i 2023). Dette skyldes hovedsakelig at flere tester er utført i aldergruppene 30 år og eldre, mens det i målgruppen (under 25 år) har vært en liten nedgang i testaktiviteten. Andelen med et positivt prøvesvar blant de testede var 5,3 % blant kvinner og 8,2 % blant menn. Sammenliknet med 2023 har det vært en nedgang i andel positive prøver i aldersgruppene under 25 år, både blant kvinner og menn.

LGV

Det ble i 2024 meldt 31 tilfeller (mot 43 tilfeller i 2023), alle blant menn som har sex med menn. Det siste tiåret (pandemiårene unntatt) har antall meldte tilfeller variert mellom 13 og 44 per år. Sammenliknet med 2023 blir nå færre smittet i Norge.

Syfilis

I 2024 ble det meldt totalt 259 tilfeller av syfilis mot 208 tilfeller i 2023. Menn som har sex med menn, utgjør to tredeler av alle meldte tilfeller hvorav 65 % smittes i Norge. Det er en økning i meldte tilfeller av heteroseksuelt smittede menn (35 tilfeller i 2024 mot 30 i 2023 og 21 i 2022), de fleste smittet i utlandet. Fortsatt smittes flest msm i Norge, hvorav majoriteten i Oslo mens heteroseksuelle menn smittes i utlandet.

Hiv/aids

I 2024 ble det meldt totalt 264 nye tilfeller av hivsmitte, mot 331 tilfeller i 2023. Majoriteten var smittet før innvandring til Norge (203/217 utenlandsfødte med kjent informasjon om utenlandsopphold, 94 %), og blant disse var 112 (55 %) fra Ukraina. Av de totalt antall meldte

var 61 (23 %) antatt smittet mens de var bosatt i Norge, hvorav 20 (30 %) var rapportert smittet i Norge. Årlig antall meldte tilfeller med angitt smittested Norge har gått ned med 70 % i løpet av de siste ti år og har holdt seg relativt stabilt mellom 15 – 29 per år siden 2019. Blant personer bosatt i Norge, er risikoen for å bli smittet høyest blant msm og blant heteroseksuelle menn på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia. I alt 21 personer (11 menn og 10 kvinner) ble meldt med aids i 2024, men det er underrapportering av aids-tilfeller til MSIS. Det er estimert å være rundt 5 400 personer som levde med hiv i Norge ved slutten av 2024, hvorav rundt 150 – 300 var udiagnostisert.

Hepatitt B

I 2024 ble det meldt syv tilfeller av akutt hepatitt B, like mange som i 2023. Det ble meldt 411 tilfeller av kronisk hepatitt B i 2023, etter 433 i 2023. Blant disse var hyppigste fødeland Ukraina (89, 23 %). Trenden i meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge har generelt vært stabil og lav de siste 10 årene (9 –26 årlig). Medianalder ligger rundt 40 – 60 år og majoriteten er menn smittet i Norge. Insidensen av hepatitt B-relatert dødsfall ligger <1 per 100 000, under WHO sin målsetting for eliminasjon som et folkehelseproblem.

Hepatitt C

Totalt ble 581 tilfeller av hepatitt C meldt til MSIS i 2024, en nedgang fra 636 i 2023. I 2024 ble det meldt 230 tilfeller blant personer født i Norge, majoriteten menn smittet i Norge via sprøytebruk. Trenden blant norskfødte siden 2021 har vært stabil. Blant de 341 meldte tilfellene blant personer født i utlandet i 2023 var 204 fra Ukraina (60 %). Antall meldte tilfeller blant personer fra Ukraina lå årlig mellom en til syv i perioden 2016 – 2021 og økte til 126 i 2022, 233 i 2023 og 204 i 2024.

M-kopper

I 2024 ble det meldt 15 tilfeller av m-kopper til MSIS, mot 10 i 2023. Sykdommen har bare vært meldingspliktig til MSIS siden juni 2022, i forbindelse med det verdensomspennende utbruddet av m-kopper samme år. I løpet av 2022 ble det totalt meldt 94 tilfeller i Norge, og det har altså vært en betydelig nedgang etter det. Tilfellene rapportert i 2024 var menn i alderen 27 – 52 år, med en medianalder på 41 år. De fleste var rapportert som seksuelt overført, 80 % blant menn som har sex med menn. Fem tilfeller ble rapportert smittet i utlandet og ti i Norge.

Executive summary (English)

After a sharp increase in the number of reported cases of gonorrhea in 2022 and 2023, the increase has slowed down in 2024. This is mainly due to a decrease in reported cases among young women and men who are heterosexually infected. However, the number of reported cases in this group is still significantly higher compared to previous years. The number of cases is again highest among men who have sex with men (MSM), where there has been an increase compared to 2023.

The decrease in number of reported chlamydia cases in 2023 also continues in 2024 and is seen in all age groups – both among women and men. The total number of reported cases in 2024 is the lowest number of registered cases of chlamydia in Norway in ten years.

A possible explanation for the downward trend in gonorrhea and chlamydia among young people could be that since the autumn of 2022, there has been a lot of attention around the increasing spread of gonorrhea in these age groups and targeted campaigns and good preventive work focusing on testing and condom use.

The number of reported cases of syphilis has been relatively stable over several years, with the majority of those infected being MSM. Heterosexual transmission also occurs, especially among men traveling abroad.

In 2024, there was a decrease in reported HIV cases in Norway compared to the previous year. The HIV epidemic in Norway in recent years has been characterized by people with known HIV infection well treated before coming to Norway, the majority from Ukraine.

The large mpox outbreak from 2022 is mainly over, with only a few sporadic cases reported in the last couple of years.

Young people and MSM are particularly at high risk of contracting sexually transmitted infections. Increased condom use, targeted testing, and proper treatment as well as thorough contact tracing are key preventive measures. There is still a need to strengthen young people's knowledge about sexually transmitted infections. Among MSM, there is a relatively high proportion of foreign-born individuals who are infected while residing in Norway. As with other at-risk groups, it is therefore important to provide tailored information and testing services.

HIV-preventive medication (PrEP) is an effective measure and should be offered to people at high risk of infection. It is still necessary to monitor the mpox situation in Norway and abroad. High vigilance among healthcare personnel and particularly vulnerable groups are important. Vaccination against mpox reduces the risk of infection and severe disease.

There was a decrease in the number of reported cases of chronic hepatitis B and hepatitis C in 2024, after a couple of years with an increasing number of reported cases. The majority of the reported cases were immigrants infected before arriving in Norway, with Ukraine being the most common country of birth. The trend in reported cases of hepatitis C among people infected in Norway has generally been decreasing since 2008. Among Norwegian-born individuals, most are infected through injecting drug use. Regular prevalence surveys in this group show a decreasing trend as a result treatment that is effective, safe and of short duration. Chronic hepatitis B and hepatitis C can lead to serious illness. To prevent the further spread of infection, all individuals belonging to a risk group should be offered testing, and diagnosed cases should be followed up according to clinical guidelines. It is particularly

important that people who inject drugs do not share needles and other equipment, are vaccinated against hepatitis B, and are offered testing for hepatitis C at least once a year. It is important to maintain high coverage of the hepatitis B vaccine in the childhood vaccination program. All pregnant women should be offered testing for hepatitis B, and all diagnosed cases among pregnant women and children born to mothers with hepatitis B should be followed up according to current guidelines. All immigrants from countries where the risk of infection for HIV, hepatitis B, hepatitis C, and syphilis is high should be offered testing upon arrival.

Gonorrhea

The sharp increase in the number of reported cases of gonorrhea from the second half of 2022 and throughout 2023 has now leveled off. In 2024, a total of 3,150 cases were registered (57/100,000 inhabitants), representing an increase of 6% compared to 2023 (2,985 cases). In 2024, 912 cases were reported among women, a decrease of 19% compared to 2023 (1,102 cases). Of the 2,238 reported cases among men, 1,444 were registered as homosexually infected, an increase of 22% compared to 2023 (1,188 cases in 2023). Among heterosexually infected individuals, most cases were registered in the age group 20-24 years. Gonorrhea is highly contagious, and the increasing prevalence of multi-resistant bacterial strains makes it especially important to avoid infection. Unprotected sex with casual or non-regular partners in high-risk environments poses an extra risk.

Genital chlamydia infections

In 2024, a total of 23,117 cases of chlamydia were reported (417 per 100,000 inhabitants). This is a decrease of 18% from 2023, when 28,159 cases were reported, and is the lowest number of reported cases in the last ten years, including the pandemic years. People under 25 years old accounted for 65% of all reported cases. The highest number of cases relative to the population was reported from Oslo, followed by Finnmark and Troms. Overall, there was a slight increase in testing activity (372,364 compared to 368,919 in 2023). This is mainly due to more tests being performed in the age groups 30 years and older, while there was a slight decrease in testing activity in the target group (under 25 years). The proportion of positive test results among those tested was 5.3% among women and 8.2% among men. Compared to 2023, there has been a decrease in the proportion of positive tests in the age groups under 25 years, both among women and men.

LGV

In 2024, 31 cases were reported (compared to 43 cases in 2023), all among men who have sex with men. Over the past decade (excluding the pandemic years), the number of reported cases has varied between 13 and 44 per year. Compared to 2023, fewer people are now infected in Norway.

Syphilis

In 2024, a total of 259 cases of syphilis were reported compared to 208 cases in 2023. Men who have sex with men account for two-thirds of all reported cases, with 65% being infected in Norway. There is an increase in reported cases of heterosexually infected men (35 in 2024

compared to 30 in 2023 and 21 in 2022), most of whom were infected abroad. Most MSM are still infected in Norway, with the majority in Oslo, while heterosexual men are usually infected abroad.

HIV/AIDS

In 2024, 264 cases of HIV infection were reported, compared to 331 in 2023. Of the 217 foreign-born individuals with known data, 203 (94%) were reportedly infected before immigrating to Norway, including 112 (55%) from Ukraine. Of the 264 cases, 61 (23%) were believed to have been infected while residing in Norway, with 20 (30%) reported as having been infected in Norway. The annual number of cases reported to have been infected in Norway has decreased by 70% over the past 10 years and remained relatively stable (15 – 29 cases per year since 2019). Among people resident in Norway, the highest risk of infection is among men who have sex with men and among heterosexual men traveling abroad, particularly to Southeast Asia. A total of 21 people (11 men and 10 women) were reported with AIDS in 2024, but AIDS cases are underreported to MSIS. It is estimated that around 5,400 people were living with HIV in Norway at the end of 2024, of whom around 150 – 300 were undiagnosed.

Hepatitis B

In 2024, seven cases of acute hepatitis B were reported, the same number as in 2023. There were 411 cases of chronic hepatitis B in 2024, compared to 433 in 2023. Among the 382 reported cases in people born abroad, the most common country of birth was Ukraine (89 cases, 23%). The trend in reported cases of chronic hepatitis B among people born in Norway has generally remained stable and low over the past 10 years (9 – 26 cases annually). The median age is around 40 – 60 years, and the majority are men infected in Norway. The incidence of hepatitis B-related deaths is <1 per 100,000, which is below WHO's target for the elimination of hepatitis B as a public health threat.

Hepatitis C

A total of 581 cases of hepatitis C were reported to MSIS in 2024, a decrease from 636 in 2023. In 2024, 240 cases were reported among people born in Norway, the majority being men infected in Norway through injection drug use. The trend among Norwegian-born cases has remained stable since 2021. Among the 341 reported cases in people born abroad in 2024, 204 were from Ukraine (60%). The number of reported cases among people from Ukraine has increased from between 1–7 cases in the period 2016–2021 to 126 in 2022, 233 in 2023, and 204 in 2024.

Mpox

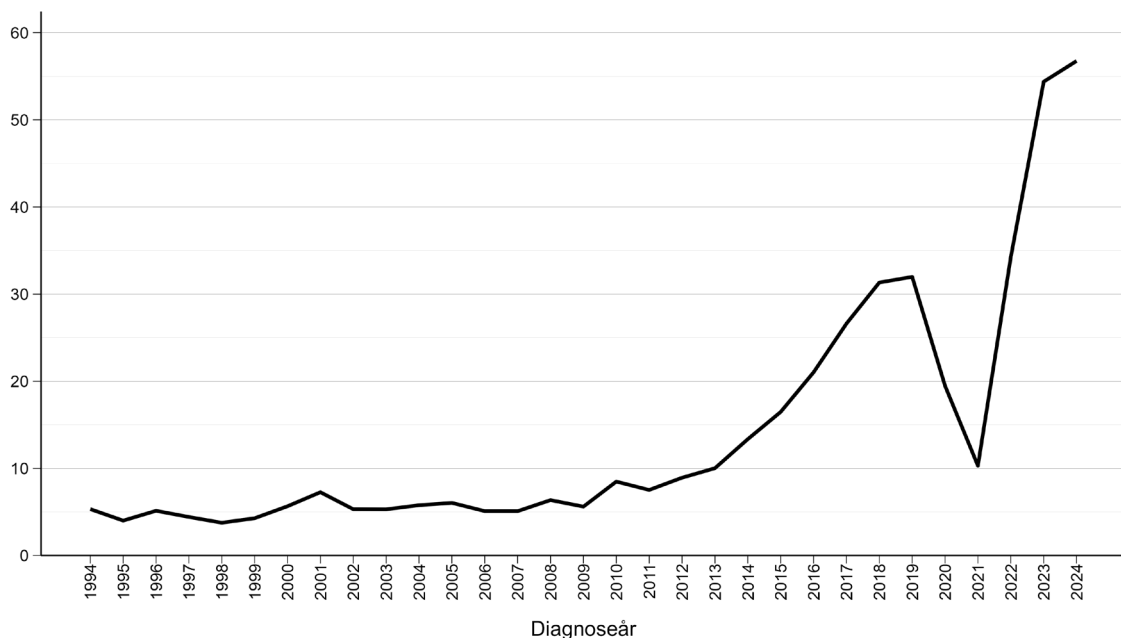
In 2024, 15 cases of mpox were reported to the Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases (MSIS). Mpox has been notifiable to MSIS since June 2022, following the report of a global mpox outbreak in May the same year. During 2022, a total of 94 cases were reported in Norway, with a significant decrease since then. The 15 cases reported in 2023 were all among males aged 27 – 52 years. Most cases were reported as sexually transmitted, with 80% occurring among MSM. Ten cases were infected in Norway, and five in various other countries.

1 Gonoré

Gonoré var meldingspliktig med aidentifiserte helseopplysninger i perioden 1992 til 2019, men ble etter forskriftsendring i 2019 en gruppe A-sykdom som meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 25.03.2025.

Bakgrunn

Etter en topp i antall registrerte tilfeller i 1975 med rundt 15 000 tilfeller, har gonoré vært en lite utbredt infeksjon i befolkningen. Den markante økningen etter 2010, særlig blant menn som har sex med menn, skyldes trolig en kombinasjon av et økt smittetrykk, men også økt testaktivitet og innføring av mer sensitiv diagnostikk. Etter en forbigående kraftig nedgang i meldte tilfeller under pandemien, økte antall meldte tilfeller sterkt i siste halvdel av 2022, spesielt blant unge kvinner. Økningen fortsatte i 2023 men har flatet noe ut i 2024 (Figur 1).



Figur 1. Figur. Antall meldte tilfeller av gonoré per 100 000 innbyggere, 1994-2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

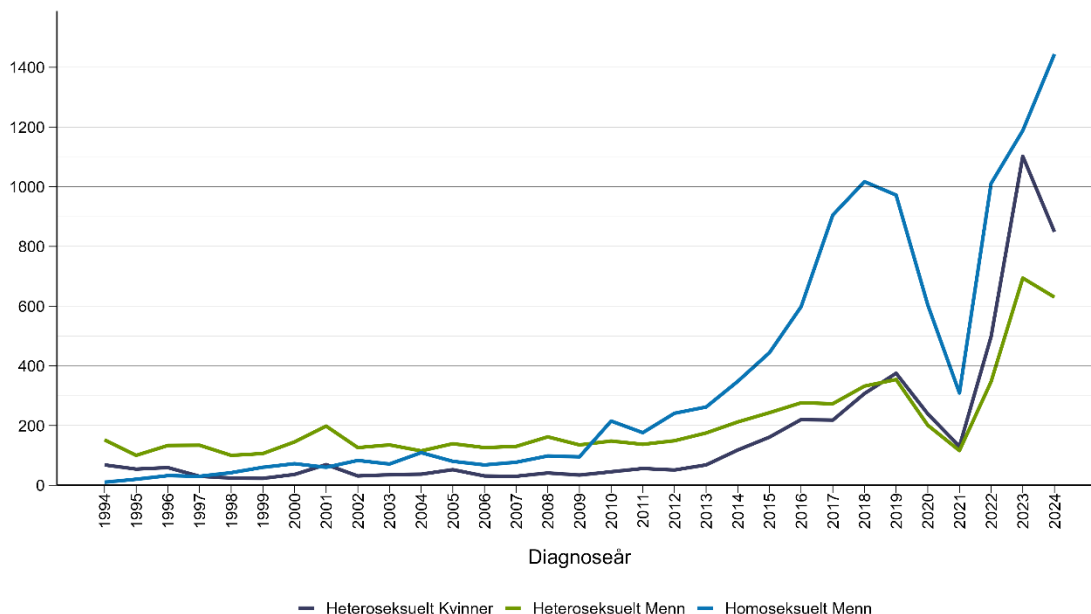
Meldte tilfeller av gonoré

I 2024 ble det meldt til sammen 3150 tilfeller av gonoré (57 per 100 000 innbyggere). Dette utgjør en økning på 6 % sammenliknet med 2023 (2985 tilfeller, 54 per 100 000). Til sammenlikning var økningen mellom 2022 og 2023 på 61 % (1857 meldte tilfeller i 2022) (Tabell 2 og Tabell 3).

Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte

Av totalt 3150 meldte tilfeller, ble det meldt 912 blant kvinner (mot 1102 i 2023, en nedgang på 17 %) og 2238 tilfeller blant menn (mot 1883 i 2023, en økning på 19 %). Av de meldte tilfellene blant menn, ble 630 registrert som heteroseksuelt smittet (mot 694 i 2023), 1444

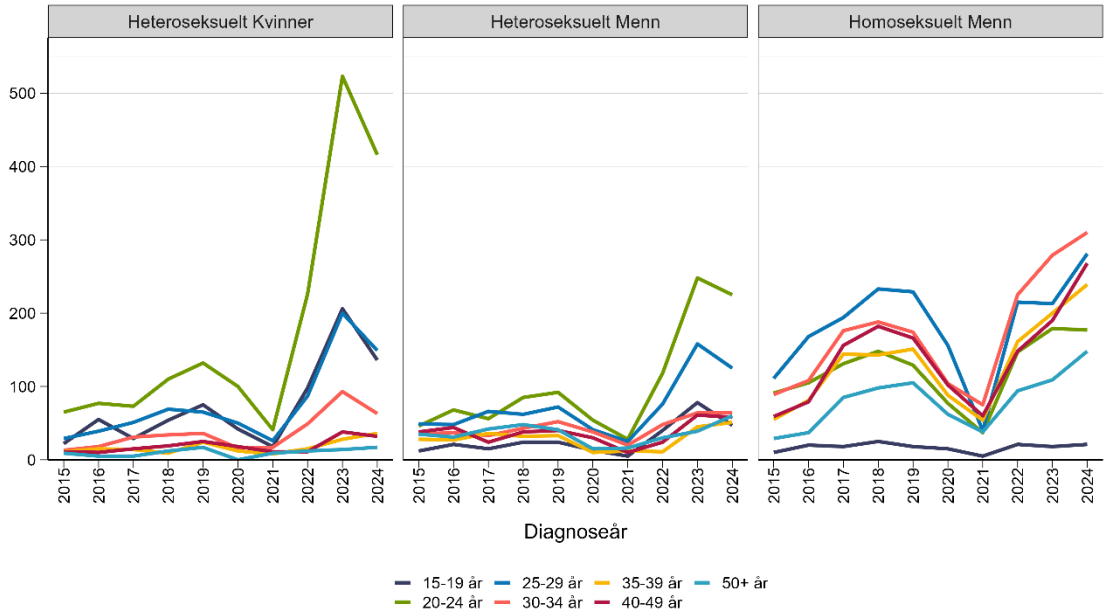
homoseksuelt smittet (mot 1188 i 2023), mens for 164 menn er smittemåte ikke oppgitt. (Figur 2 og Tabell 1).



Figur 2. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter kjønn og smittemåte, 1994 – 2024

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Blant heteroseksuelt smittede er flest tilfeller registrert i aldersgruppen 20-24 år. Etter den kraftige økning i denne gruppen i 2022-2023, har trenden nå snudd. Nedgangen i meldte tilfeller er størst blant kvinner i aldersgruppene under 30 år (Figur 3). Blant homoseksuelt smittede er det meldt flest tilfeller i aldersgruppen 30-34 år. Økningen i gruppen menn som har sex med menn siste tre år, fortsetter i 2024, med unntak av blant de under 25 år (Figur 3).



Figur 3. Antall meldte tilfeller av gonoré etter alder, kjønn og smittemåte, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 1. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter kjønn og smittemåte, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	851	1 096	1 399	1 659	1 704	1 045	555	1 857	2 985	3 150
Homoseksuelt Menn	444	598	905	1 017	972	604	309	1 011	1 188	1 444
Homoseksuelt Kvinner	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7
Heteroseksuelt Menn	243	276	273	332	354	201	116	347	694	630
Heteroseksuelt Kvinner	161	220	218	307	375	239	130	498	1 102	849
Sex uspesifisert	0	2	3	3	2	0	0	1	1	149
Ukjent ²	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71
Mor/barn	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

²Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege

Meldte tilfeller etter bostedsfylke

I motsetning til i 2023 da det var en økning i meldte gonorétilfeller i alle fylker, ser vi i 2024 kun en tydelig økning i fem fylker (Agder, Buskerud, Oslo, Telemark og Vestfold) og samtidig en klar nedgang i flere fylker (Akershus, Nordland, Rogaland og Østfold). Flest tilfeller ble meldt fra Oslo (1452). Det utgjør 202 meldte tilfeller per 100 000 innbyggere (en økning fra 179 i 2023), og er klart høyere enn landsgjennomsnittet (57 per 100 000 innbyggere). I Vestland er antall meldte tilfeller 55 per 100 000, og på nivå med landet som helhet (Tabell 2 og Tabell 3).

