

RAPPORT

2026

Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge

Rapport for 2025

Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge

Rapport for 2025

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Smittevern

Avdeling for Smittevern og vaksine

April 2026

Tittel:

Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Rapport for 2025.

Forfattere:

Kristian Alfsnes

Yngvild Emblem Bentsdal

Tone Bruun

André Einhaug

Berit Feiring

Olaug Fenne

Margrethe Greve-Isdahl

Bo Terning Hansen

Eli Heen

Caroline Vestby Knudsen

Angela Susan Labberton

Nora Dotterud Lerstad

Suzanne Campbell

Anne Torunn Mengshoel

Karine Nordstrand

Eirik Olsen

Rikard Rykkvin

Fredrik Skår

Jeanette Stålcrantz

Arne Taxt

Carina Merethe Thilesen

Lill Trogstad

Robert Neil Whittaker

Berit Sofie Wiklund

Ingfrid Østlie

Joakim Øverbø

Audun Aase

Interessekonflikter: Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

Bestilling:

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

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-569-4

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/t16h-v161>

FORORD

Barnevaksinasjonsprogrammet er et svært viktig virkemiddel for å forebygge smittsomme sykdommer i befolkningen og hindre alvorlig sykdom og død både i barndommen og senere i livet. Programmet omfattet i 2025 vaksiner mot 12 sykdommer i tillegg til vaksine mot tuberkulose til barn i definerte risikogrupper.

I årets rapport presenteres dekning for kikhostevaksine i svangerskapet for første gang. Tilbudet ble innført i mai 2024, for å beskytte spedbarn før de selv kan vaksineres. Det representerer en ny strategisk tilnærming for Norge, hvor vaksinasjon av gravide inkluderes i barnevaksinasjonsprogrammet med hovedformål å beskytte barnet. Vaksinasjonsdekningen for 2025 er 84 %, og er blant verdens høyeste. Dette viser at det er mulig å oppnå høy dekning for vaksiner i svangerskapet når tilbudet er godt organisert og helsepersonellet i svangerskapsomsorgen har fått god opplæring. Jordmødre og fastleger er nye aktører i barnevaksinasjonsprogrammet, og vi takker dem for innsatsen som ligger bak dette imponerende resultatet i programmets første år.

Folkehelseinstituttet (FHI) fortsetter arbeidet med å drifte og forbedre programmet gjennom kontinuerlig forskning, utredninger og formidling av kunnskap til helsetjenesten. Gjennom 2025 har FHI jobbet videre med undersøkelser for å identifisere grupper med lavere vaksinasjonsdekning og de underliggende årsaker, slik at vi systematisk kan utvikle forbedringstiltak. I 2025 har FHI også levert utredninger for mulige endringer i programmet, i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter, blant annet om forebygging av respiratorisk syncytial virusinfeksjoner hos spedbarn og om formålet med HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet også skal omfatte beskyttelse mot kjønnsvorter og vaksinens betydning for livmorhalsprogrammet.

Desinformasjon om vaksiner forekommer både i Norge og ellers i verden, og kan påvirke tilliten til programmet. Derfor er åpen kommunikasjon om effekt og sikkerhet av vaksinene, samt økt kompetanse blant helsepersonell, sentrale mål i barnevaksinasjonsprogrammet. Vi fortsetter å satse på undervisning for masterstudenter i helsesykepleie og jordmorfaget og holder regelmessige webinarer om vaksiner for kommunehelsetjenesten.

Det at vi også i 2025 har høy vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet, skyldes den gode og robuste organiseringen av programmet og den høye tilliten til både vaksinerådene og helsepersonellet som gir dem. Helsesykepleierne har en sentral rolle, og i 2025 feiret Helsesykepleierne NSF sitt 70-årsjubileum. Barnevaksinasjonsprogrammet anerkjente deres uvurderlige innsats med «Gullvaksineprisen» for å ha sørget for at barn i Norge har fått de anbefalte vaksinene gjennom 70 år. Vi gratulerer, og vil takke alle som bidrar til den høye oppslutningen om barnevaksinasjonsprogrammet.

FORKORTELSER

AFP	Acute Flaccid Paralysis
BCG	Bacille Calmette-Guérin
BVP	Barnevaksinasjonsprogrammet
BIVAK	Register over bivirkninger etter vaksinasjon meldt av helsepersonell
cVDPV	sirkulerende vaksinederivert poliovirus
DMP	Direktoratet for medisinske produkter (tidligere Statens Legemiddelverk)
DTP	difteri, tetanus (stivkrampe), pertussis (kikhoste) Store bokstaver (DTP) indikerer fulldose/til grunnvaksiner. Små bokstaver (dTp) indikerer lavdose difteri og kikhoste, til bruk for oppfriskningsvaksinasjon.
ECDC	Det europeiske smittevernbyrået
EMA	European Medicines Agency (det europeiske legemiddelverket)
FHI	Folkehelseinstituttet
HBIG	Hepatitt B-immunglobulin
HBsAg	Hepatitt B-overflateantigen
HBV	Hepatitt B-virus
HepB	Hepatitt B
Hib	<i>Haemophilus influenzae type b</i>
HPV	Humant papillomavirus
IME	Important medical event; liste utarbeidet av EMA over viktige medisinske bivirkningshendelser som alltid skal klassifiseres som alvorlige.
IPV	Inaktivert poliovaksine
MFR	Medisinsk fødselsregister
MLST	multi-locus sekvenstyping
MMR	measles, mumps, rubella (meslinger, kusma og røde hunder)
MSIS	Meldesystem for smittsomme sykdommer
MT-innehaver	innehaveren av markedsføringstillatelsen
NCIP	Norwegian Childhood Immunization Programme
NIPH	Norwegian Institute of Public Health
NPR	Norsk pasientregister
NRL	Nasjonalt referanselaboratorium for mykobakterier
OPV	Oral poliovaksine
PCR	Polymerase chain reaction
PKV	Pneumokokkonjugatvaksine/pneumokokk konjugatvaksine
PKV7	7-valent pneumokokkonjugatvaksine
PKV13	13-valent pneumokokkonjugatvaksine
PPV23	23-valent pneumokokk polysakkaridvaksine
RSV	respiratorisk syncytial virus
Seksvalent vaksine	Kombinasjonsvaksine mot difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt, <i>Haemophilus influenzae</i> -type b infeksjon, hepatitt B
ST	sekvenstype
SYSVAK	Nasjonalt vaksinasjonsregister
TORCH	toxoplasmosse, rubella, cytomegalovirus og herpes simplex
UNICEF	United Nations Children's Fund
VLP	viruslignende partikler
WHO	Verdens helseorganisasjon

INNHOOLD

Forord	3
Forkortelser	4
Innhold	5
Sammendrag	7
Executive summary (English)	8
1 Barnevaksinasjonsprogrammet	9
2 Innkjøp av vaksiner til barnevaksinasjonsprogrammet	10
3 Vaksinasjonsdekning 2025	11
3.1 Vaksinasjonsdekning for 2-åringer, 9-åringer og 16-åringer	11
3.2 Vaksinasjonsdekning 2-åringer for alle sykdommer per fylke	14
3.3 Vaksinasjonsdekning maternell kikhostevaksinasjon	14
3.4 Vaksinasjonsdekning prematurdosen	15
3.5 Vaksinasjonsdekning for barn født av hepatitt B-positive mødre	16
3.6 Vaksinasjonsdekning etter foreldres landbakgrunn	18
4 Sykdommene det vaksineres mot i barnevaksinasjonsprogrammet	20
4.1 Difteri	20
4.2 <i>Haemophilus influenzae</i> type b-infeksjon	21
4.3 Hepatitt B	22
4.4 Humant papillomavirus (HPV)	25
4.5 Kikhoste (Pertussis)	26
4.6 Kuma	29
4.7 Meslinger	30
4.8 Pneumokokksykdom	32
4.9 Poliomyelitt	34
4.10 Rotavirus	35
4.11 Røde hunder (Rubella)	36
4.12 Stivkrampe (Tetanus)	37
4.13 Tuberkulose	38
5 Meldinger om mistenkte vaksinebivirkninger	41
5.1 Meldte mistenkte bivirkninger	42
5.2 Meldte mistenkte bivirkninger etter maternell vaksinasjon mot kikhoste	43
5.3 Oppsummering – Bivirkningsovervåkingen	44
6 Kommunikasjonsarbeid og vaksinerådgivning	45
7 Forskning	47
8 Oppfølging av eliminasjons- og eradikasjonsmål	49
8.1 Meslinger og rubella	49