Tabell 2. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter bostedsfylke, 2015 – 2024.*

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Bostedsfylke*	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norge	851	1 096	1 399	1 659	1 704	1 045	555	1 857	2 985	3 150
Agder	16	13	29	29	27	10	20	51	89	97
Akershus	78	129	106	123	162	110	50	171	336	310
Buskerud	25	25	36	33	57	32	26	55	71	86
Finnmark	1	4	8	5	7	5	3	6	21	22
Innlandet	16	29	31	44	40	24	14	56	77	79
Møre og Romsdal	18	17	26	22	16	27	11	41	64	62
Nordland	23	22	14	18	28	12	3	36	65	47
Oslo	451	638	862	1 038	918	540	288	892	1 270	1 452
Rogaland	45	55	61	89	91	78	41	114	200	188
Telemark	17	12	13	18	16	15	10	16	35	44
Troms	15	17	19	16	42	26	15	42	60	59
Trøndelag	55	41	64	70	64	51	16	84	151	149
Vestfold	14	25	22	16	34	20	6	27	83	104
Vestland	57	57	91	108	142	70	35	225	359	356
Østfold	20	12	17	28	60	25	17	41	104	95

*Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke

Tabell 3. Antall meldte tilfeller av gonoré per 100 000 innbyggere etter bostedsfylke, 2015 – 2024.* Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Bostedsfylke*	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norge	16	21	27	31	32	19	10	34	54	57
Agder	5	4	10	10	9	3	6	16	28	30
Akershus	12	20	16	19	24	16	7	24	47	43
Buskerud	10	10	14	13	22	12	10	21	27	32
Finnmark	1	5	11	7	9	7	4	8	28	29
Innlandet	4	8	8	12	11	6	4	15	21	21
Møre og Romsdal	7	6	10	8	6	10	4	15	24	23
Nordland	10	9	6	7	12	5	1	15	27	19
Oslo	70	97	129	154	135	78	41	127	179	202
Rogaland	10	12	13	19	19	16	8	23	41	38
Telemark	10	7	8	10	9	9	6	9	20	25
Troms-Romssa	9	10	11	10	25	15	9	25	36	35
Trøndelag	12	9	14	15	14	11	3	18	32	31
Vestfold	5	8	9	7	14	8	2	11	33	41
Vestland	9	9	14	17	22	11	5	35	56	55
Østfold	7	4	6	10	20	8	6	13	34	30

*Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke

Meldte tilfeller etter smittested

Homoseksuelt smittede

Blant homoseksuelt smittede menn hvor smittested er oppgitt (1007 av 1372), var to tredeler smittet i Norge hvorav to tredeler oppgir Oslo som smittested. Av de 365 som er meldt smittet i utlandet, oppgir flest Spania (93), Tyskland (71), Nederland (24) og Storbritannia (19) som smittested (Tabell 4).

Tabell 4. Antall meldte tilfeller av gonoré blant menn som er smittet homoseksuelt, etter smittested, Norge, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	444	598	905	1 017	972	604	309	1 011	1 188	1 444
Oslo	270	407	567	644	590	410	146	595	627	750
Øvrige Norge	65	69	120	135	172	131	87	184	252	204
Norge ina	0	0	0	0	0	0	0	0	3	53
Utlandet	109	122	218	238	210	63	76	231	305	365
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	1	1	72

Heteroseksuelt smittede

Blant heteroseksuelt smittede menn og kvinner hvor smittested er oppgitt, ble majoriteten smittet i Norge (hhv 78 % og 88 %) (Tabell 4 og Tabell 5). Blant meldte tilfeller av heteroseksuelt smittede menn var de hyppigst rapporterte smittesteder i utlandet Thailand, Filippinene, Tyskland og Spania (hhv 48, 9, 7 og 6 meldte tilfeller) mens vanligste smittested blant kvinner er Spania, Tyrkia, Kypros og Thailand (hhv 15, 8, 7 og 7 tilfeller).

Tabell 5. Antall meldte tilfeller av gonoré blant menn som er smittet heteroseksuelt, etter smittested, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	243	276	273	332	354	201	116	347	694	630
Oslo	45	84	73	107	103	64	25	88	209	192
Øvrige Norge	80	84	82	110	147	105	51	178	369	253
Norge ina	0	0	0	0	0	0	0	0	4	39
Utlandet	118	108	118	115	104	32	40	81	112	133
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13

Tabell 6. Antall meldte tilfeller av gonoré blant kvinner, etter smittested, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	161	220	218	307	376	239	130	498	1 102	912
Oslo	52	81	78	111	150	86	65	149	384	278
Øvrige Norge	83	109	91	139	173	140	53	303	589	423
Norge ina	0	0	0	0	0	0	0	0	9	41
Utlandet	26	30	49	57	52	13	12	46	119	103
Ukjent	0	0	0	0	1	0	0	0	1	67

¹n

Meldte tilfeller etter fødested

Blant meldte tilfeller homoseksuelt smittet hvor fødested er oppgitt, var 63% født i Norge, 17 % født i Europa mens 14 % har fødeland i Asia/Oseania (Tabell 7). Tilsvarende blant de heteroseksuelt smittede (menn og kvinner), var 82 % født i Norge og 7 % født i Europa (Tabell 8).

Tabell 7. Antall meldte tilfeller av gonoré blant homoseksuelt smittede (menn som har sex med menn), etter fødeland, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	444	598	905	1 017	972	604	309	1 011	1 188	1 444
Norge	313	407	607	661	619	375	174	610	708	840
Europa	69	94	145	159	172	79	56	193	196	231
Afrika	10	22	20	26	21	22	11	27	34	44
Amerika	20	33	74	73	77	53	31	72	102	129
Asia og Oseania	30	38	57	96	77	73	36	100	141	186
Utland ina	2	4	2	2	6	2	1	9	7	14

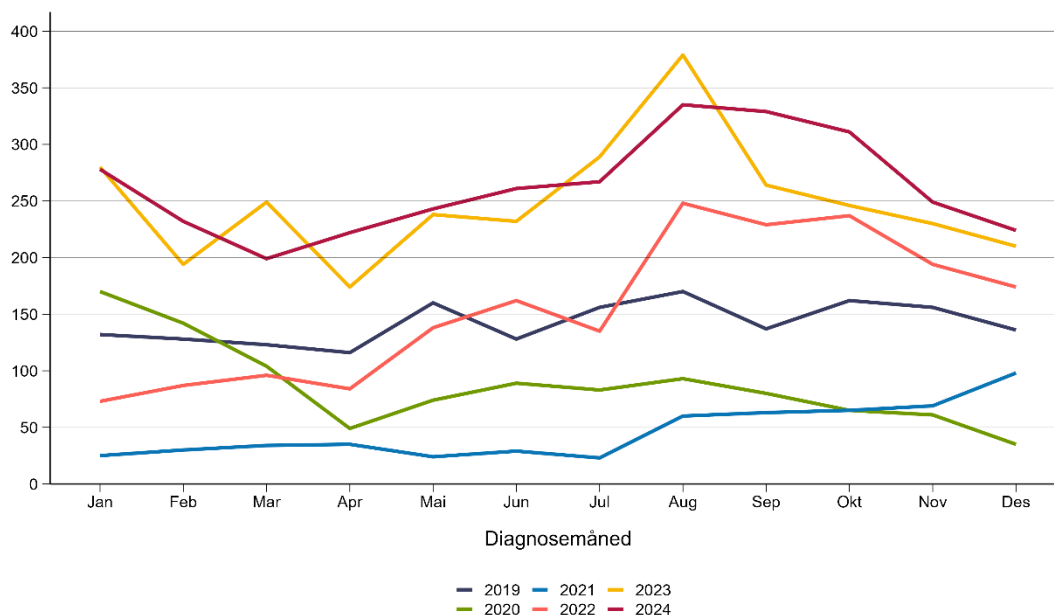
Tabell 8. Antall meldte tilfeller av gonoré blant heteroseksuelt smittede (menn og kvinner), etter fødeland, Norge, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	404	496	491	639	729	440	246	845	1 796	1 479
Norge	277	359	336	482	513	308	138	636	1 451	1 155
Europa	52	58	61	47	73	51	45	90	150	124
Afrika	23	38	28	52	52	43	25	51	67	81
Amerika	4	7	17	7	16	10	6	21	31	38
Asia og Oseania	43	29	41	49	69	25	25	38	89	71
Utland ina	5	5	8	2	6	3	7	9	8	10

Meldte tilfeller etter diagnosetidspunkt

Det har vært en viss sesongvariasjon de seneste årene med noe nedgang utover høst og vinter samt økning på nyåret og i sommermånedene. I 2022 inntraff en markant økning i meldte tilfeller i juli-august. Tilsvarende økning ble også sett sommeren 2023. Diagnosetidspunktet for de meldte tilfellene i 2024 har vært mer jevnt fordelt gjennom året (Figur 4).



Figur 4. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter diagnoseår og -måned, 2019 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter lokalisasjon

Foruten infeksjoner i genitalia (urinrør og livmorhals) og anus, var det 1263 som fikk påvist gonore i hals. Av disse hadde halvparten negative prøver genitalt. Det ble meldt 6 tilfeller av gonoreisk øyeinfeksjon mot 14 tilfeller i 2023 og seks tilfeller i 2022. Det ble rapportert to tilfeller av gonoreisk leddbetennelse mot fire tilfeller i 2023 og ett tilfelle i 2022.

Mer data er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.

Mikrobiologisk referansediagnostikk og overvåking

Primær påvisning av gonoré utføres med nukleinsyrepåvisning (PCR, NAT) som er svært sensitive metoder, men som ikke gir noen informasjon om gonokokkenes resistensegenskaper mot antibiotika. Det er derfor sterk anbefaling om å sende inn dyrkningsprøve for resistensbestemmelse før oppstart av antibiotika behandling.

FHI ble tildelt referansefunksjon for gonokokker høsten 2015, og alle landets laboratorier sender regelmessig isolater til instituttet hvorpå det gjøres identifikasjon og resistensbestemmelse. Et utvalg av isolatene karakteriseres med helgenomsekvensering. De stammene som ikke sekvenseres, blir bekreftet med Maldi-TOF.

Referanselaboratoriet mottok i 2024 totalt 1471 isolater (mot 1499 i 2023). Disse representerte 1390 unike infeksjonsepisoder som utgjør vel 44 % av tilfellene meldt til MSIS (mot 47 % i 2023). Isolaten var fra 1299 personer, hvorav 942 menn (73 %, en økning fra 62 % i 2023) og 356 kvinner (27 %, en nedgang fra 38 % i 2023). Fra 156 personer ble det mottatt mer enn en prøve, der 81 hadde prøver tatt på samme tidspunkt (to-tre prøver innenfor 7 dager) fra samme eller forskjellige lokalisasjoner og 75 (hvorav 68 menn) hadde prøver tatt på ulike tidspunkter i løpet av året.

De fleste gonokokker ble isolert fra mannlig genitalia (623; 42 %). Fra kvinnelig genitalia ble det isolert 315 (21 %, en nedgang fra 450;30 % i 2023), mens det totalt var 310 (21 %) isolater fra

anus/rektum og 193 (13 %) fra hals. I tillegg ble det mottatt 28 isolater fra andre organer/lokalisasjoner, inkludert 6 fra øye.

Resistensbestemmelse viste at av de 1471 stammene, var 25 % betalaktamaseproduserende (mot 14 % i 2023). Resistens mot penicillin ble påvist hos 21 % (mot 16 % i 2023). Andelen ciprofloksacin-resistente stammer var 57 % (mot 52 % i 2023 og 60 % i 2022) mens 21 % av stammene hadde en MIC-verdi >1 for azitromycin (mot 24 % i 2023). Fire stammer/isolater var resistente mot ceftriakson og 6 mot cefiksim.

Helgenomsekvensering ble utført på 536 isolater, og totalt ble det funnet 72 ulike sekvenstyper (ST). De fleste (48 av 72) ble kun identifisert en eller to ganger. De hyppigste sekvenstypene var ST-1580 (16%, en nedgang fra 28 % i 2023) og ST-9362 (13%, en økning fra 8 % i 2023) mens ST-16676 som opptrådte sporadisk i 2023, nå utgjør 9%. I 2024 er det påvist fire tilfeller av den nylig oppdagede multiresistente ST-16406, som mest sannsynlig har sitt utspring i Asia og nå med enkelttilfeller rapportert i flere europeiske land.

Vurdering og tiltak

Det har vært en jevn økning i meldte tilfeller av gonoré nasjonalt og internasjonalt, spesielt blant menn som har sex med menn siden 2010. Meldesraten for gonoré i EU/EØS i 2023 var den høyeste registrerte siden overvåkingen av seksuelt overførbare infeksjoner startet i 2009 [1]. I Norge så vi et kraftig fall i meldte tilfeller under pandemien, etterfulgt av en kraftig økning fra siste halvår 2022 som fortsatte gjennom 2023, spesielt blant unge kvinner. Den sammen trenden ble sett i Europa som for 2023 rapporterte de høyeste ratene blant kvinner i alderen 20-24 år og menn i alderen 25-34 år [1].

Den økende trenden blant unge heteroseksuelt smittede menn og kvinner ser ut til å ha snudd i 2024. Også i [Sverige](#) og [Danmark](#) viser overvåkningstatistikken at gonoretallene blant unge er på vei ned. Derimot, ses nå en økning i smittetrykket i enkelte miljøer der menn har sex med menn. Antall meldte tilfeller i alle grupper er fortsatt betydelig høyere enn det vi har sett de siste 30 år (Figur 2) og reflekterer den svært høye smittsomheten både ved vaginal, anal og oral sex.

For å få ned antall smittede og motvirke smittespredning ved hyppige partnerskifter, er det ikke tilstrekkelig med utstrakt testing med tidlig diagnostikk og behandling. Tiltak for økt bruk av kondom står derfor mer sentralt i det smitteforebyggende arbeidet enn noen gang, noe som også har vært vektlagt i kampanjer og i det forebyggende arbeidet som gjøres av helsestasjoner, studenthelsetjenester og andre aktører. Selv om kondombruken generelt er for lav, har Helsedirektoratet registrert rundt 30 % økning i bestillinger av gratiskondomer over den nasjonale ordningen både fra privatpersoner og for distribusjon via ulike aktører i og utenfor helsetjenesten. Det distribueres nå årlig rundt 9 millioner kondomer via ordningen.

Det bør sikres at helsepersonell er best mulig oppdatert i møte med pasienter som søker helsetjenesten for råd, testing og behandling. Sporing av seksualkontakter rundt hvert tilfelle av gonoré bør ikke overlates til pasienten selv, men foretas av helsepersonell. Informasjon ut i risikoutsatte miljøer, raskt igangsatte tiltak og varsling til FHI ved mistanke om lokale utbrudd er avgjørende for å holde gonoré under kontroll i Norge.

Det er stor bekymring knyttet til antimikrobiell resistens (AMR) hos gonokokker fordi de har stor evne til å utvikle resistens. Flere tilfeller og derav mer bruk av antibiotika, øker risikoen for at bakteriene utvikler resistens mot stadig flere typer antibiotika. Derfor er det et overordnet mål å forebygge smittetilfeller. Multiresistente stammer forekommer hyppigere i land med begrenset overvåkning av smittetilfeller og høyt, uregulert forbruk av antibiotika. Det er derfor viktig å beskytte seg mot smitte i utlandet. I Norge har vi hatt sporadiske av multiresistente gonokokker de siste årene, også i 2024. Slike tilfeller bør behandles og følges opp i spesialisthelsetjenesten. Resistensdata for Norge publiseres regelmessig i den årlige NORM/NORM-VET-rapporten [2].

Les mer om gonoré i [Smittevernhandboka](#).

2 Klamydia

Historikk

Det har vært store endringer i meldingskriterier, innhold og meldemåte for genitale klamydiainfeksjoner siden innføring av meldeplikt for landets laboratorier.

Perioden fram til 2004; summarisk meldinger over totalt antall positive prøver og totalt antall tester gjennomført meldt til MSIS en gang per år for foregående år fra landets laboratorier

Perioden 2005- 2018; meldingspliktig sykdom gruppe C. For hvert tilfelle rapporteres kjønn, fødselsår, bostedskommune og dato for prøvesvar. Meldt til MSIS en gang per år for foregående år fra landets laboratorier

Fra 2019; nominativ meldingspliktig sykdom (gruppe A). For hvert tilfelle rapporteres personnummer i tillegg til kjønn, bostedskommune, dato for prøvesvar og lokalisasjon for prøve. Meldingspliktig fra laboratorier, fra 2022 gjennom laboratiemelding til MSIS labdatabase.

Meldingskriterier (sist endret 2019). Kriterier for melding er laboratoriepåvisning av C. trachomatis ved nukleinsyreundersøkelse i et klinisk prøvemateriale fra ano-genital traktus eller konjunktiva.

Meldemåte og kriterier for et nytt tilfelle (sykdomshendelse) I perioden 2005-2021 ble et nytt tilfelle (sykdomshendelse) med genital klamydiainfeksjon definert som et eller flere positive prøvesvar fra en og samme person i en 60 dagers periode. En slik definisjon ble lagt til grunn for å unngå å telle flere prøvesvar knyttet til samme hendelse. Meldende laboratorier gjorde dette uttrekket før oversendelse til FHI.

I 2022 ble kriteriene endret til en eller flere positive prøvesvar i en 30 dagers periode i tråd med endringer i testanbefalinger. Uttrekket gjøres nå i MSIS labdatabase. Dataene for 2023 og 2024 i rapporten er basert på data fra MSIS-labdatabasen.

Meldemåte for testhendelser I perioden 2007-2021 leverte alle de mikrobiologiske laboratoriene gjennom en frivillig ordning tabeller med aggregerte data over antall personer testet for klamydia (uavhengig av prøvesvar) fordelt på aldersgrupper og kjønn. Fra 2021 leverte gradvis flere laboratorier data til MSIS labdatabase. Fra og med 2023 er alle data om antall testede trukket ut fra MSIS labdatabase.

Kriterier for en testhendelse: I perioden 2007- 2021 var kriteriene for en testhendelse “en eller flere tester for en person innenfor en periode på 60 dager”. Disse kriteriene ble ikke brukt konsekvent. I 2023 ble kriteriene endret til “en eller flere tester for en person innenfor en periode på 30 dager” ihht kriteriene for en sykdomshendelse. Fra 2025 (data for 2024) inkluderes følgende i en testhendelse; alle prøver tatt i løpet av året, men med maksimalt én test per dag per person. Ved positivt prøveresultat, vil alle tester tatt de påfølgende 30 dagene regnes som oppfølgingstester og være en del av samme testhendelse.

Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS labdatabase 17.03.2025

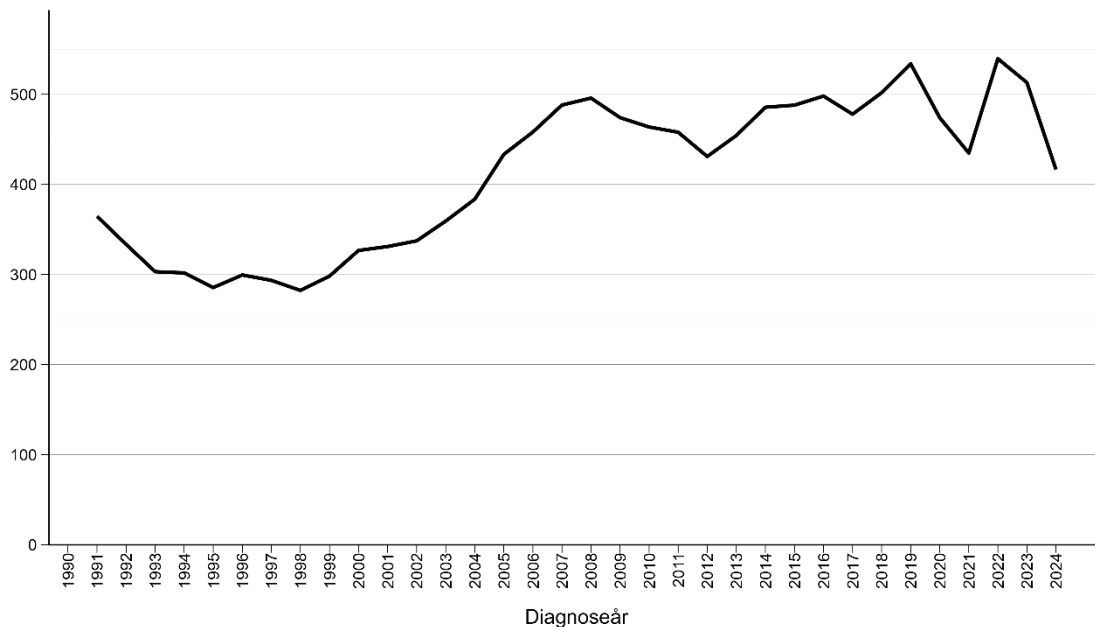
Bakgrunn

Klamydia er en seksuelt overførbart infeksjon som hovedsakelig smitter gjennom seksuell kontakt uten kondom. Ubehandlete infeksjoner kan hos et fåtall medføre bekkeninfeksjon og reproduktive komplikasjoner hos kvinner. Det er ikke kjent hvor stor risikoen for komplikasjoner som følge av ubehandlet klamydia er.

Siden 2015 har det, med unntak av pandemiårene, blitt meldt mer enn 25 000 tilfeller årlig. Melderaten av klamydia i Norge har ligget relativt stabilt og høyt siden 2009 og fram til 2019 som var et foreløpig toppår før pandemien (534 per 100 000 innbyggere). Antall meldte tilfeller gikk betydelig ned i 2020-2021 for så å igjen øke kraftige i løpet av 2022 (540 per 100 000 innbyggere). Fra 2023 er det en svak nedgang som fortsatte i 2024 (Figur 5 og Tabell 9).

Meldte tilfeller av klamydia

I 2024 ble det meldt 23 117 tilfeller av klamydia (417 per 100 000 innbyggere). Dette er en nedgang på 18 % fra 2023, hvor det ble meldt 28 159 tilfeller og er det laveste antall meldte tilfeller siste ti år, pandemiårene inkludert (Figur 5).