8.2 Polio	49
8.3 Hepatitt B	50
8.4 Livmorhalskreft	50
9 Nytt i barnevaksinasjonsprogrammet i 2025	52
9.1 Oppfølging etter innføring av maternell vaksinasjon mot kikhoste	52
9.2 Vurdering av immunisering mot respiratorisk syncytial virus for å beskytte spebarn	52
Referanser	54
Appendix	57
A. Metode for innsamling av data	57
B. Skjematisk oversikt over tidligere og nåværende barnevaksinasjonsprogram i Norge	60

SAMMENDRAG

Barnevaksinasjonsprogrammet 2025

Denne rapporten gir en oversikt over hvordan Folkehelseinstituttet (FHI) har arbeidet med det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet i 2025. Den beskriver vaksinasjonsdekning, meldte tilfeller av sykdommene det vaksineres mot, hvilke vaksiner som ble benyttet og meldte mistenkte bivirkninger. Rapporten gir også informasjon om de ulike overvåkingssystemene som benyttes for å følge med på effekt og sikkerhet av vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet.

Det norske barnevaksinasjonsprogrammet tilbys alle barn og unge opp til 20 år og inneholder vaksiner mot 12 sykdommer: rotavirus, difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, *Haemophilus influenzae* type b (Hib)-infeksjon, hepatitt B, pneumokokksykdom, meslinger, kuma, røde hunder og humant papillomavirus (HPV). I tillegg tilbys tuberkulosevaksine (BCG) til barn i definerte risikogrupper, og en ekstra vaksinedose (prematurdose) til barn født før svangerskapsuke 32 for å redusere risiko for alvorlig forløp av kikhoste. Kikhostevaksine til gravide tilbys også som en del av barnevaksinasjonsprogrammet for å beskytte spedbarn mot alvorlig kikhoste de første levemånedene.

I 2025 ble det registrert 822 317 vaksinedoser til barn i Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. Vaksinasjonsdekningen blant barn er fortsatt høy, og det er lav forekomst av sykdommene det vaksineres mot. Enkelte grupper har likevel lavere vaksinasjonsdekning enn det nasjonale gjennomsnittet, og også i årets rapport ser vi lavere vaksinasjonsdekning hos enkelte grupper av barn med foreldre som har annen landbakgrunn, for første dose til premature barn født før svangerskapsuke 32 og barn av hepatitt B-positive mødre. En ny indikator i årets rapport er den samlede vaksinasjonsdekningen hos 2-åringer for alle anbefalte vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet. Denne viser en samlet dekning på 92 % på landsbasis.

Alle gravide med registrert fødsel i 2025 omfattes av tilbud om kikhostevaksine i svangerskapet. Kobling mellom SYSVAK og Medisinsk fødselsregister (MFR) viser at mor er registrert med vaksine mot kikhoste i 45 884 svangerskap, og vaksinasjonsdekningen er 84 % i 2025.

Beskrivelsen av meldte mistenkte bivirkninger etter vaksinasjon omfatter meldinger fra helsepersonell, og inkluderer for første gang meldinger fra innbyggere og innehavere av markedsføringstillatelser (MT-innehavere). Det er en liten økning i antall mottatte meldinger som skyldes økt rapporteringsaktivitet fra helsepersonell sammenlignet med tidligere år, samt inkluderingen av meldinger fra innbyggere og MT-innehavere. De mistenkte bivirkningene som er meldt gir ikke grunn til å endre gjeldende anbefalinger for vaksiner som benyttes i barnevaksinasjonsprogrammet.

FHI følger opp norske og internasjonale mål om å utrydde enkelte av sykdommene vi vaksinerer mot i barnevaksinasjonsprogrammet. Norge har oppnådd eliminasjonsmålene for meslinger, røde hunder og poliomyelitt, og har estimert at livmorhalskreft kan være utryddet innen 2038 med dagens tiltak. Det er også mål å eliminere hepatitt B som folkehelseproblem, der fødselsdose hepatitt B-vaksine til barn av hepatitt B-positive mødre inngår som ett tiltak for å hindre perinatal smitte.

EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)

The Norwegian Childhood Immunization Programme 2025

Key information on the Norwegian Childhood Immunization Programme (NCIP) in Norway and activities conducted by the Norwegian Institute of Public Health (NIPH) for 2025 are presented in this report. The report includes vaccination coverage, notified cases of vaccine preventable diseases covered in the programme, the vaccines used, and reported suspected adverse events following immunization. The report also provides information about the surveillance systems in place to monitor the effectiveness and safety of the vaccines administered.

The NCIP is offered to all children and adolescents aged up to 20 years, and includes vaccines against 12 diseases: rotavirus, diphtheria, tetanus, pertussis (whooping cough), poliomyelitis, Haemophilus influenzae type b (Hib) infection, hepatitis B, pneumococcal disease, measles, mumps, rubella, and human papillomavirus (HPV). In addition, tuberculosis vaccine (BCG) is offered to children in defined risk groups, and an extra vaccine dose to children born before 32 weeks of gestation to reduce the risk of severe pertussis. Vaccination against pertussis is also offered to pregnant women as part of the childhood immunisation programme to protect their newborns against severe whooping cough during their first months of life.

In 2025, the National immunisation registry SYSVAK recorded 822 317 vaccine doses administered in the NCIP. Vaccination coverage among children remains high, and the incidence of the vaccine-preventable diseases is low. However, some groups continue to have lower vaccination coverage than the national average. This year's report again shows lower coverage among certain groups of children whose parents have a non-Norwegian background, for the first dose given to premature infants born before 32 weeks of gestation, and among children born to hepatitis B-positive mothers. A new indicator in this year's report is the overall vaccination coverage among two-year-olds for all recommended vaccines in the NCIP. This shows a national coverage rate of 92 %.

All pregnant women with a registered birth in 2025 were eligible for pertussis vaccination during pregnancy. Data linkage between SYSVAK and the Medical Birth Registry of Norway shows that mothers were registered as having received pertussis vaccination in 45 884 pregnancies, corresponding to a vaccination coverage of 84 % in 2025.

Reported suspected adverse events following immunisation includes reports from healthcare professionals and, for the first time, also from members of the public and marketing authorisation holders. There has been a slight increase in the number of reports received, due both to increased reporting activity by healthcare professionals compared with previous years and to the inclusion of reports from the public and marketing authorisation holders. The reported suspected adverse events do not indicate any need to change the current recommendations for vaccines used in the programme.

The NIPH continues to support Norwegian and international goals to eliminate certain diseases targeted by the childhood immunisation programme. Norway has achieved elimination targets for measles, rubella and poliomyelitis, and has estimated that cervical cancer can be eliminated by 2038 with current measures. Norway aims to eliminate hepatitis B as a public health problem, where the birth dose of hepatitis B vaccine for infants born to hepatitis B-positive mothers is an important measure to prevent perinatal transmission.

1 BARNEVAKSINASJONSPROGRAMMET

Barnevaksinasjonsprogrammet består av basisvaksinasjon som i hovedsak foregår i sped- eller småbarnsalder, og oppfriskningsdoser som tilbys i skolealder. For HPV-vaksinen foregår basisvaksinasjon i skolealder. Programmet omfatter også kikhostevaksinasjon av gravide for å beskytte spedbarn i tiden fra fødsel og frem til første vaksinedose.

Vaksinasjon av barn og ungdom gjennomføres på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten i henhold til [Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) (lovdata.no), samt [Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram](#) (lovdata.no). Kommunens tilbud om kikhostevaksine til gravide er ikke begrenset til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og kan også gis der kvinnen får øvrig svangerskapsomsorg. Organisering av dette tilbudet kan variere fra kommune til kommune.