Figur 5. Antall meldte tilfeller av klamydia per 100 000 innbyggere, 1990 – 2024.

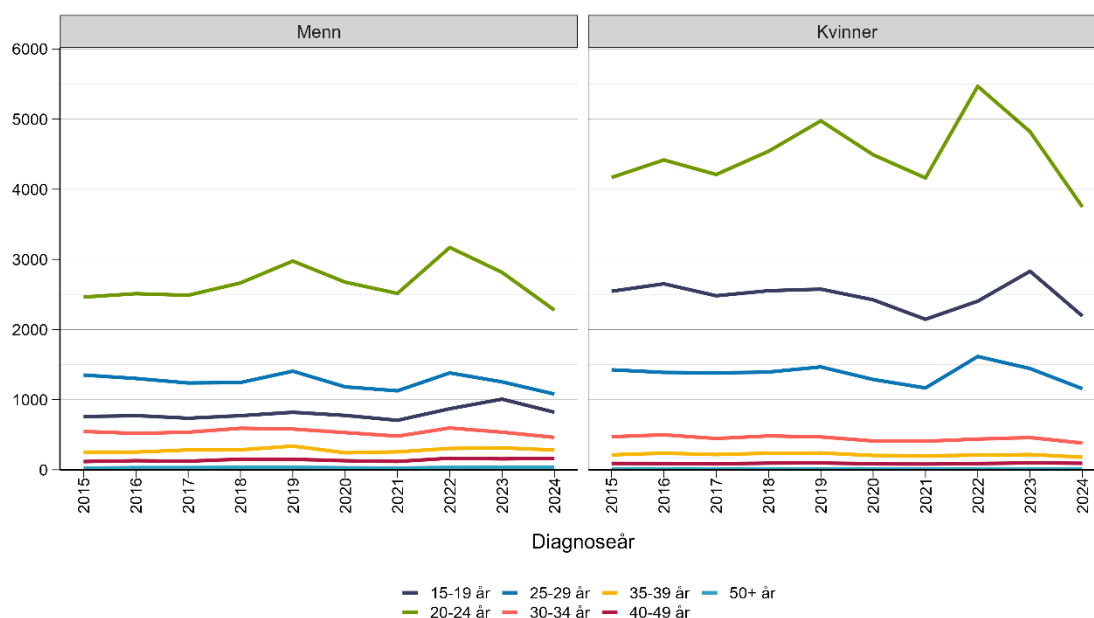
Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller og antall testede etter kjønn og alder

I 2024, som tidligere år, var flertallet av de meldte tilfellene med klamydia kvinner, 57 % (13 290/23 117). Personer under 25 år utgjorde 65 % av alle meldte tilfellene. Det påvises flest tilfeller i aldersgruppen 20 – 24 år både blant kvinner (6 105 tilfeller) og menn (3 916 tilfeller), hhv 46 % og 40 % av samlet antall tilfeller (Tabell 9).

Kvinner 20-24 år har hatt høyest melderate av klamydiainfeksjoner så lenge data om kjønn og alder har vært tilgjengelig (Figur 6). Lavest melderate er blant kvinner og menn over 30 år. Blant kvinner og menn i alderen 20 – 24 år var det en bratt økning i meldte tilfeller i 2022 og melderaten nådde et toppunkt med 8842 meldte tilfeller (5468 per 100 000) for kvinner, og

5490 (3170 per 100 000) for menn. I 2024 er tilsvarende tall for kvinner og menn i denne aldersgruppen hhv 6150 (3748 per 100 000) og 3916 (2277 per 100 000). Fra 2023 til 2024 var nedgangen i denne aldersgruppen 22 % blant kvinner og 19 % blant menn. Mens det i 2023 var en nedgang eller utflating i antall meldte tilfeller i de fleste aldersgrupper, fortsatte økningen fra 2022 i aldersgruppen 15-19 år, både for kvinner og menn. I 2024 er det nå en nedgang også i denne aldersgruppen, spesielt blant kvinner (3541 meldte tilfeller; 2192 per 100 000).



Figur 6. Antall meldte tilfeller av klamydia per 100 000 innbyggere, etter alder og kjønn, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

I 2024 var antall testede for klamydia 372 364 mot 368 919 i 2023. Økningen skyldes hovedsakelig at flere tester er utført i aldersgruppene 30 år og eldre, mens det i målgruppen (under 25 år) har vært en liten nedgang i testaktiviteten. Andelen med et positivt prøvesvar blant de testede var 5,3 % blant kvinner og 8,2 % blant menn (mot hhv 6,5 % og 10,1 % i 2023). Fra 2023 til 2024 har det vært en nedgang i andel positive prøver blant både kvinner og menn i aldersgruppene under 25 år. kvinner (68 %). I 2024 utgjorde kvinner 25 år eller eldre 53 % av kvinnene undersøkt for klamydiainfeksjon, men bare 27 % av alle kvinnene som fikk påvist klamydia. Menn 25 år og eldre utgjorde 66 % av de undersøkte og 46 % av menn som testet positive (Tabell 9).

Andelen positive klamydiaprøver blant de undersøkte synker med stigende alder, men ligger høyere hos menn i alle aldersgrupper. I 2024 var andelen positive blant de testede høyest blant menn i aldersgruppen 15 – 19 år (14 %) og 20 – 24 år (13 %).

Tabell 9. Antall personer testet, antall meldte tilfeller og andel positive tilfeller blant de testede, etter alder og kjønn, 2023 – 2024.

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Kjønn	Alder	2023			2024		
		Testet	Positive	% pos.	Testet	Positive	% pos.
Menn	0-14	626	10	1,6	816	10	1,2
	15-19	10 542	1 680	15,9	9 954	1 409	14,2
	20-24	30 741	4 839	15,7	29 365	3 916	13,3
	25-29	23 813	2 366	9,9	24 152	2 042	8,5
	30+	48 389	2 589	5,4	55 014	2 453	4,5
	Menn totalt	114 112	11 484	10,1	119 303	9 827	8,2
Kvinner	0-14	1 277	40	3,1	1 443	25	1,7
	15-19	39 081	4 488	11,5	37 197	3 541	9,5
	20-24	81 332	7 810	9,6	80 465	6 105	7,6
	25-29	51 678	2 589	5,0	50 580	2 083	4,1
	30+	81 436	1 748	2,1	83 371	1 537	1,8
	Kvinner totalt	254 807	16 675	6,5	253 061	13 290	5,3
Totalt		368 919	28 159		372 364	23 117	

Meldte tilfeller etter bostedsfylke

Det er stor variasjon i rapportert forekomst av klamydia mellom fylkene. Det er nedgang i alle fylker sammenliknet med 2023. Flest antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere er i Oslo (640 per 100 000) etterfulgt av Finnmark (624 per 100 000) og Troms (505 per 100 000) og færrest i Buskerud (275 per 100 000) (Tabell 10).

Antall meldte tilfeller samt kjønns- og aldersfordelte data på fylkesnivå er tilgjengelig på [MSIS statistikk](#) (merk at tilfeller <10 år ikke fremkommer på denne nettsiden).

Tabell 10. Antall meldte tilfeller og antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere av klamydia, etter bostedsfylke, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Bostedsfylke*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norge	25 207 (488)	25 967 (498)	25 130 (478)	26 570 (502)	28 446 (534)	25 444 (474)	23 447 (435)	29 271 (540)	28159 (513)	23 117 (417)
Agder	1 081 (366)	977 (327)	969 (322)	994 (327)	1 265 (414)	1 348 (439)	1 618 (524)	1 585 (509)	1457 (461)	1 159 (362)
Akershus	2 565 (406)	3 053 (476)	2 929 (449)	2 945 (445)	2 900 (431)	2 607 (382)	2 299 (333)	3 194 (455)	3134 (438)	2 330 (320)
Buskerud	929 (370)	1 050 (414)	790 (310)	1 051 (410)	1 024 (397)	975 (376)	736 (282)	945 (359)	956 (358)	743 (275)
Finnmark	537 (710)	499 (659)	497 (653)	590 (775)	513 (676)	565 (749)	603 (807)	571 (770)	614 (828)	468 (624)
Innlandet	1 432 (389)	1 433 (389)	1 359 (367)	1 394 (376)	1 400 (377)	1 400 (377)	1 092 (295)	1 402 (378)	1477 (395)	1 259 (335)
Møre og Romsdal	878 (336)	849 (323)	839 (318)	947 (358)	1 041 (393)	865 (326)	867 (327)	1 018 (383)	1061 (395)	891 (329)
Nordland	1 339 (557)	1 338 (556)	1 318 (546)	1 324 (547)	1 233 (509)	990 (410)	966 (402)	1 182 (492)	1224 (508)	979 (403)
Oslo	5 016 (774)	5 327 (809)	5 204 (780)	5 627 (836)	6 060 (890)	5 402 (779)	4 358 (625)	5 995 (857)	5499 (776)	4 593 (640)
Rogaland	2 074 (445)	2 004 (426)	2 016 (427)	2 099 (443)	2 413 (507)	2 379 (496)	2 020 (419)	2 405 (495)	2240 (455)	2 060 (412)
Telemark	663 (386)	630 (365)	549 (317)	700 (404)	813 (469)	706 (407)	669 (386)	678 (390)	697 (397)	535 (302)

Troms	1 271 (772)	1 260 (761)	1 136 (681)	1 255 (748)	1 190 (706)	1 009 (601)	918 (548)	1 069 (638)	1108 (658)	857 (505)
Trøndelag	2 458 (547)	2 607 (575)	2 542 (555)	2 575 (557)	2 793 (600)	2 291 (489)	2 272 (482)	2 840 (599)	2753 (575)	2 142 (444)
Vestfold	1 098 (368)	1 049 (349)	1 067 (444)	1 023 (422)	1 126 (461)	954 (388)	911 (367)	1 042 (415)	1174 (463)	996 (388)
Vestland	2 491 (402)	2 653 (425)	2 540 (404)	2 729 (432)	3 326 (525)	2 826 (444)	2 839 (444)	3 613 (563)	3237 (501)	2 818 (433)
Østfold	1 130 (394)	1 012 (350)	1 110 (380)	1 054 (358)	1 070 (360)	1 011 (338)	1 046 (347)	1 388 (455)	1097 (355)	969 (310)

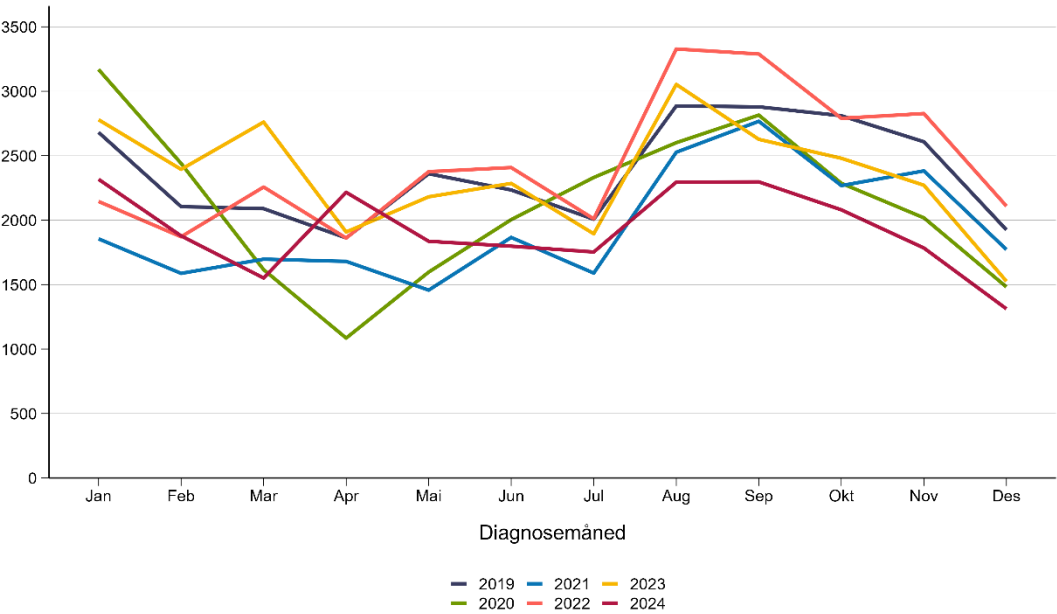
*Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke.

Meldte tilfeller etter lokalisasjon

Majoriteten av infeksjonene meldt i 2024 ble påvist gjennom prøvemateriale fra genitalia hos kvinner og urin fra menn. I tillegg prøvetas og påvises det klamydia i anus, spesielt hos menn som har sex med menn. I 2024 ble det meldt 36 tilfeller av klamydia øyeinfeksjon hvorav 15 var fra nyfødte (mot hhv 32 og 18 i 2023).

Meldte tilfeller etter diagnosetidspunkt

Med unntak av pandemiårene (2020 og 2021) har det vært et relativt jevnt antall månedlige meldte tilfeller mellom februar og juni, en topp i antall meldte etter sommeren etterfulgt av en nedgang gjennom høsten (Figur 7). Dette gjenspeiler i stor grad når personer tester seg og sier mindre om smittetidspunkt.



Figur 7. Antall meldte tilfeller av klamydia etter diagnosemåned, 2018 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Vurdering og tiltak

I årene fram mot 2019 var det en stigende trend i antall meldte tilfeller med klamydiainfeksjon. Den observerte nedgangen i perioden våren 2020 til høsten 2021, skyldtes trolig de strenge kontaktreduserende tiltak i forbindelse med pandemihåndteringen. 2022 er et foreløpig toppår, og økning i meldte tilfeller dette året, spesielt blant kvinner og menn i aldergruppen 20 – 24 år sammenfalt med en tilsvarende observert økning i gonoré blant unge heteroseksuelt smittede samme år. Tilsvarende trend ble observert i en rekke europeiske land med rekordhøy melderate i 2022 som avtok i 2023 [3].

Allerede i 2023 ble det observert en nedgang i meldte klamydiatilfeller i aldersgruppene 20 – 29 år mens det var en liten økning i meldte tilfeller blant 15-19 åringer. Dette skyldes ikke ulikheter i testaktivitet. Også i [Sverige](#) og [Danmark](#) viser overvåkningstatistikken at klamydiatallene er på vei ned blant de unge.

Klamydia er primært en asymptomatisk infeksjon og mange tilfeller fanges opp gjennom rutinemessig testing. Det meldes flere tilfeller av klamydia blant kvinner enn menn. Denne forskjellen reflekterer trolig at flere kvinner testes, og ikke en reell forskjell i forekomst blant kvinner og menn. Det er fortsatt store geografiske forskjeller i antall meldte tilfeller ift. folketallet. Oslo, Finnmark og Troms har gjennom mange år hatt høyest melderate i landet. Ulikheter i melderate kan påvirkes av flere forhold som ulikhet i helsetilbud og testaktivitet og behøver ikke være et uttrykk for reel forskjell i insidens. Det er også viktig å bemerke at folkeregisterført bostedsfylke i liten grad reflekterer hvor unge oppholder seg og dermed kan gi et noe skjevt bilde av hvor smittetrykket er størst.

Klamydiainfeksjoner er et resultat av sex uten kondom. Det viktigste forebyggende tiltaket er kondombruk i møte med nye partnere. Det må i tillegg vektlegges smittesporing av seksuallkontakter og målrettet prøvetakingen til grupper med høy risiko for smitte.

Det tas fortsatt alt for mange prøver utenfor indikasjon i de eldre aldersgrupper. Dette reflekteres i lav andel positive prøver og utgjør også unødvendig ressursbruk av laboratorie- og helsetjenesten.

Les mer om klamydia i [Smittevernhandboka](#).

3 Lymfogranuloma venereum (LGV)

LGV var summarisk meldingspliktig til MSIS i perioden 1993 – 2002. I perioden 2013 – 2018 ble opplysninger (prøvedato, kjønn, fødselsår og bostedskommune) innhentet som et ledd i den anonymiserte klamydiaovervåkingen. Etter forskriftsendring i 2019, ble LGV en nominativt meldingspliktig sykdom, gruppe A, som meldes fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og fra laboratorium. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 25.03.2025.

Bakgrunn

LGV var tidligere en svært sjelden sykdom i den vestlige verden. Siden begynnelsen av 2000-tallet har et økende antall tilfeller av LGV blitt rapportert blant menn som har sex med menn i Europa, også i Norge. Etter en tydelig nedgang under pandemien, er antall meldte tilfeller igjen på nivå med toppåret 2018.

Meldte tilfeller av LGV

I 2024 ble det meldt 31 tilfeller til MSIS, mot 43 tilfeller i 2023 og 36 tilfeller i 2022, alle homoseksuelt smittede menn (msm). Med unntak av under pandemien var lavest og høyest antall meldte tilfeller i 2015 og 2018 (hhv 13 og 44 tilfeller).

Tabell 11. Antall meldte tilfeller av LGV etter diagnoseår og smittemåte, 2019 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	27	14	10	36	44	31
Heteroseksuelt	0	0	0	0	0	0
Homoseksuelt Menn	27	14	10	36	44	31
Sex-uspes.	0	0	0	0	0	0

Meldte tilfeller etter alder og fødested

Mennene var i alderen 23-61 år med en medianalder på 37 år (mot 43 år i 2023). Cirka halvparten var født i utlandet.

Meldte tilfeller etter bostedsfylke og smittested

Av de 31 tilfellene meldt i 2024, var 20 folkereregistrert bosatt i Oslo. For 29 er antatt smittested oppgitt, hvorav 8 i Norge. Oslo har i de senere årene vært hyppigst oppgitt som smittested innenlands. Blant de som ble smittet i utlandet, oppgir to tredeler 75 % Spania som antatt smittested.

Mer data er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.

Mikrobiologisk diagnostikk

LGV skyldes smitte med spesielle serotyper (L1, L2, L3) av klamydiabakterien (*C trachomatis*). I vestlige land smitter LGV mellom menn som har sex med menn, og kan føre til betennelse i endetarmen, proktitt). LGV kan også forårsake genitale sår og betennelser i lymfeknuter i genitalregionen. Det er kun Først laboratorium, St.Olavs Hospital i Trondheim og Oslo Universitetssykehus som utfører slik diagnostikk, og andre laboratorier videresender derfor klamydiapositive prøver fra sår og rektum for slike analyser.

Vurdering og tiltak

Ubehandlet kan LGV medføre alvorlig og smertefulle infeksjoner i tarmslimhinne og lymfesystem med abscess- og fisteldannelser, og som kan mistolkes som annen tarmsykdom. Laboratoriene bør sørge for at positive klamydiatester i anale prøver fra msm, testes for LGV. Behandlende lege bør påse at dette blir fulgt opp samt ta kontrollprøve etter behandling.

Personer som diagnostiseres med LGV bør testes for andre seksuelt overførbare infeksjoner. Grundig smittevernveiledning, smitteoppsporing samt behandling i tråd med gjeldende behandlingsretningslinjer er viktig.

Som for hiv-infeksjon, syfilis og gonoré er menn med innvandrerbakgrunn også overrepresentert blant meldte tilfeller av LGV. Det er derfor viktig med bedre tilrettelagt smittevernrådgeving og testetilbud.

Les mer om LGV i [Smittevernhåndboka](#).

4 Syfilis

Syfilis var anonymt meldingspliktig til MSIS i perioden 1993 til 2019, men ble etter forskriftsendring i 2019 en gruppe A-sykdom som meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium..

Overvåkingen av syfilis har som mål å følge forekomsten av nysmitte, og det er kun primær, sekundær og tidlig latent syfilis som meldes (dvs. smittetidspunktet inntil et par år tilbake i tid).

Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 25.03.2024

Bakgrunn

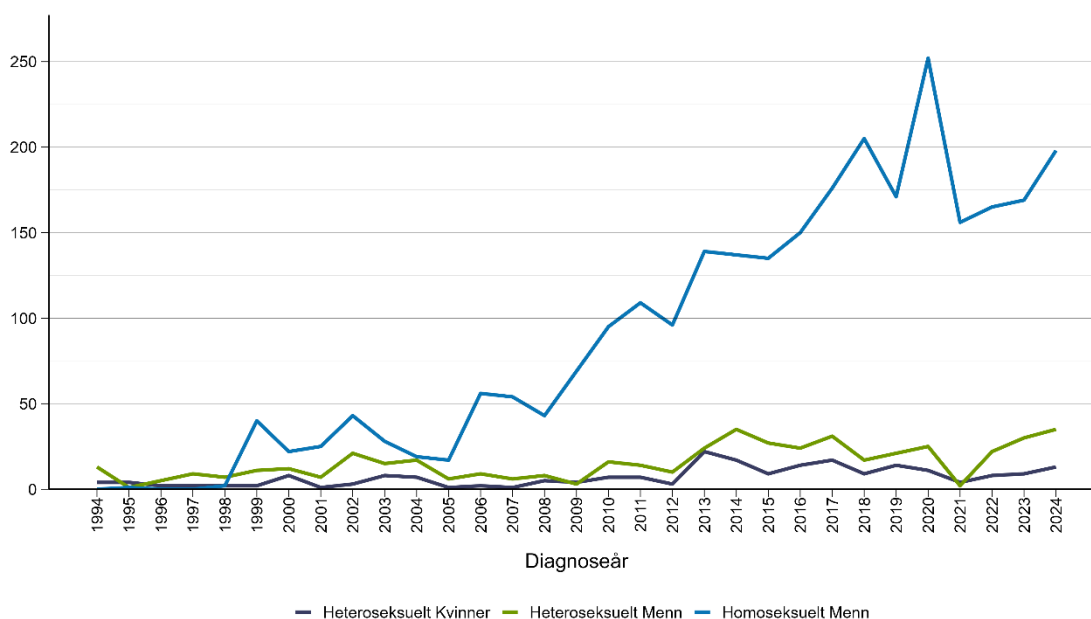
Siden årtusenskiftet har det vært en betydelig økning i meldte tilfeller blant menn som har sex med menn, både i Norge og ellers i Europa, og med endemisk høye nivåer fra 2010. Forekomsten er lav blant heteroseksuelt smittede.