Tabell 1. Barnevaksinasjonsprogrammet i 2025 og navn på vaksinene som ble brukt

Alder	Vaksinasjon mot	Preparatnavn
Gravide i svangerskapsuke 24 (Fra mai 2024)	Difteri, tetanus, kikhoste (dTp-vaksine)*	Boostrix
6 uker	Rotavirus sykdom	Rotarix
Barn født før svangerskapsuke 32: 6-8 uker	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt, <i>Haemophilus influenzae</i> -type b infeksjon, hepatitt B (DTP-IPV-Hib-HepB) – « <i>Seksvalent vaksine</i> »	Infanrix hexa
3 måneder	Rotavirus sykdom	Rotarix
	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt, <i>Haemophilus influenzae</i> -type b infeksjon, hepatitt B (DTP-IPV-Hib-HepB) – « <i>Seksvalent vaksine</i> »	Infanrix hexa
	Pneumokokk sykdom (PKV)	Prevenar 13
5 måneder	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt, <i>Haemophilus influenzae</i> -type b infeksjon, hepatitt B (DTP-IPV-Hib-HepB) – « <i>Seksvalent vaksine</i> »	Infanrix hexa
	Pneumokokk sykdom (PKV)	Prevenar 13
12 måneder	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt, <i>Haemophilus influenzae</i> -type b infeksjon, hepatitt B (DTP-IPV-Hib-HepB) – « <i>Seksvalent vaksine</i> »	Infanrix hexa
	Pneumokokk sykdom (PKV)	Prevenar 13
15 måneder	Meslinger, kuma, røde hunder (MMR)	M-M-RVaxPro/ Priorix
2. klassesetrinn (7 år)	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt (DTP-IPV)**	Tetravac
6. klassesetrinn (11 år)	Meslinger, kuma, røde hunder (MMR)	M-M-RVaxPro/ Priorix
7. klassesetrinn (12 år)	Humant papillomavirus (HPV) (2 doser)	Cervarix

10. klassetrinn (15 år)	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt (dTp-IPV)*	Repevax
Barn i definerte risikogrupper***	Tuberkulose (BCG)	BCG-vaksine AJVaccines
	Hepatitt B, 3 eller 4 doser****	HBVAXPRO

* Lavdose kombinasjonsvaksine til oppfriskningsvaksinasjon

** Høydose kombinasjonsvaksine til grunnvaksinasjon

*** BCG-vaksine anbefales til barn med en eller begge foresatte fra land med høy forekomst av tuberkulose. Det anbefales å gi vaksinen i tidlig spedbarnsalder

**** For barn i definerte risikogrupper, hovedsakelig tidligere uvaksinerte barn og unge i risikogrupper som flytter til Norge

2 INNKJØP AV VAKSINER TIL BARNEVAKSINASJONSPROGRAMMET

Det europeiske legemiddelverket (EMA) godkjenner vaksiner for det europeiske markedet. På bakgrunn av vurderingene i EMA gir Direktoratet for Medisinske Produkter, DMP (tidl. Statens legemiddelverk) markedsføringstillatelse i Norge. Alle vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet har norsk markedsføringstillatelse.

En offentlig finansiert vaksine blir anskaffet etter politiske vedtak. Den 1.januar 2024 ble ansvaret for offentlige vaksineanskaffelser flyttet fra Folkehelseinstituttet (FHI) til DMP. Sykehusinnkjøp HF bidrar merkantilt med vaksineanskaffelsene, og Helsedirektoratet inngår og underskriver nye avtaler. Inntil videre har FHI ansvar for å kjøpe inn vaksinene til vaksinasjonsprogrammene fra leverandører som har fått tildelt kontraktene, i tillegg til å ha ansvaret for varemottak, lagerhold, distribusjon og salg av vaksinene. Dette ansvaret overføres til Helsedirektoratet 1.1.2027.

Vaksineavtaler inngås vanligvis med inntil fire års varighet, med mulighet for avslutning etter to eller tre år. Følgende kontrakter ble inngått i 2025:

- Kontrakt med MSD om fortsatt levering av vaksine mot meslinger, kuma og røde hunder (M-M-RVaxPro)
- Kontrakt med AJ vaccines om fortsatt levering av vaksine mot tuberkulose (BCG)
- Kontrakt med GSK om fortsatt levering av vaksine mot humant papillomavirus (Cervarix)

3 VAKSINASJONSDEKNING 2025

Helsestasjoner og andre vaksinasjonssteder melder vaksinasjoner som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet til SYSVAK. Data fra SYSVAK danner grunnlaget for å beregne vaksinasjonsdekningen på kommune-, fylkes- og nasjonalt nivå. Dekningsstatistikken viser andel barn i aktuelle aldersgrupper som er vaksinert i henhold til anbefalingene i programmet med rett antall doser og rett intervall mellom dosene. SYSVAK er koblet til andre registre for utdypende informasjon om befolkningsgrunnlag, svangerskap og fødsler, vaksinasjonsdekning etter foreldres landbakgrunn, vaksinasjonsdekning for prematurdosen og hepatitt B post-eksponeringsprofylakse, og dette presenteres i egne kapitler under. Det er også etablert en ny indikator for å vurdere samlet vaksinasjonsdekning for alle vaksiner som anbefales gitt innen 2-års alder (kapittel 3.2). Vaksinasjonsdekning for kikhostevaksine til gravide presenteres for første gang i årets rapport (kapittel 3.3).

3.1 Vaksinasjonsdekning for 2-åringer, 9-åringer og 16-åringer

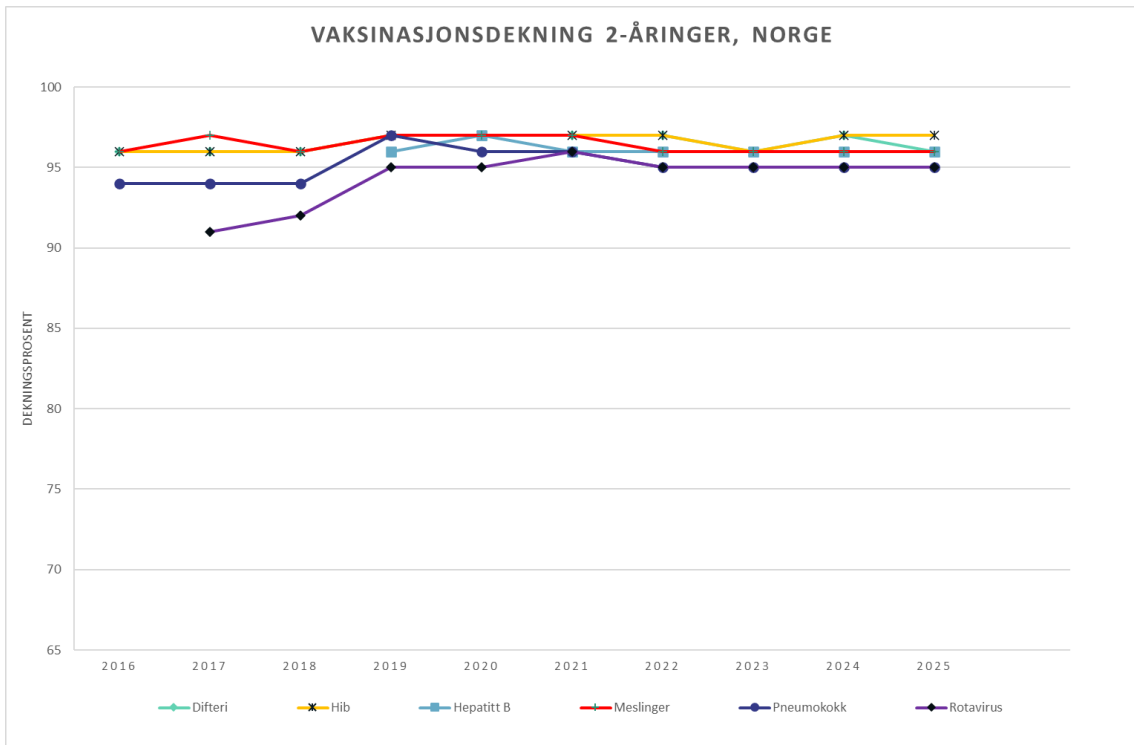
Tabellen under viser nasjonal dekningsstatistikk for 2-åringer, 9-åringer og 16-åringer i 2025 (tabell 2).