Meldte tilfeller av syfilis

Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte

Det ble i 2024 meldt i alt 259 tilfeller av syfilis (4,7 per 100 000 innbyggere) mot 208 tilfeller (3,8 per 100 000 innbyggere) i 2023, en økning på 25 %.

Av de meldte tilfellene i 2024 var 197 (76 %) registrert som homoseksuelt smittet (mot 81 % i 2023, en økning på 17 %). Blant de 48 heteroseksuelt smittede var 13 kvinner og 35 menn. For 12 personer er smittemåte ikke oppgitt. Antall meldte tilfeller i 2024 blant heteroseksuelt smittede er noe høyere sammenliknet med de siste ti år (Tabell 12). Median alder blant de homoseksuelt smittede menn var 39 år (nedre og øvre kvartil: 31 – 48 år). Median alder blant heteroseksuelt smittede var 44 år for menn (nedre og øvre kvartil: 32 – 54 år) og 32 år for kvinner (nedre og øvre kvartil: 26 – 41 år).



Figur 8. Antall meldte tilfeller av syfilis etter kjønn og smittemåte, 1994 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 12. Antall meldte tilfeller av syfilis etter kjønn og smittemåte, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	172	188	224	231	206	288	164	195	208	259
Homoseksuelt Menn	135	150	176	205	171	252	156	165	169	198
Homoseksuelt Kvinner	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Heteroseksuelt Menn	27	24	31	17	21	25	2	22	30	35
Heteroseksuelt Kvinner	9	14	17	9	14	11	4	8	9	13
Sex-uspes.	0	0	0	0	0	0	2	0	0	6
Mor-barn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ukjent ²	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6

²Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Meldte tilfeller etter bostedsfylke

I 2024 var 134, vel halvparten, av de meldte tilfellene folkeregistrert i Oslo mot 94 i 2023. Dette representerer en økning fra 13 til 19 meldte tilfeller per 100 000 innbyggere. Sammenliknet med 2023, er det også registrert en økning i meldte tilfeller i Akershus (29) og Trøndelag (17) mens det er færre tilfeller meldt fra Vestland (18) og Innlandet (4). Blant meldte tilfeller blant menn (244) er 128 hjemmehørende i Oslo.

Tabell 13. Antall meldte tilfeller av syfilis, etter bostedsfylke*, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	172	188	224	231	206	288	164	195	208	259
Agder	4	9	7	3	5	4	9	4	5	5
Akershus	17	12	27	19	20	37	16	17	18	29
Buskerud	6	2	10	6	2	5	2	6	8	10
Finnmark	0	6	1	3	2	0	1	3	5	1
Innlandet	5	6	9	6	8	22	3	5	12	4
Møre og Romsdal	1	3	0	2	2	5	0	5	2	3
Nordland	1	4	4	6	1	2	4	5	6	5
Oslo	99	104	112	139	109	167	94	109	94	134
Rogaland	6	11	9	11	16	12	4	8	7	15
Telemark	7	8	3	4	7	3	1	1	1	5
Troms	0	4	5	0	4	3	4	6	1	3
Trøndelag	9	5	6	8	8	5	7	2	3	17
Annet/Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vestfold	3	3	9	4	2	6	1	0	1	4
Vestland	10	4	15	16	17	13	10	18	40	18
Østfold	4	7	7	4	3	4	8	6	4	6

*Bostedsfylke er det samme som folkeregistret fylke.

Meldte tilfeller etter smittested

Heteroseksuelt smittede

Blant de 35 heteroseksuelt smittede mennene ble 23 (66 %) registrert som smittet i utlandet hvorav fem i Thailand.

Tolv av de 13 kvinnene er smittet i Norge.

Tabell 14. Antall meldte tilfeller av syfilis blant menn som er smittet heteroseksuelt, etter smittested, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	27	24	31	17	21	25	2	22	30	35
Oslo	5	5	4	2	1	1	1	2	4	2
Øvrige Norge	7	7	8	3	5	10	0	7	9	5
Norge ina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Utlandet	15	12	19	11	15	14	1	13	17	23
Ukjent	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4

Tabell 15. Antall meldte tilfeller av syfilis blant kvinner, etter smittested, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	9	14	17	9	14	11	4	8	9	13
Oslo	4	1	2	3	0	3	2	1	4	5
Øvrige Norge	4	11	10	2	10	7	2	4	2	4
Norge ina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Utlandet	1	2	5	4	4	1	0	3	3	1
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Homoseksuelt smittede

Blant de 198 homoseksuelt smittede, er Norge registrert som smittested i 129 (65 %) av tilfellene hvorav 91 er smittet i Oslo. For ti er smittested ikke angitt. For 48 av de 58 meldt smittet i utlandet, var land oppgitt hvorav Spania og Tyskland hyppigste registrerte smittesteder (hhv 9 og 7 tilfeller).

Tabell 16. Antall meldte tilfeller av syfilis blant homoseksuelt smittede (menn som har sex med menn), etter smittested, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	135	150	176 ¹	205	171	252	156	165	169	198
Oslo	82	83	80	101	76	159	94	79	62	91
Øvrige Norge	23	20	36	37	36	56	37	33	47	32
Norge ina	0	0	1	1	0	0	0	0	1	6
Utlandet	29	47	59	66	59	37	25	53	59	58
Ukjent	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11

Meldte tilfeller etter fødested

Heteroseksuelt smittede

Av de 35 heteroseksuelt smittede mennene, var 20 født i Norge.
Av de 13 kvinnene som ble meldt smittet, var 8 født i Norge og de øvrige fem var innvandrere smittet etter ankomst til Norge.

Homoseksuelt smittede

Som i 2023 utgjør, utenlandsfødte menn cirka halvparten av de homoseksuelt smittede mennene. De er med ett unntak smittet mens bosatt i Norge.

Tabell 17. Antall meldte tilfeller av syfilis blant homoseksuelt smittede (menn som har sex med menn), etter fødeland Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	135	150	176 ¹	205	171	252	156	165	169	198
Født i Norge	88	106	110	131	101	148	85	96	81	100
Innvandrere smittet for ankomst Norge	4	2	7	7	4	7	9	8	7	1
Innvandrere smittet etter ankomst Norge	43	42	59	67	66	97	62	61	81	97

Antall meldte tilfeller samt kjønns- og aldersfordelte data på fylkesnivå er tilgjengelig på [MSIS statistikkbank](#).

Mikrobiologisk diagnostikk og overvåking

Syfilis har en inkubasjonstid på opptil tre måneder. Noen har imidlertid et sykdomsforløp uten symptomer eller kliniske tegn og kan tilfeldig oppdages i blodprøve opptil flere år senere. Screeningstester (serologi) kan i liten grad skille mellom behandlingstrengende syfilis, serologiske arr etter tidligere gjennomgått eller behandlet syfilis eller gjennomgått ikke-venerisk treponematose. Vurdering av serologiske prøvesvar for å stadfeste eventuelt

smitteførende stadium og effekt av behandling krever spisskompetanse. Positive prøver blir derfor sendt til nasjonalt referanselaboratorium for bekreftelse. Primær syfilis (sjanker) kan diagnostiseres med nukleinsyrepåvisning (PCR, NAT) direkte fra sår (sjanker).

Vurdering og tiltak

Blant msm som tilhører spesielt risikoutsatte miljøer, er det fortsatt stabilt høy forekomst av syfilis. Primære sjanker kan overses og bidrar med høy transmisjonsrate. Utenlandsfødte menn utgjør over halvparten av de homoseksuelt smittede.

Til tross for lav forekomst av syfilis blant heteroseksuelt smittede, har det de siste par år vært noen flere meldte tilfeller i denne gruppen enn på flere år. Dette understreker viktigheten av årvåkenhet i primærhelsetjenesten.

Mer kunnskap om syfilis som differensialdiagnose, økt målrettet testaktivitet og rutiner for varsling og tiltak ved mistanke om lokale utbrudd, er avgjørende for å holde syfilis under kontroll i Norge. Smittesporingen kan være utfordrende hvis smittetidspunktet er ukjent. Tilstrekkelig oppfølging og veiledning av eksponerte kontakter og tidlig diagnostikk er svært viktig og bidrar effektivt til redusert smittespredning. Ethvert tilfelle av syfilis bør, uansett stadium eller symptomer, henvises for vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Menn som smittes heteroseksuelt, blir ofte smittet i utlandet, noe som understreker viktigheten av å praktisere sikrere sex på reise, inkludert kondombruk.

I 2023 ble det rapportert vel 41 000 bekreftede tilfeller av syfilis i 29 EU/EØS-land [4] hvor det også har vært en betydelig økning i tilfeller siste ti år, spesielt blant menn som har sex med menn. På verdensbasis er det en bekymringsfull økning av smitte fra mor til barn, også i flere europeiske land. Alle gravide skal få tilbud om prøvetaking i svangerskapet.

Les mer om syfilis i [Smittevernhandboka](#).

5 Hiv/aids

Infeksjon med hiv meldes fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og fra laboratorium. Hivinfeksjon var anonymt meldingspliktig til MSIS i perioden 1986 – mars 2019. Tilfeller diagnostisert fra og med høsten 1984 ble etterrapportert. Fra mars 2019 har hiv vært en nominativt meldingspliktig sykdom med personidentifiserbare opplysninger og CD4 tall ved diagnosetidspunktet er blitt rapportert. Meldingskriteriene har stort sett vært uendret gjennom årene. Aids tilfeller har vært meldt med personidentifiserbare opplysninger fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) siden 1983, etter den europeiske definisjonen [5]. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.03.2025.

Bakgrunn

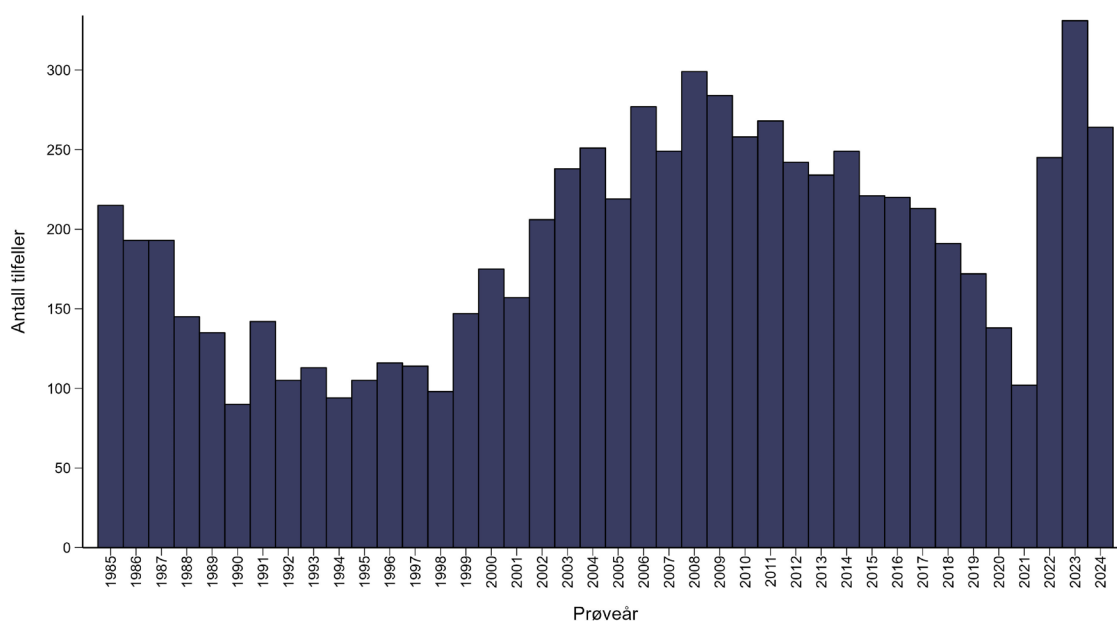
Hivinfeksjon er en virussykdom som smitter seksuelt, ved blodsmitte og fra mor til barn. Uten behandling vil infeksjonen over tid medføre redusert immunforsvar og opportunistiske infeksjoner. Hivinfeksjon kan ubehandlet resultere i hivsykdom og aids.

Opprinnelig var epidemien preget av diagnoser blant msm og personer som injiserer rusmidler. Antall diagnoser økte fra slutten av 90-tallet inntil 2008, drevet av økt migrasjon fra høyendemiske områder, som Afrika sør for Sahara (SSA), og en økning i diagnoser blant msm. Fra 2008 til 2019 var det en nedgang i hiv-tilfeller drevet av en nedgang både blant norskfødte msm, og heteroseksuelt smittede migranter som fikk hiv før de migrerte til Norge. Hiv-situasjonen preges nå av et stort antall hiv-positive innvandrere som kommer til Norge.

Meldte tilfeller av hiv

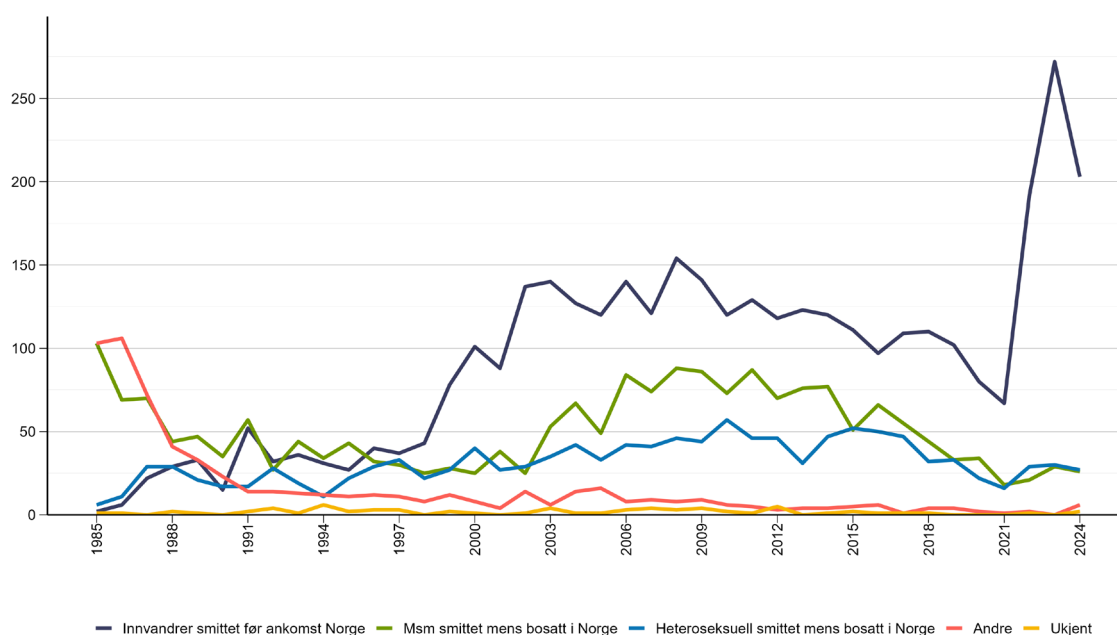
Det ble i 2024 meldt 264 hiv-positive til MSIS, en nedgang fra 331 i 2023 (Figur 9 og Tabell 18). Majoriteten (235, 89 %) var født i utlandet. Blant de 219 utenlandsfødte meldt som smittet utenfor Norge hadde 217 kjent årsak til utenlandsopphold ved smitte. Av disse 217 var 203 (94 %) smittet før innvandring til Norge. Smittemåte er kjent for 205 (78 %) av de totalt meldte tilfellene, hvorav 90 (44 %) er oppgitt smittet heteroseksuelt. Trenden etter smittemåte er presentert i Figur 10. Det var i alt 59 meldte tilfeller med ukjent smittebakgrunn. Alle var smittet utenfor Norge, hvorav 57 var innvandrere smittet før ankomst.

Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.



Figur 9. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon etter diagnoseår, Norge 1985 – 2024.

Kilde: meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.



Figur 10. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon etter diagnoseår og smittemåte, Norge 1985 – 2024.

Kilde: meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 18. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon etter alder, kjønn, fødested, smittested og smittemåte Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	37	38	37	37	38	38	38	40	40	41
(øvre-nedre kvartil)	(30 - 47)	(30 - 48)	(30 - 45)	(30 - 47)	(31 - 49)	(32 - 49)	(30 - 49)	(34 - 47)	(33 - 50)	(33 - 47)
Kjønn										
Kvinne	76	63	58	69	60	46	38	109	127	93
Mann	145	157	155	122	112	92	64	136	204	171
Fødested										
Norge	83	89	73	58	53	37	23	37	34	29
Afrika	62	58	51	54	48	27	36	36	45	26
Asia	31	32	31	30	28	22	17	18	22	22
Europa	34	29	41	33	26	39	21	144	217	159
Nord-Amerika	2	4	2	3	2	2	0	0	0	5
Oseania	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sør- Og Mellom-amerika	9	8	14	13	14	11	5	9	12	16
Ukjent	0	0	1	0	0	0	0	1	1	7
Smittested										
Oslo	37	31	25	17	17	13	9	12	12	10
Øvrige Norge	28	26	28	18	11	16	6	10	12	4
Norge, ikke nærmere angitt	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6
Utlandet	153	162	157	156	143	108	87	223	307	241
Ukjent	2	1	1	0	1	1	0	0	0	3
Smittemåte										
Heteroseksuelt	138	120	115	101	100	66	58	138	152	90
Homoseksuelt	70	87	88	73	61	64	36	59	71	64
Seksuelt, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Sprøytebruk	8	8	7	6	8	8	4	24	31	20
Annen blodeksponering ¹	0	0	0	0	1	0	0	1	8	14
Mor/barn	2	2	2	6	2	0	4	5	12	6
Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ukjent ²	3	3	1	5	0	0	0	18	56	59
Totalt antall tilfeller	221	220	213	191	172	138	102	245	331	264

¹ For eksempel stikkskade, medisinsk utstyr eller blodtransfusjon. ² Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Tabell 19. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon, etter bostedsfylke på diagnosetidspunktet, Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Agder	9	6	9	10	8	7	4	14	22	10
Akershus	27	23	19	26	18	14	12	26	14	23
Buskerud	9	14	12	7	9	3	8	14	17	9
Finnmark-Finnmarku	3	1	4	3	2	1	1	7	8	4
Innlandet	8	2	5	10	7	4	6	11	22	18
Møre og Romsdal	5	12	6	8	6	2	3	12	18	8
Nordland	8	11	7	1	2	2	5	9	15	18
Oslo	71	83	70	67	48	51	25	62	63	47
Rogaland	13	18	21	18	18	13	14	29	38	36
Telemark	5	6	2	3	3	3	1	5	7	6
Troms	4	2	4	5	2	4	1	6	13	11
Trøndelag	20	5	20	5	9	10	8	12	17	24
Vestfold	8	7	3	1	9	1	1	6	13	8
Vestland	21	17	21	22	17	13	6	26	39	31
Østfold	10	13	10	5	14	10	6	6	24	11
Ukjent	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Totalt antall tilfeller	221	220	213	191	172	138	102	245	331	264

Meldte tilfeller bosatt i Norge ved smittetidspunkt

Av de 264 tilfellene meldt i 2024 var 61 antatt smittet mens de var bosatt i Norge (enten fordi de er norskfødte eller utenlandsfødte ikke registrert som smittet før innvandring) (Tabell 20). Blant disse var 20 (30 %) angitt smittet i Norge, 10 i Oslo, 4 i utenfor Oslo og seks i Norge, uten at det var angitt nærmere hvor smitten hadde skjedd. Årlig antall meldte tilfeller med angitt smittested Norge har gått ned med 70 % (66 tilfeller i 2015) i løpet av de siste 10 år og har holdt seg relativt stabilt mellom 15 – 29 per år siden 2019. Fire av de 20 angitt smittet i Norge var rapportert smittet i 2024, tre i 2023 og for de resterende 13 var smitteår var ukjent. Blant de 20 var fire norskfødte, syv var smittet heteroseksuelt (fem kvinner og to menn), 12 var menn smittet homoseksuelt og én var smittet via sprøytebruk.

Tabell 20. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon for personer som er smittet mens de bodde i Norge etter alder, kjønn, fødested, smittested, smittemåte og CD4 tall, Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	45 (33 - 56)	39 (30 - 51)	40 (33 - 50)	39 (32 - 52)	42 (33 - 55)	37 (32 - 56)	45 (36 - 55)	50 (38 - 60)	43 (35 - 58)	42 (32 - 56)
Kjønn										
Kvinne	14	17	11	11	10	9	2	9	9	10
Mann	96	106	93	70	60	49	33	44	50	51
Fødested										
Norge	83	89	73	58	53	37	23	37	34	29
Utlandet	27	34	30	23	17	21	12	16	25	32
Ukjent	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Smittested										
Oslo	37	31	25	17	17	13	9	12	11	10
Øvrige Norge	28	26	28	18	11	16	6	10	12	4
Norge, ikke nærmere angitt	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6
Afrika	8	10	6	6	3	4	4	5	4	5
Asia	23	27	25	17	18	11	9	15	17	21
Europa	10	22	12	19	15	8	6	7	8	12
Nord-Amerika	0	2	2	2	1	2	0	2	2	0
Oseania	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sør- Og Mellom-amerika	0	2	2	2	2	2	0	0	3	2
Ukjent	3	3	2	0	2	2	1	2	1	1
Smittemåte										
Heteroseksuelt	52	50	47	32	33	22	16	29	30	27
Homoseksuelt	51	66	55	44	33	34	18	21	29	26
Seksuelt, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Sprøytebruk	5	6	1	2	4	2	1	2	0	3
Annen blodeksponering ¹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mor/barn	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ukjent ²	2	1	1	1	0	0	0	1	0	2
CD4 tall³										
<200	0	0	0	0	11	11	6	15	13	8
200-349	0	0	0	0	14	6	4	8	7	10
350-499	0	0	0	0	9	11	5	12	16	11
+500	0	0	0	0	8	13	19	18	22	16
Ukjent	110	123	104	81	28	17	1	0	1	16
Totalt antall tilfeller	110	123	104	81	70	58	35	53	59	61

¹ For eksempel stikkskade, medisinsk utstyr eller blodtransfusjon. ² Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege. ³ CD4 tall har vært rapportert siden mars 2019.

Homoseksuelt smittede

I 2024 ble det meldt 26 hivtilfeller blant msm smittet mens de var bosatt i Norge (Tabell 21). Fra 2021 har trenden vært stabil, med 18 – 29 tilfeller rapportert årlig. Blant de 26 var 14 (54 %) født i Norge og 12 (46 %) var utenlandsfødte smittet etter at de kom til Norge. Tolv (43 %) var angitt smittet i Norge og 16 (57 %) i utlandet. Antallet meldte tilfeller angitt smittet i Oslo har vært under 10 siden 2020. Av de 14 norskfødte msm meldt i 2024 var ni smittet i utlandet. Blant de 26 msm smittet mens bosatt i Norge ble to diagnostisert med hiv og aids samtidig. CD4-tall ved diagnosetidspunktet var kjent for 19 av 26 meldte tilfellene. Median CD4-tall var 520, og seks hadde et CD4-tall under 350 (og derfor anses som sene diagnoser [6]).

Tabell 21. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon hos msm som er smittet mens de bodde i Norge etter alder, fødested og smittested, Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	41	34	38	36	42	34	42	42	39	36
(øvre-nedre kvartil)	(30 - 46)	(27 - 48)	(28 - 49)	(31 - 44)	(35 - 51)	(31 - 43)	(36 - 50)	(37 - 59)	(30 - 53)	(30 - 42)
Fødested										
Norge	36	46	35	28	25	20	9	13	14	14
Utlandet	15	20	20	16	8	14	9	8	15	12
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Smittested										
Oslo	26	27	22	12	12	9	8	7	8	7
Øvrige Norge	12	9	15	9	6	11	6	4	6	1
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Afrika	3	2	1	0	1	1	0	1	1	0
Asia	2	5	4	5	1	3	1	3	5	5
Europa	6	19	10	14	10	7	3	5	4	6
Nord-amerika	0	1	2	2	0	2	0	1	2	0
Oseania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- Og Mellom-amerika	0	1	1	2	2	1	0	0	2	2
Ukjent	2	2	0	0	1	0	0	0	1	1
Totalt antall tilfeller	51	66	55	44	33	34	18	21	29	26

Heteroseksuelt smittede

I 2024 ble det meldt 27 personer heteroseksuelt smittet mens de var bosatt i Norge (18 menn, medianalder 56.5 år, og 7 kvinner, medianalder 34 år) (Tabell 22). Av de 27 var 10 (37 %) menn født i Norge og 17 (63 %) var utenlandsfødte smittet etter at de kom til Norge (ni kvinner og åtte menn). Siden 2020 har mellom 16 – 30 tilfeller per år blitt meldt heteroseksuelt smittet mens de var bosatt i Norge. For mennene er Thailand fortsatt det vanligste smittested i utlandet med 10 tilfeller i 2024, mot ni tilfeller i 2023 og 10 tilfeller i 2022. Blant de 27 ble fem diagnostisert med aids og hiv samtidig (fire menn og én kvinne). Blant de 20 med kjent CD4-tall ved diagnosetidspunktet var median CD4-tall 192.5, og 13 hadde et CD4-tall under 350 (og anses derfor som sene diagnoser [6]).

Tabell 22. Hivinfeksjon hos heteroseksuell som er smittet mens de bodde i Norge etter alder, fødested og smittested, Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	52 (40 - 60)	48 (37 - 55)	44 (35 - 57)	48 (35 - 56)	45 (32 - 56)	57 (34 - 64)	52 (35 - 64)	51 (41 - 60)	54 (42 - 61)	48 (34 - 58)
Kjønn										
Kvinne	12	13	11	9	10	9	2	8	9	9
Mann	40	37	36	23	23	13	14	21	21	18
Fødested										
Norge	40	37	36	25	26	15	13	21	20	10
Utlandet	12	13	10	7	7	7	3	8	10	17
Ukjent	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Smittested										
Oslo	8	2	3	3	4	4	0	4	3	2
Øvrige Norge	13	14	12	8	3	3	0	5	6	3
Norge, ikke nærmere angitt	1	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Afrika	5	8	4	6	2	3	4	4	3	4
Asia	21	22	21	11	17	8	8	11	12	12
Europa	4	2	2	4	4	1	3	2	4	4
Nord-amerika	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Oseania	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Sør- Og Mellom-amerika	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0
Ukjent	0	0	2	0	1	2	1	2	0	0
Totalt antall tilfeller	52	50	47	32	33	22	16	29	30	27

Meldte tilfeller smittet før innvandring til Norge

Meldte tilfeller blant personer smittet før innvandring til Norge fordelt på alder, kjønn, fødested, smittemåte og tidligere kjent hivstatus for de siste 10 årene presenteres i Tabell 23.

Ukraina var hyppigste fødeland (112, 55 %) blant de 203 meldte tilfellene smittet før innvandring til Norge i 2024. Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina har økt fra fire eller færre per år før 2022 til 97 i 2022, 170 i 2023 og 112 i 2024. Medianalder i 2024 var 41 år (nedre og øvre kvartil: 35.5 – 46 år) og 60 (54 %) var menn. Smittemåten var ukjent for 37 (33 %). Blant de 75 med kjent smittemåte var det rapportert om heteroseksuell smitte for 36, smitte via sprøytebruk for 15, annen blodeksponering for 10 og mor-barn smitte for seks. Det var rapportert færre enn fem tilfeller for øvrige smittemåter. Blant personene med fødeland Ukraina var data om tidligere positiv hivtest rapportert for 103, hvorav 85 (83 %) var kjent hiv-positiv fra før.

Utover Ukraina var det ingen fødeland som hadde mer enn seks meldte tilfeller i 2024 (Russland, n=6). Blant de øvrige 27 tilfellene rapportert smittet heteroseksuelt var 11 født i

Afrika og syv i Europa. Blant de øvrige 35 tilfellene rapportert smittet homoseksuelt var 10 født i Europa, 10 i Asia og åtte i Sør- og Mellom-Amerika. Tallet var under fem for alle øvrige verdensregioner.

Totalt 10 ble diagnostisert med aids samtidig som de ble diagnostisert med hivinfeksjon, hvorav fem smittet heteroseksuelt. Data om tid i Norge før diagnosetidspunkt var kjent for 144 av tilfellene smittet før ankomst Norge. Blant disse ble 81 (56%) testet hiv-positive innen seks måneder etter ankomst Norge og 135 (94 %) innen to år etter ankomst Norge.

Tabell 23. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon for personer som er smittet før ankomst i Norge etter alder, kjønn, fødested, smitemåte og hivstatus kjent fra før, Norge 2015 – 2024. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	52 (40 - 60)	48 (37 - 55)	44 (35 - 57)	48 (35 - 56)	45 (32 - 56)	57 (34 - 64)	52 (35 - 64)	51 (41 - 60)	54 (42 - 61)	41 (34 - 46)
Kjønn										
Kvinne	62	46	47	58	50	37	36	100	118	83
Mann	49	51	62	52	52	43	31	92	154	120
Fødested										
Afrika	59	47	48	46	44	20	34	33	38	18
Asia	25	22	23	27	23	17	14	16	16	20
Europa	19	20	24	23	18	32	15	133	206	141
Nord-Amerika	2	3	2	2	2	2	0	0	0	5
Oseania	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	6	5	12	12	14	9	4	9	11	12
Ukjent utlandet	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7
Smitemåte										
Heteroseksuell	86	70	68	69	67	44	42	109	122	63
Homoseksuell	19	21	33	29	28	30	18	38	42	38
Seksuelt, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Sprøytebruk	3	2	6	4	4	6	3	22	31	17
Annen blodeksponering	0	0	0	0	1	0	0	1	8	14
Mor/barn	2	2	2	4	2	0	4	5	12	6
Annen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ukjent	1	2	0	4	0	0	0	17	56	57
Kjent positiv fra før										
Ja	40	33	48	52	51	48	38	152	215	146
Nei	57	46	35	36	31	23	19	39	44	36
Ukjent	14	18	26	22	20	9	10	1	13	21
Totalt antall tilfeller	111	97	109	110	102	80	67	192	272	203

¹ CD4 tall har vært rapportert siden mars 2019.

Meldte tilfeller av aids

I tillegg til hiv-infeksjon er aids en selvstendig nominativt meldepliktig tilstand som skal meldes i henhold til den europeiske aidsdefinisjonen av 1992 [5]. Hva som defineres som aids er også beskrevet i norske kliniske retningslinjer [7].

Antall meldte tilfeller av aids etter alder, kjønn og fødested de siste 10 årene er presentert i Tabell 24. De som nå utvikler aids rekrutteres i stor grad fra de udiagnostiserte, det såkalte mørketallet av hivtilfeller. Folkehelseinstituttet har estimert dette til å være i intervallet 250 – 500 i 2023 (se nedenfor). Mange av aidstilfellene som er meldt de senere årene har åpenbart gått lenge med ulike hivrelaterte symptomer uten å bli fanget opp av helsetjenesten. I siste 10-årsperiode er Pneumocystis jirovecii pneumoni (PCP) hyppigste aidsdefinerende diagnose (88, 52 %), også i 2024 (15, 71%).

Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.

Tabell 24. Antall meldte tilfeller av aids etter alder, kjønn og fødested, Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	43	52	43	42	40	57	43	45	52	40
(øvre-nedre kvartil)	(35 - 56)	(41 - 55)	(40 - 53)	(36 - 49)	(38 - 46)	(34 - 63)	(35 - 50)	(37 - 53)	(41 - 62)	(34 - 54)
Kjønn										
Kvinne	3	7	5	3	5	1	9	9	6	10
Mann	8	10	13	9	14	10	13	11	12	11
Fødested										
Norge	5	3	7	5	4	8	9	7	9	5
Afrika	3	6	2	1	6	1	2	1	3	5
Asia	1	5	2	5	5	1	9	5	2	3
Europa	2	3	5	0	2	1	2	7	4	7
Nord-Amerika	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Oseania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt antall tilfeller	11	17	18	12	19	11	22	20	18	21

Kobling mellom MSIS og NPR for å undersøke underrapportering av aids

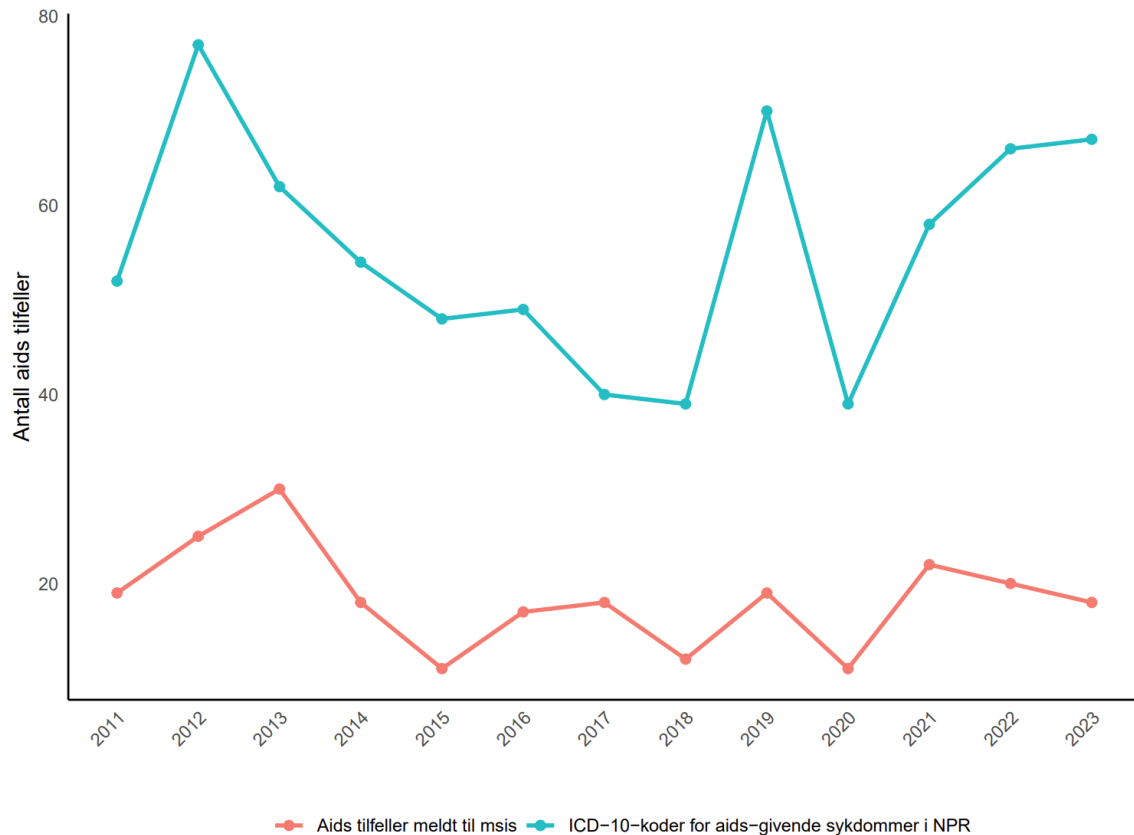
I tolkningen av data om aids-tilfeller meldt til MSIS er det viktig å poengtere at det er underrapportering til MSIS. Dette er fordi infeksjonsmedisinerne sluttet langt på vei å melde aidsdiagnosen til MSIS etter at den moderne og effektive hivbehandlingen kom i 1997. Bakgrunnen var bl.a. at de ikke ønsket å belaste pasientene med en så stigmatisert og alvorlig diagnose når de visste at hivbehandlingen som regel ville bringe pasienten ut av sitt aidsstadium og med en god prognose fremover. De fleste aidsmeldinger de siste 20 årene er initiert av FHI der vi på bakgrunn av hivmeldingen ser at pasienten trolig fyller aidskriteriene og dermed også anmoder om en aidsmelding.

Underrapportering av aids til MSIS ble undersøkt i en ny kobling FHI har gjort mellom MSIS og norsk pasientregister (NPR). I Figur 11 presenteres antall personer meldt med aids til MSIS, sammenlignet med antall personer diagnostisert med hivinfeksjon (meldt til MSIS eller registrert med B20 – B24 eller Z21 i NPR) og registrert med en ICD-10-kode for en aids-definerende sykdom i NPR fra 2011 – 2023. De utvalgte ICD-10-kodene er presentert i appendiksen. Kodene bør dekke de fleste (men ikke alle) aids-definerende sykdommer, men det kan ikke valideres at alle er ekte aids-tilfeller etter gjeldende definisjon. Analysen gir uansett en pekepinn på underrapportering av aids til MSIS.

Fra 2011 – 2023 var det 721 'aids-tilfeller' i NPR (som definert etter ICD-10-koder i tabellen i appendiksen), hvorav 449 (62 %) ikke kunne bli koblet til en aids-melding i MSIS. Den vanligste koden blant de 721 var B20.6 (hiv-sykdom med pneumoni som skyldes pneumocystis, n=186), etterfulgt av B20.4 (hiv-sykdom med candidainfeksjon, n=98), B20.0 (hiv-sykdom med mykobakterieinfeksjon, n=92), B22.2 (hiv-sykdom med avmagringssyndrom, n=64) og B22.0 (hiv-sykdom med encefalopati, n=53).

I 2023 ble det identifisert 67 'aids-tilfeller' med de utvalgte ICD-10-kodene i NPR, sammenlignet med 21 meldt til MSIS. Blant de 67 var medianalderen 43 år (nedre og øvre kvartil: 37 – 54 år) og 43 (64 %) var menn. Det var 24 norskfødte (20 menn, fire kvinner) og 17

født i Ukraina. Tallet var under fem for alle øvrige fødeland. Den vanligste koden blant de 67 var B20.6 (n=15), etterfulgt av B20.0 (n=9) og B20.4 (n=8).



Figur 11. Antall personer registrert med aids i MSIS og personer diagnostisert med hiv som har fått en ICD-10-kode for en aids-definerende sykdom i NPR, Norge, 2011 – 2023.

Kilde: NPR: Norsk pasientregister. I appendiksen er en tabell med hvilke ICD-10-koder som er brukt for å definere aids-tilfeller.

Estimering av antall personer som lever med hiv i Norge og antall udiagnostiserte

Hiv skal elimineres som folkehelseproblem jf. de globale bærekraftsmålene og WHO sin strategiplan [8]. Med 'eliminering' menes reduksjon av smitte og sykdom til et så lavt nivå at det ikke lenger utgjør et problem for folkehelsen. Et viktig delmål er å nå det såkalte 95-95-95 målet innen 2025, dvs. at 95 % av landets hivsmittede skal være diagnostisert, 95 % av disse skal stå på hivbehandling og igjen at 95% av disse være fullt virussupprimert.

Folkehelseinstituttet har laget et oppdatert estimat over andel av landets hivsmittede som er diagnostisert, med bruk av data fra flere nasjonale registre og et modelleringsverktøy fra det europeiske smittevernbyrået, ECDC [9]. Ved slutten av 2023 er det estimert å være 6 726 personer som lever med hiv i Norge (95 % sikkerhetsbånd: 6 683 – 6 856) med 234 udiagnostiserte infeksjoner (95 % sikkerhetsbånd: 207 – 336). Det er derfor estimert at 96,5 % av alle som lever med hiv i Norge er blitt diagnostisert (95 % sikkerhetsbånd: 95,1 – 96,9).

Denne metoden vil sannsynligvis overestimere antallet personer som lever med hiv og antallet udiagnostiserte, fordi dataunderlaget ga ikke mulighet til å ta komplett hensyn til infeksjon før innvandring og alle utvandring og dødsfall blant de diagnostiserte siden starten av hiv-epidemien. I dataunderlaget fremkommer det at rundt 4 900 personer var registrert som bosatt

i Norge og fikk oppfølging for hiv i spesialisthelsetjenesten ved slutten av 2023. Med hensyn til mørketallet og de nydiagnostiserte tilfellene, kan det derfor anses at rundt 5 400 personer levde med hiv i Norge ved slutten av 2024, med rundt 150 – 300 udiagnostiserte.

Til tross for disse begrensninger er antallet udiagnostiserte lavere enn estimert før, samtidig som antallet som lever med hiv har økt. Det viser at en økende andel av landets hivsmittede blir diagnostisert og at Norge sannsynligvis har oppnådd målet om at 95 % av landets hivsmittede skal være diagnostisert innen 2025. Resultatene fra modelleringen er foreløpige og skal publiseres i sin helhet etter hvert.

Overvåking av antiviral resistens

Nasjonalt referanselaboratorium for hiv ved Oslo universitetssykehus, Ullevål har ansvar for å utføre eller videreføre mikrobiologiske undersøkelser på vegne av andre laboratorier i Norge, samt tilby råd, informasjon og tilbakemeldinger vedrørende hiv-diagnostikk, rutiner og anbefalinger. Data fra overvåkingen av resistens mot antivirale midler oppsummeres årlig i Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN) rapporten [10].

Vurdering og tiltak

Trenden i antall meldte tilfeller av hiv i Norge reflekterer nå i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra høyendemiske land. Det forklarer økningen i meldte tilfeller blant personer født i Ukraina i siden 2022. Rundt 94 000 flyktninger fra Ukraina kom til Norge mellom 2022 og 2024 [11] og prevalensen av hiv i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være ca. 1,0 % [12], sammenlignet med rundt 0,1 % i Norge. Over 80 % av personer fra Ukraina som er blitt diagnostisert med hiv i Norge var kjent hiv-positive og under hivbehandling fra hjemlandet. Andel kjent hiv-positive blant de øvrige innvandrere smittet før ankomst Norge var like høy. Disse representerer derfor i liten grad smittevernmessige utfordringer i Norge, men må i likhet med andre hiv-positive ha regelmessig oppfølging ved infeksjonsmedisinske poliklinikker. Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy smitterisiko tilbys test. For asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente bør tilbudet gis i forbindelse med tidlig helsekartlegging i ankomstfasen og i forbindelse med tilbud om helseundersøkelse tre måneder etter ankomst [13]. De mikrobiologiske laboratoriene og legene må melde alle som diagnostiseres med hiv i Norge til MSIS uansett om de er kjent hiv-positive fra hjemlandet eller er nyoppdaget i Norge. Dette for å få full oversikt over totalt antall hiv-positive som diagnostiseres i Norge.

Antall meldte hivtilfeller smittet mens de var bosatt i Norge har ligget på et relativt stabilt nivå siden 2018, med unntak av 2021. Med rundt 150 – 300 udiagnostiserte tilfeller i landet er en stabil lav trend i nydiagnostiserte tilfeller ikke uventet. Msm har helt siden 80-tallet vært den mest utsatte gruppen for hivsmitte i Norge. Etter en lang periode med nedadgående trend, særlig blant norskfødte msm, er det nå en lav stabil forekomst i nye diagnoser i gruppen. Dataene indikerer at det nå er relativt få aktive smittekilder i Norge og at de som er mest utsatt for hivsmitte fortsatt er msm, spesielt utenlandsfødte, og heteroseksuelt smittede menn på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia. Rundt halvparten av meldte tilfeller blant msm de senere år er født i utlandet og rundt halvparten ble smittet i utlandet. Utenlandsfødte msm bør derfor fortsatt gis høy prioritet i forebyggingsarbeidet. Det meldes fortsatt noen nydiagnostiserte hiv-tilfeller med aids eller lav CD4-tall ved diagnosetidspunktet.

For å bedre sikre tidlig diagnose er det viktig med økt bevissthet om smitterisiko og sykdomstegn. Personer som kan ha vært i risiko for smitte bør tilbys test og noen grupper

oppfordres til å sjekke seg regelmessig [14]. F.eks. oppfordres seksuelt aktive msm til å sjekke seg årlig, og menn med flere partnere eller hyppig partnerskifte bør undersøke seg oftere. PrEP-programmet medfører at mange risikoutsatte msm testes regelmessig for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Ifølge Helsedirektoratet fikk rundt 3 500 individer (97 % menn) i Norge PrEP minst én gang i 2024, en økning fra rundt 2 400 i 2022 og 1 800 i 2021. For enkelte andre grupper kan det også være selvstendige indikasjoner for testing, enten på klinisk indikasjon (f.eks. personer med symptom, ved kliniske funn som kan gi mistanke om infeksjon), eller rutinemessig av smittevern hensyn (f.eks. gravide, blodgivere og organdonorer). Lavterskeltilbud for hivtesting både i og utenfor den ordinære helsetjenesten er fortsatt viktige for å nå ut til personer med høy smitterisiko og som av ulike grunner velger å ikke teste seg i den ordinære helsetjenesten. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt hvert nyoppdaget hivtilfelle som er smittet i Norge er viktigere enn noen gang for å komme videre i hivforebyggingen.