Tabell 2. Vaksinasjonsdekning (%) for hele landet i 2025

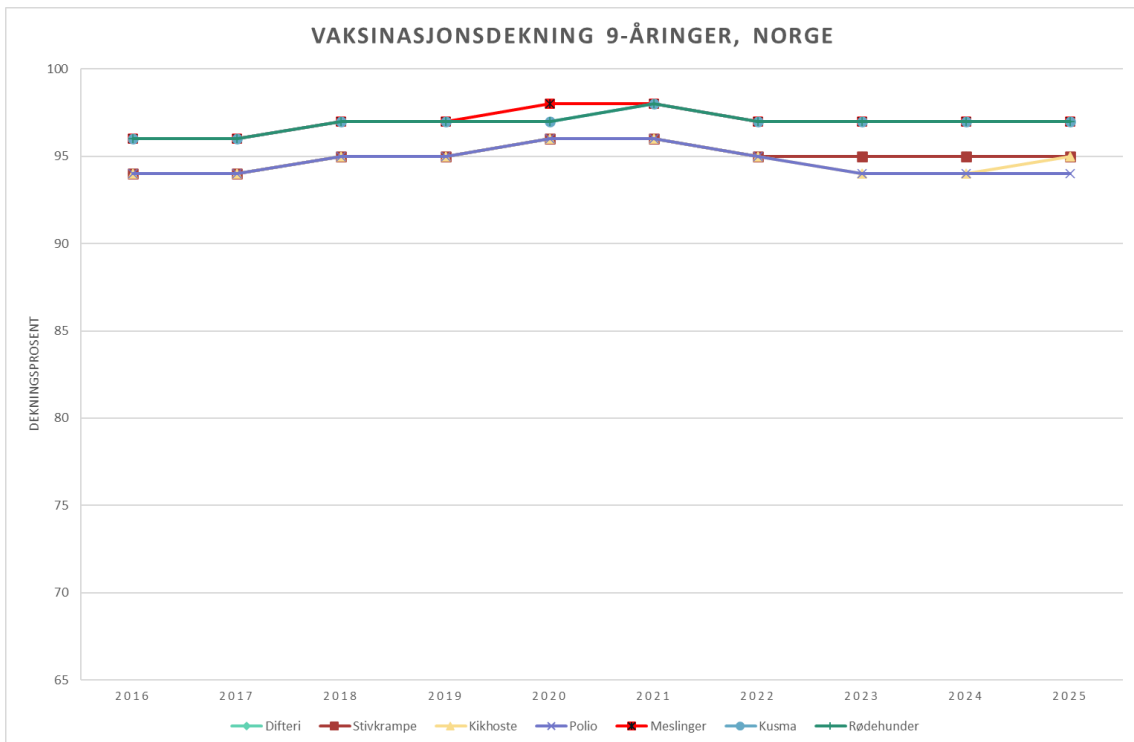
Alders-gruppe	Difteri	Stivkrampe	Kikhoste	Poliomyelitt	Hib-infeksjon	Hepatitt B	Meslinger	Kusma	Røde hunder	Pneumokokksykdom	Rotavirus	Humant papillomavirus (jenter)	Humant papillomavirus (gutter)
2-åringer	96	96	96	96	97	96	96	96	96	95	95	-	-
9-åringer	95	95	95	94	-	-	97	97	97	-	-	-	-
16-åringer	93	93	93	93	-	-	95	95	95	-	-	92	90

Vaksinasjonsdekning kan ikke beregnes for BCG-vaksine da denne kun gis til bestemte grupper. Se kapittel 4.13 om tuberkulose for mer informasjon. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og Folkeregisteret.

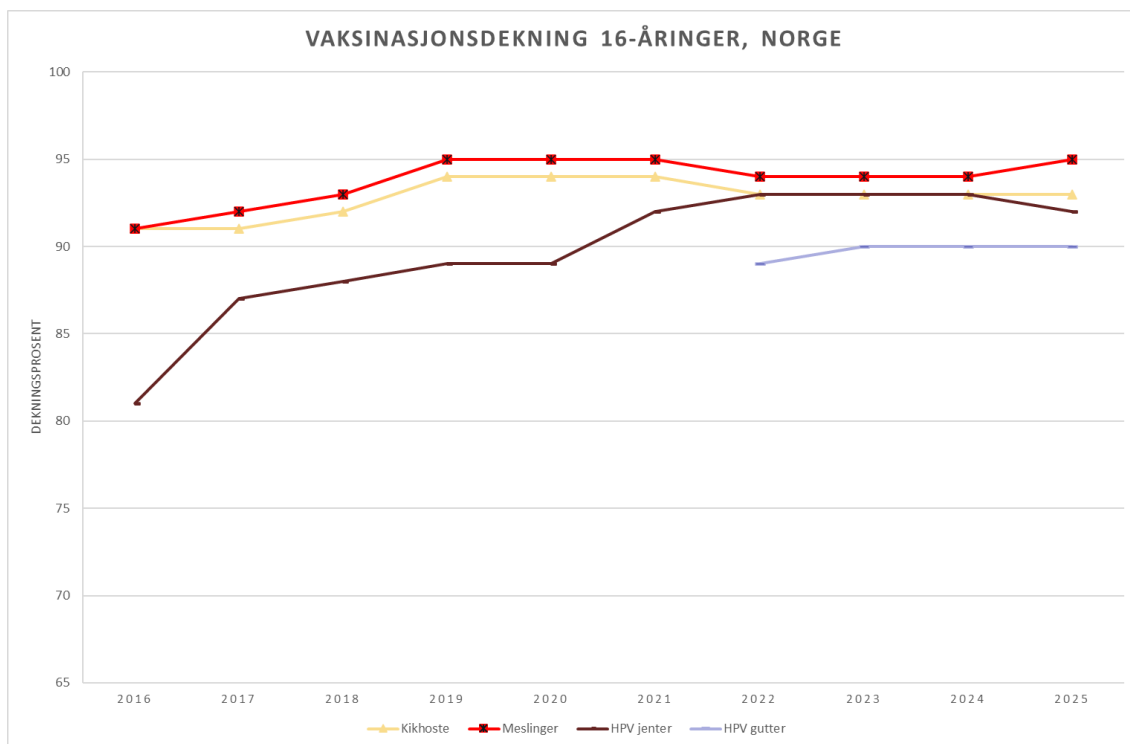
Figurene 1-3 under viser vaksinasjonsdekning for henholdsvis 2-, 9- og 16-åringer i 10-årsperioden 2016-2025. Figur 4 viser vaksinasjonsdekningen for 2- og 16-åringer per fylke i 2025 for kikhoste og meslinger (begge kull) og HPV (16-åringer).