Raskest mulig oppstart med behandling etter diagnose ifølge kliniske retningslinjer [7] er vesentlig for å forebygge videre smitte. De aller fleste diagnostisert med hiv i Norge er på vellykket antiretroviral behandling [15]. Et annet viktig tiltak er tilbud om forebyggende medikamentell behandling (PrEP) til spesielt risikoutsatte. Helsetjenesten bør kunne tilby veiledning om PrEP til de med indikasjon [7]. Det inkluderer heteroseksuelle, f.eks. menn som har regelmessig ubeskyttet sex i Thailand eller andre høyendemiske områder for hiv. Kondombruk er likevel det viktigste primærforebyggende tiltak fordi det også beskytter mot andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Det er viktig å fortsatt jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerstyr og for overgang til andre måter å innta rusmidler. Til tross for høy dekning av skadereduserende tiltak, viser undersøkelser i Oslo at litt under 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr [16]. Endringer i rusmiddelbruk kan innebære økt smittefare. For eksempel vil økt bruk av sentralstimulerende midler kunne øke risikoen for blod- og seksuell smitte, både via endringer i injeksjonshyppighet eller i forbindelse med sex. I de senere år har flere land rapportert om utbrudd av hiv blant personer som injiserer sentralstimulerende midler [17, 18]. Tiltak må tilpasses etter slike endringer.

Det er underrapportering av aids til MSIS. FHI ber infeksjonsavdelingene om å melde alle aidstilfeller i henhold til meldekriteriene. Aidsdiagnosen har nå fått stor betydning for å estimere antall udiagnostiserte hivtilfeller og inngår i all matematisk modellering når det gjelder hivsituasjonen. Ev. behandlingssvikt hos diagnostiserte hiv-positive kan også synliggjøres gjennom pålitelig aidsmeldedekning.

Les mer om hiv/aids i [Smittevernhandboka](#).

Aktuelt oppdatert informasjonsmateriell om smittevern og smittsomme sykdommer for ukrainske flyktninger finnes [her](#).

6 Hepatitt B

Infeksjon med hepatitt B virus (HBV) meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. MSIS har data om tilfeller av hepatitt B siden 1977. Vurderingen om nye tilfeller var akutt eller kronisk infeksjon ble opprinnelig gjort av MSIS. Akutt og kronisk hepatitt B ble meldingspliktig hver for seg i 1992. Meldingskriteriene har stort sett vært uendret siden den tiden. Akutt hepatitt B er nysmitte innen siste 6 måneder. Kronisk hepatitt B defineres som en HBsAg (hepatitt B-virus surface antigen) positiv infeksjon som varer i minst 6 måneder. Tilfeller av akutt hepatitt B som utvikler kronisk hepatitt meldes på nytt til MSIS. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.03.2025.

Bakgrunn

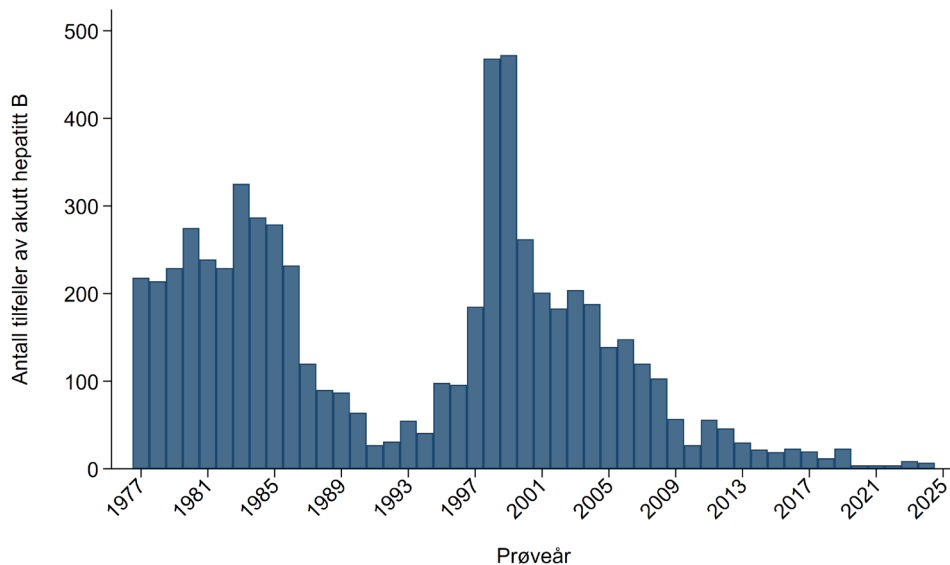
Hepatitt B er en virusinfeksjon som overføres ved direkte seksuell- eller blodkontakt, perinatalt eller indirekte kontakt gjennom f.eks. kontaminerte sprøytespisser ved sprøytedeling og stikkuhell, og gjennom kontaminerte blodprodukter. Ubehandlet kan kronisk infeksjon gi få eller ingen symptomer eller kronisk hepatitt med påfølgende leverskade.

Fra 1970-tallet til 1986 og i perioden 1995 – 2008 var det i Norge store, landsomfattende utbrudd av hepatitt B blant personer som injiserer rusmidler. Siden den gang har nydiagnostiserte tilfeller av akutt hepatitt B stabilisert seg på et lavt nivå. Det er meldt om ≤ 30 tilfeller hvert år siden 2013 og < 10 hvert år siden 2020. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B reflekterer i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra høyendemiske land. For eksempel, er nedgangen observert i 2020 og 2021 trolig knyttet til reiserestriksjonene innført under covid-19-pandemien.

Meldte tilfeller av akutt hepatitt B

I 2024 ble det meldt syv tilfeller av akutt hepatitt B, etter ni i 2023 og fire i 2020 – 2022 (Figur 12). Medianalder var 52 år (nedre og øvre kvartil: 42 – 72 år), og fem (71 %) tilfeller var menn. Smittemåte var rapportert for tre, hvorav ett smittet seksuelt, ett via sprøytebruk og ett via annet blodeksponering. Fire tilfeller var rapportert smittet i Norge, og for tre var smittested ukjent.

Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.



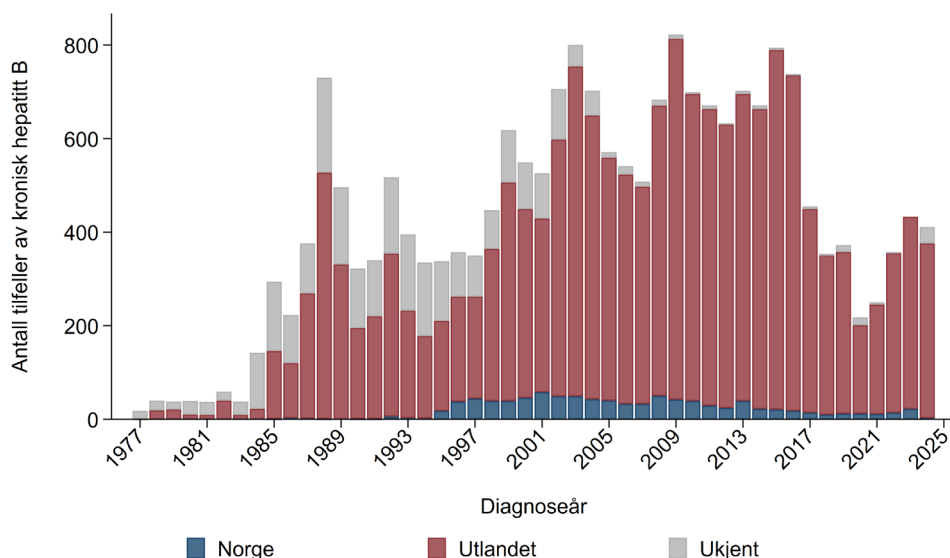
Figur 12. Antall meldte tilfeller av akutt hepatitt B, etter diagnoseår, Norge, 1977 – 2024

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller av kronisk hepatitt B

Totalt ble 411 tilfeller av kronisk hepatitt B meldt i 2023. I 2023 ble det meldt 433 tilfeller (Figur 13, Tabell 25 og Tabell 26). Meldte tilfeller fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke, fødested, smittested og smitemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 25 og Tabell 26. De fleste var født og smittet i utlandet.

Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](https://statistikkbank.fhi.no/), som oppdateres daglig.



Figur 13. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår og smittested, Norge, 1977 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 25. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested og smittemåte, Norge, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	30	31	34	35	34	36	38	40	39	40
(øvre-nedre kvartil)	(22 - 37)	(24 - 38)	(28 - 44)	(29 - 44)	(29 - 44)	(30 - 45)	(31 - 48)	(33 - 49)	(33 - 46)	(31 - 49)
Kjønn										
Kvinne	554	510	277	192	200	110	154	208	249	235
Mann	240	228	178	160	172	108	96	148	184	176
Fødested										
Norge	26	25	22	13	18	14	12	16	23	9
Utlandet	665	629	396	306	312	186	225	324	401	382
Ukjent	103	84	37	33	42	18	13	16	9	20
Smittested										
Oslo	1	2	2	0	2	4	1	4	3	1
Øvrige Norge	13	13	8	7	9	7	10	9	12	1
Norge, ikke nærmere angitt	7	3	4	3	1	1	0	1	7	1
Utlandet	768	717	435	341	345	189	234	341	411	373
Ukjent	5	3	6	1	15	17	5	2	0	35
Smittemåte										
Sprøytebruk	10	12	6	0	3	5	1	1	5	1
Annen blodeksponering ¹	0	0	2	0	1	2	8	6	13	5
Mor/barn	18	34	26	29	30	19	10	15	21	14
Seksuelt ²	2	5	4	4	3	9	6	9	11	6
Annet	0	2	1	0	0	6	7	7	5	1
Ukjent ³	764	685	416	319	335	177	218	319	378	384
Totalt antall tilfeller	794	738	455	352	372	218	250	357	433	411

¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 6 registrert som smittet seksuelt i 2024 var 5 heteroseksuell smitte, og 1 seksuell smitte ikke nærmere angitt. Blant de totalt 58 registrert som smittet seksuelt i 2015 – 2024 var 34 heteroseksuell smitte, 7 homoseksuell smitte og 17 seksuell smitte ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Tabell 26. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår og bostedsfylke, Norge, 2015 – 2024. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Agder	48	64	23	11	20	8	15	15	29	23
Akershus	60	60	44	46	37	33	27	41	62	42
Buskerud	42	39	24	22	19	15	14	16	20	23
Finnmark-Finnmarku	11	10	7	1	5	1	3	7	8	3
Innlandet	31	48	13	21	21	14	7	27	29	29
Møre og Romsdal	23	15	13	5	11	4	6	3	12	10
Nordland	66	49	19	9	21	13	9	23	22	27
Oslo	106	123	99	99	78	47	64	69	67	74
Rogaland	85	57	41	40	36	24	33	42	42	36
Telemark	25	17	17	8	8	0	7	14	6	20
Troms	42	35	7	1	6	8	4	13	26	14
Trøndelag	52	69	61	29	30	8	11	9	33	34
Vestfold	25	22	21	8	16	14	6	8	16	13
Vestland	88	82	40	31	39	23	26	41	35	41
Østfold	90	48	26	21	25	6	14	19	22	22
Ukjent fylke	0	0	0	0	0	0	4	10	4	0
Totalt antall tilfeller	794	738	455	352	372	218	250	357	433	411

Meldte tilfeller etter fødested

Hepatitt B-epidemien i Norge er hovedsakelig konsentrert blant innvandrere fra land med høy smitterisiko. Under presenterer vi derfor mer detaljerte data om de meldte tilfellene etter

fødested. Norskfødte personer ble i stor grad smittet i Norge, mens innvandrere ble oftest smittet i utlandet før de kom til Norge.

Meldte tilfeller blant personer født i Norge

Trenden i meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge har generelt vært stabil og lav de siste årene. Medianalder har ligget rundt 40 – 60 år og majoriteten har vært menn smittet i Norge. Smittemåte var ofte ikke rapportert. I 2024 var ni nye tilfeller meldt. Smittemåten var mor-barn smitte for to av tre med kjent smittemåte (Tabell 27). Blant de to var begge født før HBV-testing ble en del av rutineundersøkelsen for alle gravide i Norge i juni 2018.

Tabell 27. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, smittested og smittemåte, Norge, 2015 – 2024.
Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	48	48	48	64	58	44	63	56	41	35
(øvre-nedre kvartil)	(40 - 59)	(39 - 56)	(34 - 61)	(35 - 71)	(47 - 66)	(22 - 70)	(59 - 69)	(36 - 65)	(33 - 62)	(39 - 45)
Kjønn										
Kvinne	7	3	4	5	5	5	4	3	6	6
Mann	19	22	18	8	13	9	8	13	17	3
Smittested										
Oslo	1	2	2	0	2	1	0	4	3	0
Øvrige Norge	13	13	8	7	9	7	10	8	12	0
Norge, ikke nærmere angitt	7	3	4	3	1	1	0	1	7	1
Utlandet	1	4	2	2	2	2	2	2	1	0
Ukjent	4	3	6	1	4	3	0	1	0	8
Smittemåte										
Sprøytebruk	8	12	6	0	2	2	0	1	4	0
Annen blodeksponering ¹	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Mor/barn	3	2	4	2	2	0	2	0	8	2
Seksuelt ²	2	4	4	3	2	1	1	4	3	1
Annet	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Ukjent ³	13	7	8	8	12	10	8	11	7	6
Totalt antall tilfeller	26	25	22	13	18	14	12	16	23	9

¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 25 registrert som smittet seksuelt i 2015 – 2024 var 9 heteroseksuell smitte, 5 homoseksuell smitte og 11 seksuell smitte ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 28. De aller fleste var smittet i utlandet før innvandring til Norge. Av de 382 meldte tilfellene blant personer født i utlandet i 2024 var hyppigste fødeland Ukraina (89, 23 %). Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina har økt fra fem eller færre per år før 2022 til 55 i 2022, 95 i 2023 og 89 i 2024. Medianalder blant de 89 var 43 år (nedre og øvre kvartil: 36 – 50 år) og 51 (57 %) var menn. Smittemåten var ukjent for 84 (94 %). Blant de fem med kjent smittemåte var det rapportert om smitte via sprøytebruk, annen blodeksponering og seksuell smitte. Etter Ukraina var de hyppigste fødeland Afghanistan (24), Polen (20), Filippinene (18), Eritrea, Syria og Vietnam (16).

Tabell 28. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i utlandet, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested og smittemåte, Norge, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	30	31	34	35	34	36	38	39	39	40
(nedre-øvre kvartil)	(22 - 36)	(25 - 38)	(28 - 43)	(29 - 43)	(29 - 42)	(31 - 44)	(31 - 47)	(33 - 47)	(33 - 45)	(32 - 49)
Kjønn										
Kvinne	209	209	164	139	145	93	86	139	174	164
Mann	456	420	232	167	167	93	139	185	227	218
Fødested										
Afrika	259	184	122	66	107	49	59	79	76	80
Asia	283	322	174	144	102	73	72	99	128	118
Europa	123	118	98	96	102	62	77	130	171	178
Nord-Amerika	0	0	2	0	0	1	1	1	1	0
Oseania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	0	5	0	0	1	1	1	2	2	2
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	0	15	13	23	4
Smittested										
Oslo	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1
Øvrige Norge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utlandet ²	665	629	396	306	308	170	219	324	401	353
Ukjent	0	0	0	0	4	13	5	1	0	27
Smittemåte										
Sprøytebruk	2	0	0	0	1	3	1	0	1	1
Annen blodeksponering ³	0	0	2	0	1	2	8	6	12	5
Mor/barn	14	30	22	26	28	19	8	15	13	12
Seksuelt	0	1	0	1	1	8	5	5	8	5
Annet	0	2	1	0	0	4	6	7	5	1
Ukjent ⁴	649	596	371	279	281	150	197	291	362	358
Totalt antall tilfeller	665	629	396	306	312	186	225	324	401	382

¹ 'Ukjent' fødeverdensdel er tilfeller registrert som født i 'Utlandet'. ² 3 768/3 774 med kjent årsak til utenlandsopphold registrert som smittet før innvandring. ³ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ⁴ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

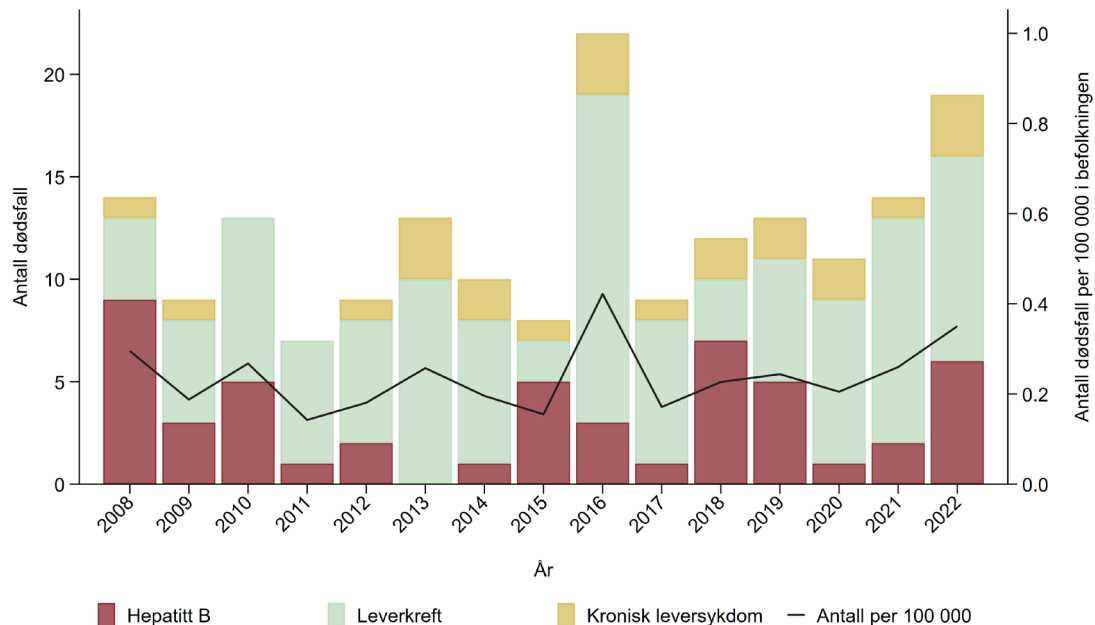
Hepatitt B-relaterte dødsfall

En global målsetting for eliminasjon av hepatitt B som folkehelseproblem [8] er at insidensen av hepatitt B-relaterte dødsfall må være <4 per 100 000. For å overvåke dette har Folkehelseinstituttet en pågående registerkoblingsstudie mellom MSIS, Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret.

Den seneste koblingen inkluderer data frem til utgangen av 2022. Utvalget inkluderer tilfeller av hepatitt B meldt til MSIS med kronisk hepatitt B, personer registrert i NPR med B18.0 eller B18.1 (ICD-10-koder for kronisk hepatitt B), samt personer som hadde en ICD-10-kode for hepatitt B (B16, B17.0, B18.0, B18.1 or B19.1) registrert på dødsattesten (uansett diagnoseposisjon).

WHO definerer 'hepatitt B-relatert' som 'lever-relatert dødelighet pga. HBV' [19]. ICD-10-kodene brukt til å definere dette, og trenden over tid, er presentert under Figur 14. Det var totalt 183 dødsfall i perioden 2008 – 2022, som varierte fra 8 i 2011 (0,16 per 100 000) til 24 i 2016 (0,46 per 100 000). Hepatocellulært karcinom var den vanligste underliggende årsaken (n=124, 63 %, med en topp på 18 i 2016). For 51 dødsfall var den underliggende dødsårsaken en hepatitt B-kode, og for 23 var det kronisk leversykdom.

Dataene indikerer at insidensen av hepatitt B-relaterte dødsfall er godt under eliminasjonsmålet. Vi kan ikke utelukke at antallet kan være underestimert dersom andre koder enn de angitt under Figur 14 ble registrert for noen som døde pga. leversykdom som skyldes HBV-infeksjon. På den annen siden hadde vi ikke data om andre årsaker av leversykdom i vårt utvalg, slik at ikke alle dødsfall nødvendigvis kan skyldes HBV-infeksjon.



Figur 14. Antall (absolutt og per 100 000 innbyggere) hepatitt B-relaterte dødsfall, etter år og underliggende dødsårsak, Norge, 2008 – 2022.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Kohorten inkluderer tilfeller av hepatitt B registrert i MSIS (n=5 726), de som ikke er registrert i MSIS med et koblingsbart identitetsnummer, men som hadde en ICD-10 kode for kronisk hepatitt B (B18.0 eller B18.1) registrert i NPR (n=7 812), og de som ikke er i MSIS- eller NPR-utvalget, men som hadde en ICD-10 kode for hepatitt B (B16, B17.0, B18.0, B18.1 eller B19.1) registrert på dødsattesten (n=29). Vi definerte hepatitt B-relaterte dødsfall som dødsmeldinger med ICD-10 kodene for hepatitt B-infeksjon (B17.1, B18.2, B19.2), hepatocellulært karcinom (C22.0, C22.9), leversvikt (K72), kronisk hepatitt (K73), leverfibrose og skrumplever (K74) eller andre inflammatoriske leversykdommer (K75) som underliggende dødsårsak.

Overvåking av antiviral resistens

Nasjonale referansefunksjoner for hepatitt B er lagt til Folkehelseinstituttet som mottar prøver til kvantifisering, genotyping og resistenstesting av HBV. Data fra overvåkingen av resistens mot antivirale midler oppsummeres årlig i RAVN rapporten [10].

Vaksinasjonsdekning

Allmenn vaksinasjon mot hepatitt B ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2017 for alle barn født fra og med 1. november 2016. Fra 2007 – oktober 2016 omfattet tilbudet kun barn av foreldre fra land med høy smitterisiko av hepatitt B. Data om dekning for hepatitt B-vaksine presenteres i barnevaksinasjonsprogrammet sine årsrapporter [20].

Vurdering og tiltak

Hepatitt B skal elimineres som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene, WHO sin strategiplan [8] og nasjonal strategi i Norge [21] (som er under revisjon). Med 'eliminasjon' menes reduksjon av smitte og sykdom til et så lavt nivå at det ikke lenger utgjør et problem for folkehelsen.

Insidensen og prevalsen av hepatitt B-smitte og alvorlig sykdom er lav i Norge. Flere tiltak bidrar til det, inkludert vaksiner og testing av personer som kan ha blitt utsatt for smitte [22, 23], blodgiverscreening, gode rutiner ved injeksjoner og blodprøvetaking for å hindre stikkuhell i helsevesenet, screening og oppfølging av gravide for hepatitt B, posteksponeringsprofylakse for barn født av mødre med hepatitt B, høy dekning av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet [20] og høy dekningen av skadereduserende tiltak (som legemiddelassistert rehabilitering og sprøyteutdeling) [16]. For å redusere byrden av hepatitt B i Norge videre er det viktig at disse tiltakene vedlikeholdes og forsterkes.

Trenden i antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B i Norge reflekterer i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra høyendemiske land. Det forklarer økningen i meldte tilfeller blant personer født i Ukraina i siden 2022. Rundt 94 000 flyktninger fra Ukraina kom til Norge mellom 2022 og 2024 [11] og prevalensen av hepatitt B i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være ca. 1,3%, sammenlignet med 0,3% i Norge [24]. Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy smitterisiko tilbys test. For asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente bør tilbudet gis i forbindelse med i forbindelse med tidlig helsekartlegging i ankomstfasen og i forbindelse med tilbud om helseundersøkelse tre måneder etter ankomst [13]. Det er behov for økt kunnskap om epidemiologien av hepatitt B i Norge, inkludert prevalensen av kronisk hepatitt B blant innvandrere fra land med høy smitterisiko.

Noen tilfeller av hepatitt B blir hvert år meldt blant norskfødte. Blant de med kjent smittemåte var det de senere år rapportert om tilfeller som hadde blitt smittet perinatalt, seksuelt, via sprøytebruk eller via annet blodeksponering. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt nyoppdagede tilfeller av akutt eller kronisk hepatitt B er viktig. Data fra barnevaksinasjonsprogrammet viser at dekning av posteksponeringsprofylakse for nyfødte til mødre med hepatitt B er for lavt [20]. I 2023 hadde 59 % av de nyfødte fått fødselsdose, og 71 % hadde fått 4-ukers dosen. I 2023 ble det meldt ett tilfelle av mor-barn smitte i Norge, som skyldes manglende posteksponeringsprofylakse. Det bør være økt fokus på at alle gravide testes for hepatitt B, at de gravide som tester positiv får oppfølging i svangerskapet som anbefalt, og at alle barn født av hepatitt B-positiv mor får riktig posteksponeringsprofylakse, som startes innen 24 timer etter fødsel [25]. Alle helseforetak bør kvalitetssikre sine rutiner for dette.

Det er viktig å fortsatt jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerstyr og for overgang til andre måter å innta rusmidler. Til tross for høy dekning av skadereduserende tiltak, viser undersøkelser i Oslo at litt under 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr. Undersøkelsene tyder også på at det er behov for å øke vaksinasjonsdekningen i denne gruppen [16]. Endringer i rusmiddelbruk kan innebære økt smittefare. For eksempel vil økt bruk av sentralstimulerende midler kunne øke risikoen for blod- og seksuell smitte, både via endringer i injeksjonshyppighet eller i forbindelse med sex. I de senere år har flere land rapportert om utbrudd av hiv blant personer som injiserer sentralstimulerende midler [17, 18] og i helseundersøkelsen i Oslo i 2021 var injisering av amfetamin assosiert med høyere prevalens av HCV-RNA [26].

Personer med kronisk hepatitt B bør alltid informere sin seksualpartner om sin HBV-status, og kondom bør alltid benyttes ved seksuell kontakt med uvaksinerte. Ved tilfeldige seksualpartnere bør kondom brukes, uansett HBV-status.

Alle diagnostisert med HBV-infeksjon i Norge bør følges opp i helsetjenesten for å forebygge videre smittespredning og alvorlig sykdom, jf. kliniske retningslinjer [25]. Personer meldt med kronisk hepatitt B har en medianalder rundt 40 år, en alder med gradvis økende risiko for leverskade. Per i dag tyder begrenset data på at for få diagnostiserte tilfeller i Norge følges opp av i spesialisthelsetjenesten, at for få mottar behandling [16].

Les mer om hepatitt B i [Smittevernhåndboka](#).

Aktuelt oppdatert informasjonsmateriell om smittevern og smittsomme sykdommer for ukrainske flyktninger finnes [her](#).

7 Hepatitt C

Infeksjon med hepatitt C virus (HCV) meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. Hepatitt C har vært meldingspliktig til MSIS siden 1990. Meldingskriteriene for hepatitt C i MSIS har blitt endret flere ganger over tid. I perioden 1990 – 1991 ble alle personer med anti-HCV antistoff meldt som en prøveordning. I perioden 1992 – 2007 var kun akutt hepatitt C meldingspliktig. Fra 2008 var påvisning av anti-HCV og/eller HCV-RNA meldingspliktig. Siden 2016 har bare påvisning av HCV-RNA eller hepatitt C core-antigen, dvs. en påvist aktiv infeksjon, vært meldingspliktig. Fra MSIS får vi derfor ikke data over alle infeksjoner og reinfeksjoner med hepatitt C som noensinne har blitt diagnostisert i Norge. Vi vet heller ikke hvor mange av de meldte tilfellene før 2016 med anti-HCV som test metode som hadde en aktiv infeksjon ved diagnose. Det skilles ikke mellom akutte og kroniske tilfeller. Personer som får en reinfeksjon (dvs. blir smittet på nytt etter spontan tilfriskning eller vellykket behandling av en tidligere hepatitt C infeksjon) meldes som et nytt tilfelle. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.03.2025.

Bakgrunn

HCV overføres ved perkutan eksponering for infisert blod, som gjennom kontaminerte sprøytespisser ved sprøytedeling, stikkuhell og kontaminerte blodprodukter. Seksuell og perinatal smitte kan også forekomme, men risikoen er lav. Infeksjonen blir kronisk i 55 % – 85 % av tilfeller, og ubehandlet kan gi få eller ingen symptomer eller kronisk hepatitt med påfølgende leverskade.

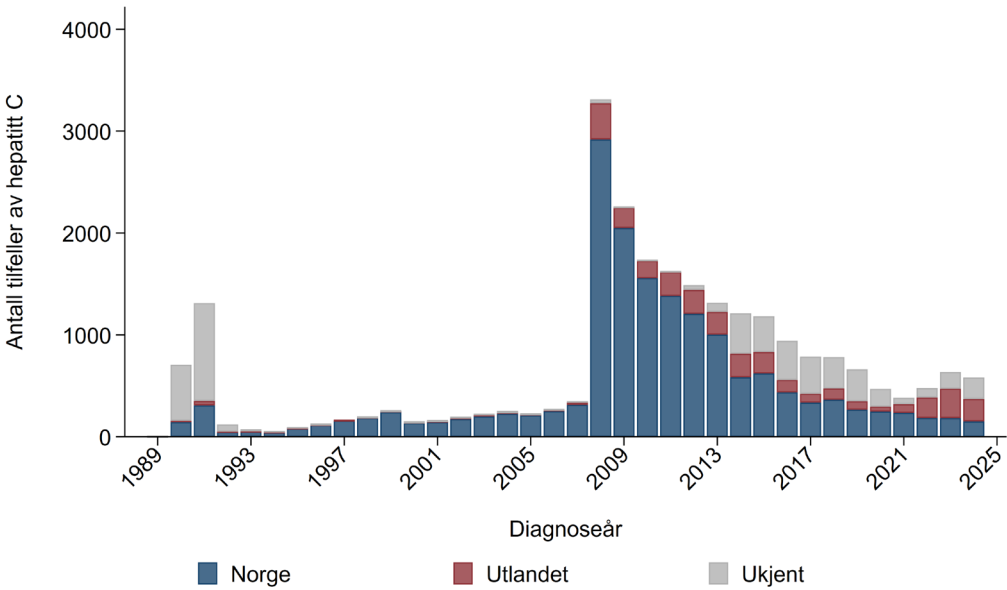
Trenden i meldte tilfeller av hepatitt C reflekterer hovedsakelig endringer i meldingskriterier over tid (se ovenfor) og at epidemien i Norge har vært konsentrert blant personer som gang har injisert rusmidler. Etter at effektiv, trygg og kortvarig behandling ble gratis tilgjengelig for alle diagnostisert med hepatitt C i Norge i 2018 har prevalensen blant personer som injiserer rusmidler gått ned [16], og en større andel av meldte tilfeller nå ses blant innvandrere fra land med høy smitterisiko.

Meldte tilfeller av hepatitt C

Totalt ble 581 tilfeller av hepatitt C meldt til MSIS i 2024, en nedgang fra 636 i 2023 (Figur 15, Tabell 29 og Tabell 30). Meldte tilfeller fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke, fødested, smittested og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 29 og Tabell 30. Fra 2022 – 2024 var majoriteten av tilfellene født og smittet i utlandet. I 2024 var 27 (3,6 %) av de meldte tilfellene meldt som reinfeksjoner. Dette er det høyeste antall registrerte reinfeksjoner så langt (24 i 2023, var 0 – 16 hvert år fra 2014 – 2022).

Blant de 157 tilfeller meldt smittet i Norge var 21 rapportert smittet i 2024 og 6 i 2023, mens antatt smitteår var ukjent for 115. Blant tilfellene meldt smittet i Norge var 19 meldt smittet i Vestland, 13 i Oslo, 12 i Rogaland og 12 i Agder. Tallet var under 10 for alle øvrige fylker, men smittested i Norge var ukjent for 49 tilfeller. Smittemåte for de 21 rapportert smittet i 2024 var sprøyter for 16 og ukjent for fem.

Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.



Figur 15. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår og smittested, Norge, 1989 – 2024. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Meldingskriteriene for hepatitt C i MSIS har blitt endret flere ganger over tid. I perioden 1990 – 1991 ble alle personer med anti-HCV antistoff meldt som en prøveordning. I perioden 1992 – 2007 var kun akutt hepatitt C meldingspliktig. Fra 2008 var påvising av anti-HCV og/eller HCV-RNA meldingspliktig. Siden 2016 har bare påvising av HCV-RNA eller hepatitt C core antigen vært meldingspliktig.

Tabell 29. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested og smitteåtte, Norge, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	42 (32 – 51)	45 (34 - 54)	45 (34 - 55)	43 (33 - 53)	45 (34 - 55)	46 (36 - 56)	45 (34 - 56)	46 (37 - 56)	45 (37 - 56)	46 (38 - 57)
Kjønn										
Kvinne	385	329	266	245	219	144	106	175	215	190
Mann	798	598	519	532	435	325	276	303	421	391
Ukjent	0	14	1	4	7	0	0	0	0	0
Fødested										
Norge	865	697	594	554	473	357	261	224	247	230
Utlandet	305	222	175	208	168	103	116	248	373	341
Ukjent	13	22	17	19	20	9	5	6	16	10
Smittested										
Oslo	57	39	32	27	26	26	35	20	11	13
Øvrige Norge	246	179	163	194	147	184	189	144	108	95
Norge, ikke nærmere angitt	319	218	140	142	93	38	11	21	65	49
Utlandet	209	122	87	110	82	48	85	200	288	223
Ukjent	352	383	364	308	313	173	62	93	164	201
Smittemåte										
Sprøytebruk	664	425	347	366	276	228	215	162	184	133
Annen blodeksponering ¹	63	53	44	35	29	13	10	20	35	17
Mor/barn	5	2	2	1	3	0	2	2	0	2
Seksuelt ²	34	23	14	20	21	19	16	22	11	22
Annet	1	0	1	0	6	9	4	2	2	4
Ukjent ³	416	438	378	359	326	200	135	270	404	403
Totalt antall tilfeller	1 183	941	786	781	661	469	382	478	636	581

¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 22 registrert som smittet seksuelt i 2023 var 9 heteroseksuell smitte, 3 homoseksuell smitte og 10 seksuell smitte ikke nærmere angitt. Blant de totalt 202

registrert som smittet seksuelt i 2015 – 2024 var 74 heteroseksuell smitte, 42 homoseksuell smitte og 86 seksuell smitte ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Tabell 30. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår og bostedsfylke, Norge, 2015 – 2024. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

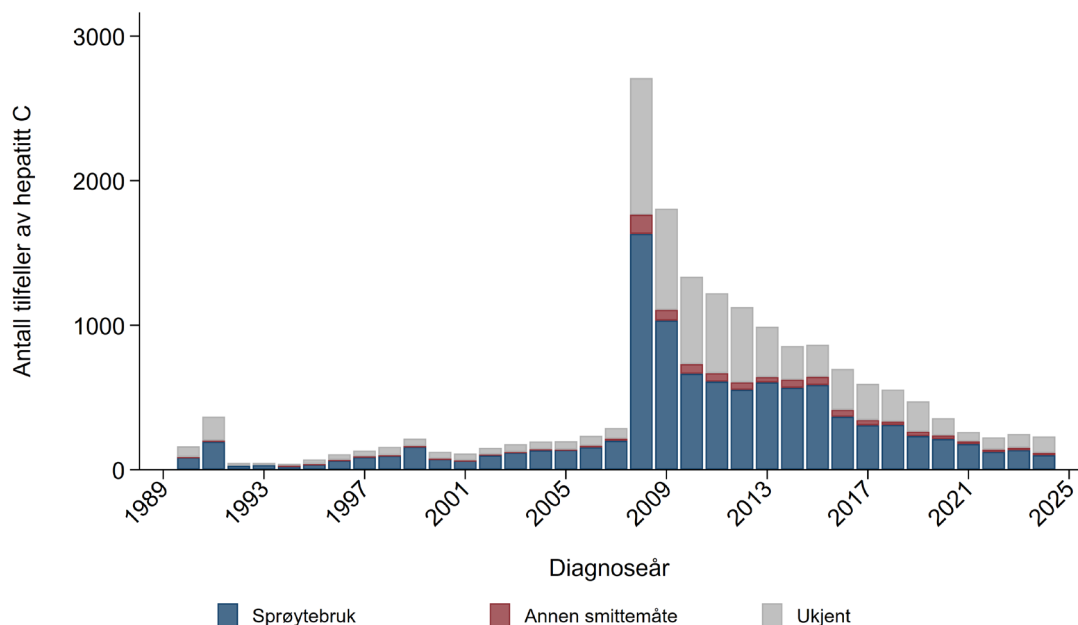
	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Agder	91	97	69	87	80	37	30	30	50	49
Akershus	91	77	73	54	56	48	37	45	49	40
Buskerud	61	31	29	33	36	27	22	25	31	34
Finnmark-Finnmarku	24	35	13	19	22	15	15	13	16	11
Innlandet	67	60	66	51	33	34	30	30	56	28
Møre og Romsdal	33	22	23	23	14	8	12	17	30	33
Nordland	49	50	32	26	32	30	22	27	53	33
Oslo	174	142	123	125	91	58	58	65	51	67
Rogaland	127	75	68	65	44	29	27	45	44	49
Telemark	38	33	38	42	40	37	23	36	18	31
Troms	30	82	44	37	39	24	15	21	51	36
Trøndelag	65	45	40	40	42	30	16	29	67	57
Vestfold	85	43	39	43	26	20	18	5	25	25
Vestland	165	61	66	86	48	42	21	50	53	63
Østfold	83	74	57	44	42	27	31	23	28	24
Ukjent fylke	0	14	6	6	16	3	5	17	14	1
Totalt antall tilfeller	1 183	941	786	781	661	469	382	478	636	581

Meldte tilfeller etter fødested

Hepatitt C-epidemien i Norge er hovedsakelig konsentrert blant norskfødte som har injisert rusmidler og innvandrere fra land med høy smitterisiko. Mange tilfeller er også meldt med ukjent smittested og smittemåte. Under presenterer vi derfor mer detaljerte data om de meldte tilfellene etter fødested.

Meldte tilfeller blant personer født i Norge

I 2024 ble det meldt 230 tilfeller blant personer født i Norge. Trenden siden 2021 har vært stabil (Figur 16 og Tabell 31). Som i tidligere år var majoriteten av de 230 meldte tilfellene i 2024 menn med en medianalder rundt 45 år og smittet i Norge via sprøytebruk (Tabell 31). Elleve (4.8%) var under <25 år. Andel årlige tilfeller <25 år ved diagnosetidspunkt har ligget mellom 4% – 10% siden 2016. Det var 21 (9.1%) registrerte reinfeksjoner. I 2022 og 2023 var hhv. 9/224 og 22/247 meldte tilfeller blant norskfødte registrert som reinfeksjon.



Figur 16. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i Norge, etter diagnoseår og smitteåte, Norge, 1989 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Meldingskriteriene for hepatitt C i MSIS har blitt endret flere ganger over tid. I perioden 1990 – 1991 ble alle personer med anti-HCV antistoff meldt som en prøveordning. I perioden 1992 – 2007 var kun akutt hepatitt C meldingspliktig. Fra 2008 var påvisning av anti-HCV og/eller HCV-RNA meldingspliktig. Siden 2016 har bare påvisning av HCV-RNA eller hepatitt C core antigen vært meldingspliktig.

Tabell 31. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, smittested og smitteåte, Norge 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	43	46	46	43	45	46	45	48	44	48
(nedre og øvre kvartil)	(33 - 51)	(34 - 54)	(34 - 55)	(33 - 53)	(34 - 55)	(35 - 55)	(32 - 57)	(36 - 57)	(33 - 58)	(35 - 60)
Kjønn										
Kvinne	276	241	186	169	158	105	75	66	83	60
Mann	589	456	408	385	315	252	186	158	164	170
Smittested										
Oslo	47	31	27	19	23	23	26	16	8	9
Øvrige Norge	230	167	154	183	139	177	182	137	97	83
Norge, ikke nærmere angitt	300	200	132	131	80	35	11	21	60	42
Utlandet	21	14	14	10	6	6	3	6	8	6
Ukjent	267	285	267	211	225	116	39	44	74	90
Smitteåte										
Sprøytebruk	586	367	308	310	233	212	178	123	136	101
Annen blodeksponering ¹	25	25	22	7	13	7	3	4	10	3
Mor/barn	3	2	1	1	2	0	1	1	0	0
Seksuelt ²	29	20	12	15	13	12	13	11	5	10
Annet	0	0	1	0	2	5	1	1	2	2
Ukjent ³	222	283	250	221	210	121	65	84	94	114
Totalt antall tilfeller	865	697	594	554	473	357	261	224	247	230

¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 10 registrert som smittet seksuelt i 2023 var 5 heteroseksuell smitte, 2 homoseksuell smitte og 3 seksuell smitte ikke nærmere angitt. Blant de totalt 140 registrert som smittet seksuelt i perioden var 50 heteroseksuell smitte, 26 homoseksuell smitte og 64 seksuell

smitte, ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, fødeland, smittested og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 32. De aller fleste var smittet i utlandet før innvandring til Norge.

Blant de 341 meldte tilfellene født i utlandet i 2024 var hyppigste fødeland Ukraina (204, 60%). Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina har økt fra 1–7 tilfeller i perioden 2016 – 2021 til 126 i 2022, 233 i 2023 og 204 i 2024. Medianalderen blant de 227 meldt med fødeland Ukraina i 2023 var 45 år (nedre og øvre kvartil: 40–53 år) og 122 (60 %) tilfeller var menn. Av de 204 meldt i 2024 var 160 registrert som smittet i utlandet, tre som smittet i Norge og 41 hadde ukjent smittested. Smittemåten var ukjent for 172 (84 %), sprøytebruk for 13 (6,4 %), annen blodeksponering for 11 (5,4 %), seksuelt for 6 (2,9 %) og en annen smittemåte for 2 (1,0 %).

Etter Ukraina var de hyppigste fødeland i 2023 Russland (21), Polen (18) og Litauen (12).

Tabell 32. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i utlandet, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested og smittemåte, Norge, 2015 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	Diagnoseår									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medianalder	41	41	43	42	45	45	44	45	45	45
(nedre og øvre kvartil)	(32 - 51)	(33 - 52)	(32 - 54)	(33 - 53)	(36 - 53)	(36 - 56)	(37 - 53)	(39 - 55)	(39 - 53)	(39 - 54)
Kjønn										
Kvinne	108	83	75	71	58	38	31	107	125	128
Mann	197	131	100	135	108	65	85	141	248	213
Ukjent	0	8	0	2	2	0	0	0	0	0
Fødested										
Afrika	32	26	24	13	13	17	9	9	8	10
Asia	84	48	52	51	42	18	15	24	21	24
Europa	175	137	90	132	106	64	88	205	334	294
Nord-Amerika	8	2	3	5	3	1	0	1	2	4
Oseania	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	6	8	6	7	4	3	3	2	4	6
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	0	1	7	4	3
Smittested										
Oslo	10	8	5	8	3	3	9	4	3	4
Øvrige Norge	16	12	8	11	8	7	6	7	10	12
Norge, ikke nærmere angitt	18	18	8	10	13	3	0	0	4	7
Utlandet ²	180	101	69	95	71	40	81	192	279	217
Ukjent	81	83	85	84	73	50	20	45	77	101
Smittemåte										
Sprøytebruk	76	57	38	53	42	15	35	39	48	32
Annen blodeksponering ³	38	27	20	28	15	6	7	16	25	14
Mor/barn	2	0	1	0	1	0	1	1	0	2
Seksuelt	5	3	2	5	8	7	3	11	6	12
Annet	1	0	0	0	4	4	3	1	0	2
Ukjent ⁴	183	135	114	122	98	71	67	180	294	279
Totalt antall tilfeller	305	222	175	208	168	103	116	248	373	341

¹ 'Ukjent' fødeverdensdel er tilfeller registrert som født i 'Utlandet'. ² 1 190 / 1 243 med kjent årsak til utenlandsopphold registrert som smittet før innvandring. ³ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ⁴

Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Overvåking av antiviral resistens

Nasjonale referansefunksjoner for hepatitt C er lagt til Folkehelseinstituttet, som mottar prøver til alternativ anti-HCV-test og genotyping/resistenstesting av HCV vha. helgenomsekvensering. Folkehelseinstituttet startet overvåking av resistens mot antivirale midler brukt i behandling av HCV i mai 2022. Data fra denne overvåkingen oppsummeres årlig i RAVN rapporten [10].

Vurdering og tiltak

Hepatitt C skal elimineres som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene, WHO sin strategiplan [8] og nasjonal strategi [21] (som er under revisjon). Med 'eliminasjon' menes reduksjon av smitte og sykdom til et så lavt nivå at det ikke lenger utgjør et problem for folkehelsen. Insidensen og prevalsen av hepatitt C er lav i Norge. Flere tiltak bidrar til dette, inkludert testing av personer som kan ha blitt utsatt for smitte [27], blodgiverscreening og gode rutiner ved injeksjoner og blodprøvetaking for å hindre stikkuhell i helsevesenet.

Hepatitt C-epidemien i Norge har vært konsentrert blant personer som noen gang har injisert rusmidler, med minimal smittespredning i andre risikogrupper. Det har vært en stabil trend i antall meldte tilfeller blant personer født i Norge siden 2021, de fleste smittet via sprøytebruk (når smittemåte var rapportert). Ettersom hepatitt C er en hovedsakelig kronisk og asymptomatisk sykdom, reflekterer den observerte trenden gjennom meldte tilfeller til MSIS i større grad testaktivitet enn den reelle forekomsten i befolkningen. Ulike undersøkelser i Norge har vist at prevalensen av hepatitt C er gått ned med 80 – 90 % blant personer som har injisert rusmidler de senere år, og ligger nå i underkant av 10% [16].

Nedgangen i prevalensen skyldes at effektiv, trygg og kortvarig behandling har vært gratis tilgjengelig for alle diagnostisert med hepatitt C i Norge siden 2018 og at flere tiltak har blitt innført ved lavterskel og oppsøkende helse- og sosialtiltak for å gjøre testing og behandling lettere for personer som injiserer rusmidler [28-31]. Andel diagnostiserte tilfeller av hepatitt C som har fått behandling har økt markant i de senere år, og ligger nå over WHO sin eliminasjonsmålsetting på 80 %. Det er kort tid fra diagnose til behandling og de fleste fullfører behandlingen. Imidlertid er det 10 – 15 % av de nydiagnostiserte med hepatitt C hvert år som ikke starter opp i behandling, og for en fjerdedel av de som starter på behandling tar det minst seks måneder fra diagnosetidspunktet [32]. Dette indikerer at det fortsatt er forbedringspotensial i tilrettelegging av behandlingstilbudet. Det er viktig at alle diagnostisert med HCV-infeksjon i Norge får tilbud om behandling for å forebygge videre smittespredning og alvorlig sykdom, jf. kliniske retningslinjer [33]. Studier blant personer som injiserer rusmidler i Oslo har vist lavere behandlingsopptak blant kvinner og personer som ikke er i legemiddelassistert rehabilitering [26, 34].

Den estimerte insidensen av nysmitte blant personer som injiserer rusmidler i Norge er lav [35]. Den høye dekningen av skadereduserende tiltak har bidratt til å redusere smittespredning og få informasjon ut til den aktuelle gruppen [16]. Allikevel, viser undersøkelser i Oslo at i underkant av 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr [16]. Dessuten viser undersøkelsene at kun rundt 40 % tester seg for hepatitt C årlig. Det er viktig å fortsette å jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler

sprøyter og annet brukerstyr, for overgang til andre måter å innta rusmidler og for at de testes minst én gang årlig.

Smitte med hepatitt C gir ikke varig immunitet. En studie fra Oslo fant en reinfeksjonsrate på 2,6/100 person-år blant personer som injiserer rusmidler [30]. Endringer i rusmiddelbruk kan innebære økt smittefare. For eksempel vil økt bruk av sentralstimulerende midler kunne øke risikoen for blod- og seksuell smitte, både via endringer i injeksjonshyppighet eller i forbindelse med sex. I de senere år har flere land rapport om utbrudd av hiv blant personer som injiserer sentralstimulerende midler [17, 18] og i helseundersøkelsen i Oslo i 2021 var injisering av amfetamin assosiert med høyere prevalens av HCV-RNA [26].

Selv om det anses å bidra lite til nysmitte i Norge, er det også viktig at seksuell smitte ikke overses. Det gjelder spesielt menn som har sex med menn hvor seksuell praksis kan medføre slimhinneskader i rektum. Personer på PrEP for hiv eller som følges opp for hiv-infeksjon bør testes regelmessig for hepatitt C, jf. kliniske retningslinjer [7]. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt alle nyoppdagede tilfeller er viktig.

Fra 2022 – 2024 var majoriteten av tilfellene født og smittet i utlandet, hovedsakelig personer født i Ukraina. Rundt 94 000 flyktninger fra Ukraina kom til Norge mellom 2022 og 2024 [11] og prevalensen av hepatitt C i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være ca. 3%, sammenlignet med 0,1% i Norge [36]. Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy smitterisiko tilbys test. For asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente bør tilbudet gis i forbindelse med tidlig helsekartlegging i ankomstfasen og tilbud om helseundersøkelse tre måneder etter ankomst [13].

Det er underrapportering av nye tilfeller av hepatitt C-infeksjon til MSIS. Registerdata viser at det er individer som har fått behandling for hepatitt C-infeksjon som ikke er meldt til MSIS [32]. Det er viktig at alle påviste HCV RNA- eller antigen-positive funn meldes til MSIS og at reinfeksjoner angis tydelig på meldingen.

Les mer om hepatitt C i [Smittevernhandboka](#).

Aktuelt oppdatert informasjonsmateriell om smittevern og smittsomme sykdommer for ukrainske flyktninger finnes [her](#).

8 M-kopper

I juni 2022 ble m-kopper en meldingspliktig sykdom, gruppe A, som meldes nominativt fortløpende til MSIS fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og fra laboratorium. I tillegg skal hvert mistenkt tilfelle varsles til kommunelegen og fra denne videre til FHI. Utbrudd skal varsles på samme måte. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 27.03.2025.

Bakgrunn

M-kopper forårsakes av apekoppeviruset som er et orthopoxvirus. Sykdommen er endemisk i flere afrikanske land, og ulike gnagere er naturlig vert for viruset.

Det forekommer to genetiske varianter av viruset, subtype I som først og fremst har vært rapportert fra Sentral- og Øst-Afrika, og subtype II som har forekommet i Vest-Afrika. I tillegg finnes undergrupper av disse. Subtype I har vært assosiert med noe mer alvorlig sykdom enn subtype II. I mai 2022 startet et stort utbrudd av m-kopper subtype IIb i ikke-endemiske områder i Europa og andre deler av verden, og i løpet av året ble det rapportert nær 90 000 tilfeller globalt.

M-kopper har lenge vært en neglisjert sykdom i afrikanske land, der både zoonotisk smitte og videre spredning mellom mennesker har forekommet. Viruset har fått anledning til å spre seg til andre deler av verden. Smitte skjer gjennom nær fysisk kontakt og i utbruddet som startet i 2022 har viruset i hovedsak smittet ved intim kontakt, hovedsakelig i enkelte grupper av msm og transpersoner, og m-kopper er nå å anse som seksuelt overførbart. Sykdommen er som regel selvbegrensende, men noen kan utvikle alvorlig sykdom og dødsfall forekommer. For subtype Ib er det rapportert om dødelighet på under 0,1% i Den demokratiske republikken Kongo (DRC). For subtype II er tallet enda lavere.

WHO erklærte sommeren 2022 det globale utbruddet med subtype II for en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC). Erklæringen ble opphevet i mai 2023 etter en betydelig nedgang i antall rapporterte tilfeller. Siden 2023 har Den demokratiske republikken Kongo (DRC) imidlertid hatt en betydelig økning i antall m-koppetilfeller, og flere afrikanske land rapporterer om utbrudd. Økningen skyldes subtype Ia og Ib. Subtype Ia er endemisk i DRC og enkelte andre land, og har særlig rammet barn. Subtype Ib er en variant som dukket opp i øst i DRC i slutten av 2023. Varianten har spredd seg raskt, hovedsakelig blant sexarbeidere og deres kunder, men etter hvert også gjennom nær kontakt i familier. WHO erklærte økningen av m-kopper i Afrika som en internasjonal folkehelsekrise 14. august 2024. Disse utbruddene har ikke sammenheng med det globale utbruddet av subtype IIb fra 2022.

Det er i 2024 rapportert om noen få tilfeller av subtype Ib i flere land utenfor Afrika, som Belgia, Kina og USA. Disse tilfellene er hovedsakelig smittet ved reise til rammede områder i Afrika.

Meldte tilfeller av m-kopper

I 2024 ble 15 tilfeller meldt til MSIS, mot 10 i 2023 og 94 i 2022.

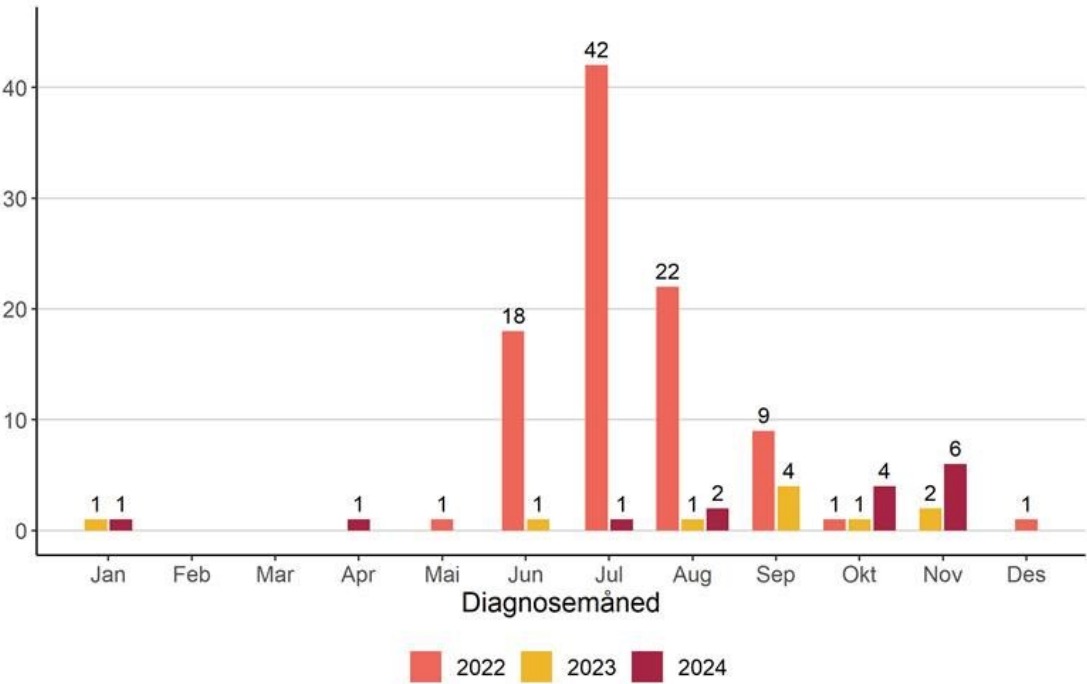
Tabell 33. Antall meldte tilfeller av m-kopper etter diagnoseår, 2022 – 2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

	2022	2023	2024
Tilfeller	94	10	15

Figur 17. Antall meldte tilfeller av m-kopper etter diagnosemåneder, 2022-2024.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.



Alle tilfellene var menn i alderen 27 – 52 år, med en medianalder på 41 år. De fleste var rapportert som seksuelt overført, 80 % blant msm. Fem tilfeller ble rapportert smittet i utlandet og 10 i Norge.

Rundt 6 % av de rapporterte tilfellene i Norge de tre siste årene har blitt innlagt i sykehus.

Mikrobiologisk diagnostikk

M-kopper diagnostiseres med nukleinsyreamplifiseringstest (NAT/PCR). Diagnostikk utføres ved Oslo universitetssykehus Ullevål, Haukeland universitetssykehus, Molde sjukehus og St. Olavs hospital. Folkehelseinstituttet kan utføre sekvensering. Det er ikke opprettet referanselaboratorium for apekoppevirus i Norge.

Anbefalt prøvemateriale til NAT er penselprøve fra huderosjon eller punktert vesikkel/blemme, eventuelt vesikkelvæske/aspirat. Prøver fra hals eller endetarm kan tas fra pasienter uten hudlesjoner. Ved negativ prøve og fortsatt symptomer bør ny prøve tas.

Vurdering og tiltak

Siden sommeren 2022 har det vært en betydelig nedgang i antall tilfeller i Norge og i resten av verden utenfor Afrika. Den globale epidemien kom nokså raskt under kontroll i Norge ved at personer i særlig utsatte grupper generelt endret risikoatferd, smittede ble diagnostisert og fulgte smittevern rådene, og særlig utsatte personer fikk immunitet etter vaksinasjon eller smitte.

Det er ikke forventet en utbredt epidemi blant msm eller transpersoner i Norge. Likevel kan det forekomme utbrudd og import av tilfeller fra andre land. Det er fortsatt nødvendig med god overvåking av situasjonen i Norge og i utlandet og høy årvåkenhet blant helsepersonell og særlig utsatte grupper i Norge. Kommunikasjon og informasjon med høyrisikogruppene (msm og transpersoner) er viktig. Det inkluderer informasjon om symptomer, hvor man henvender seg hvis man mistenker man er smittet og hvilke tiltak som kan redusere risikoen for smitte, for eksempel sikrere seksualatferd og vaksinasjon.

Mer informasjon om m-kopper finnes på:

- [M-kopper - FHI](#)
- [M-kopper - håndbok for helsepersonell](#)
- [M-koppevaksine - FHI](#)

Referanser

1. Det europeiske smittevernbyrået. Gonorrhoea - Annual Epidemiological Report for 2023. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2023>. Lest 31 mars 2025.
2. Folkehelseinstituttet. NORM/NORM-VET 2023. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/4e24fb63a3754577a94c42b6c8cc89c4/norm-norm-vet-2023-komplett.pdf>. Lest 31 mars 2025.
3. Det europeiske smittevernbyrået. Chlamydia - Annual Epidemiological Report for 2023. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-annual-epidemiological-report-2023>. Lest 31 mars 2025.
4. Det europeiske smittevernbyrået. Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2023. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2023>. Lest 31 mars 2025.
5. Pan American Health Organization. Case Definition: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). 2001. Tilgjengelig fra https://www3.paho.org/english/sha/be_v22n2-SIDA.htm. Lest 31 mars 2025.
6. Croxford S, Stengaard AR, Brannstrom J, Combs L, Dedes N, Girardi E, et al. Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. HIV Med. 2022;23(11):1202-8.
7. Den norske legeforening. Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv i Norge 2024. Tilgjengelig fra: <https://hivfag.no/images/2024/hivretningslinjer2024.pdf>. Lest 31 mars 2025.
8. Verdens helseorganisasjon. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. 2022. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>. Lest 31 mars 2025.
9. Det europeiske smittevernbyrået. HIV Platform tool. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-platform-tool>. Lest 31 mars 2025.
10. Folkehelseinstituttet. Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN). 2024. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/sm/overvaking/ravn/>. Lest 31 mars 2025.
11. Utlendingsdirektoratet. Har ankommet 92 000 ukrainere. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.udi.no/aktuelt/har-ankommet-92-000-ukrainere/>. Lest 31 mars 2025.
12. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Data 2019. 2019. Tilgjengelig fra: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf. Lest 31 mars 2025.
13. Helsedirektoratet. Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjennforente>. Lest 31 mars 2025.
14. Det europeiske smittevernbyrået. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA: An integrated approach. 2018. Tilgjengelig fra: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-testing-guidance_0.pdf. Lest 31 mars 2025.
15. Whittaker R, Nilsen O, Myrberg AJ, Angeltvedt RM, Bergersen BM, Klovstad H. Norge er i ferd med å stanse hivepidemien. Tidsskr Nor Lægeforen. 2020;140(18).
16. Folkehelseinstituttet. Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge: Oppfølging av den nasjonale strategien mot virale hepatitter. 2023. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/2023/statusrapport-om-eliminasjon-av--hepatitt-b-og-c-som--folkehelseproblem-i-n/>. Lest 31 mars 2025.

17. EUs rusmiddelbyrå. Drug-related infectious diseases – the current situation in Europe (European Drug Report 2023). 2023. Tilgjengelig fra: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-related-infectious-diseases_en. Lest 31 mars 2025.
18. UK Health Security Agency. Unlinked Anonymous Monitoring (UAM) survey of HIV and viral hepatitis among people who inject drugs (PWID): 2023 report. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.gov.uk/government/publications/people-who-inject-drugs-hiv-and-viral-hepatitis-monitoring/unlinked-anonymous-monitoring-uam-survey-of-hiv-and-viral-hepatitis-among-people-who-inject-drugs-pwid-2023-report>. Lest 31 mars 2025.
19. Verdens helseorganisasjon. Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination 2023. Tilgjengelig fra <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373186/9789240078635-eng.pdf?sequence=1>. Lest 31 mars 2025.
20. Folkehelseinstituttet. Vaksiner til barn (barnevaksinasjonsprogrammet). 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/va/barnevaksinasjonsprogrammet/>. Lest 31 mars 2025.
21. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). 2016. Tilgjengelig fra https://www.regjeringen.no/contentassets/01ae25a0b880457c9d2cf2b16cc5908d/nasjonal_strategi_for_arbeidet_mot_virale_leverbetennelser.pdf. Lest 31 mars 2025.
22. Folkehelseinstituttet. Hepatitt B - veileder for helsepersonell. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-b---veileder-for-helsepers/?term=>. Lest 31 mars 2025.
23. Folkehelseinstituttet. Hepatitt B-vaksine og hepatitt B-immunglobulin - veileder for helsepersonell. 2025. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hepatitt-b-vaksinasjon-og-hepatitt-/?term=>. Lest 31 mars 2025.
24. Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, cascade of care, and prophylaxis coverage of hepatitis B in 2022: a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023;8(10):879-907.
25. Den norske legeforening. Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt B. 2022. Tilgjengelig fra <https://hepatittfag.no/pdf-hbv>. Lest 31 mars 2025.
26. Opheim E, Dalgard O, Ulstein K, Sørli H, Backe O, Foshaug T, et al. Towards elimination of hepatitis C in Oslo: Cross-sectional prevalence studies among people who inject drugs. Int J Drug Policy. 2023;123:104279.
27. Folkehelseinstituttet. Hepatitt C - veileder for helsepersonell. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-c---veileder-for-helsepers/?term=>. Lest 31 mars 2025.
28. Midgard H, Bjørnstad R, Egeland M, Dahl E, Finbråten AK, Kielland KB, et al. Peer support in small towns: A decentralized mobile Hepatitis C virus clinic for people who inject drugs. Liver Int. 2022;42(6):1268-77.
29. Fadnes LT, Aas CF, Vold JH, Leiva RA, Ohldieck C, Chalabianloo F, et al. Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV). PLoS Med. 2021;18(6):e1003653.
30. Midgard H, Ulstein K, Backe O, Foshaug T, Sørli H, Vennesland K, et al. Hepatitis C treatment and reinfection surveillance among people who inject drugs in a low-threshold program in Oslo, Norway. Int J Drug Policy. 2021;96:103165.

31. Nordlandssykehuset. Hepatitt C (HCV) infeksjon 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.nordlandssykehuset.no/forskning-og-innovasjon/fastlegenytt/hepatitt-c-hcv-infeksjon>. Lest 31 mars 2025.
32. Whittaker R, Midgard H, Dalgard O, Klovstad H. Treatment uptake among notified cases of hepatitis C virus infection in Norway, 1990 to 2022: a registry-based study to monitor progress towards elimination. *Euro Surveill.* 2024;29(46).
33. Den norske legeforening. Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt C. 2022. Tilgjengelig fra <https://hepatittfag.no/pdf-hcv>. Lest 31 mars 2025.
34. Malme KB, Ulstein K, Finbråten AK, Wüsthoff LEC, Kielland KB, Hauge J, et al. Hepatitis C treatment uptake among people who inject drugs in Oslo, Norway: A registry-based study. *Int J Drug Policy.* 2023;116:104044.
35. Whittaker R, Midtbø JE, Klovstad H. Monitoring progress towards the elimination of hepatitis C as a public health threat in Norway: a modelling study among people who inject drugs and immigrants. *J Infect Dis.* 2024. doi: [10.1093/infdis/jiae147](https://doi.org/10.1093/infdis/jiae147).
36. Polaris Observatory HCVC. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022;7(5):396-415.

Appendiks

Table A1: ICD-10-koder for å definere aids med bruk av data fra NPR.

Aids-definerende sykdom	ICD-10 koder
Lungetuberkulose, sykdom forårsaket av M. tuberculosis, Ekstrapulmonal mykobakteriesykdom, forårsaket av andre bakterier enn M. tuberculosis, disseminert	B20.0, A15 – A19 eller A31
Salmonella (ikke-tyfoid) septikemi, residiverende	A02.1, minst to ganger i løpet av en 12-måneders periode, minst 3 måneder mellom episodene
Cytomegalovirus-retinitt med synstap	B20.2
Residiverende bakteriell lungebetennelse	J13 – J15, minst to ganger i løpet av en 12-måneders periode, minst 3 måneder mellom episodene
Candidiasis i spiserøret eller lungene	B20.4
Kokcidiomykose, disseminert (på et annet sted enn eller i tillegg til lungene eller cervikale/hilære lymfeknuter)	B38.3, B38.4 eller B38.7
Histoplasmose, disseminert (annet enn eller i tillegg til lungene eller cervikale/hilære lymfeknuter)	B39.3
Pneumocystis carinii-lungebetennelse	B20.6 eller B48.5
Isosporiasis med diaré som varer i mer enn 1 måned	A07.3
Toksoplasmose i hjernen hos pasienter over 1 måneds alder	B58.2
Kaposis sarkom	B21.0 eller C46
Non-Hodgkins lymfom	B21.1, B21.2, C83.7 eller C82 - 86
Livmorhalskreft, invasiv	C53
HIV-encefalopati	B22.0
HIV-avmagringssyndrom	B22.2

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no