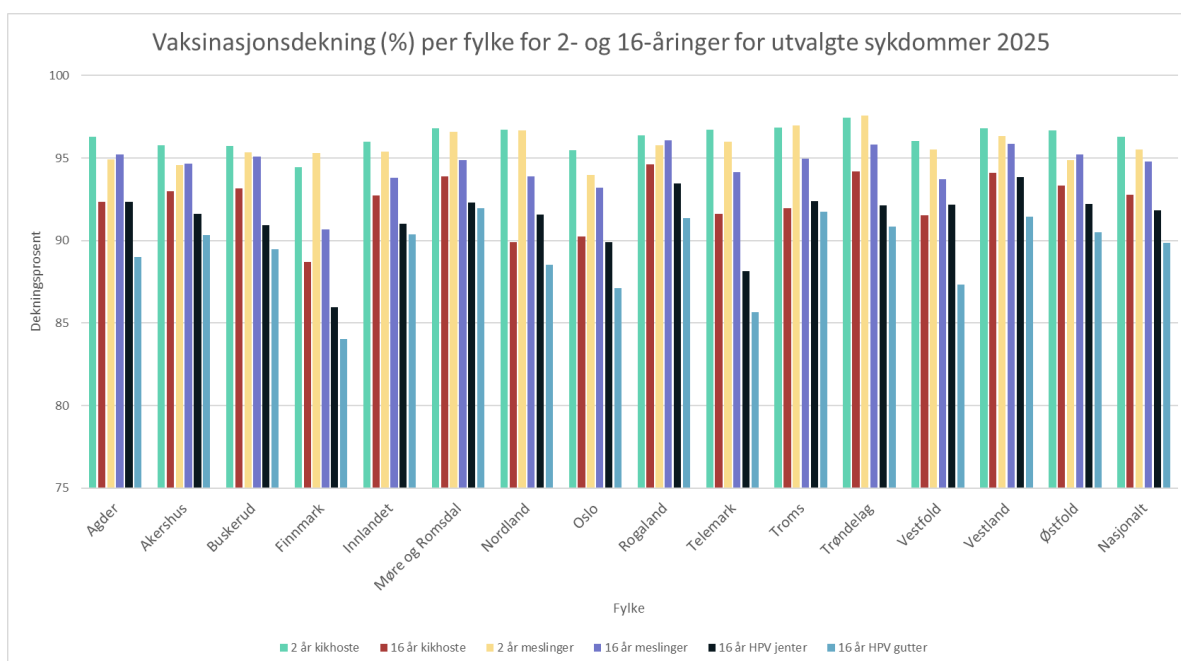
Figur 1. Vaksinasjonsdekning (%) for 2-åringer i hele landet, 2016 til 2025. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og Folkeregisteret.



Figur 2. Vaksinasjonsdekning (%) for 9-åringer i hele landet, 2016 til 2025. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og Folkeregisteret.



Figur 3. Vaksinasjonsdekning (%) for 16-åringer i hele landet, 2016 til 2025. Fra og med 2015 viser dekningsstatistikken for 16-åringene andelen som har fått to doser MMR-vaksine. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og Folkeregisteret.



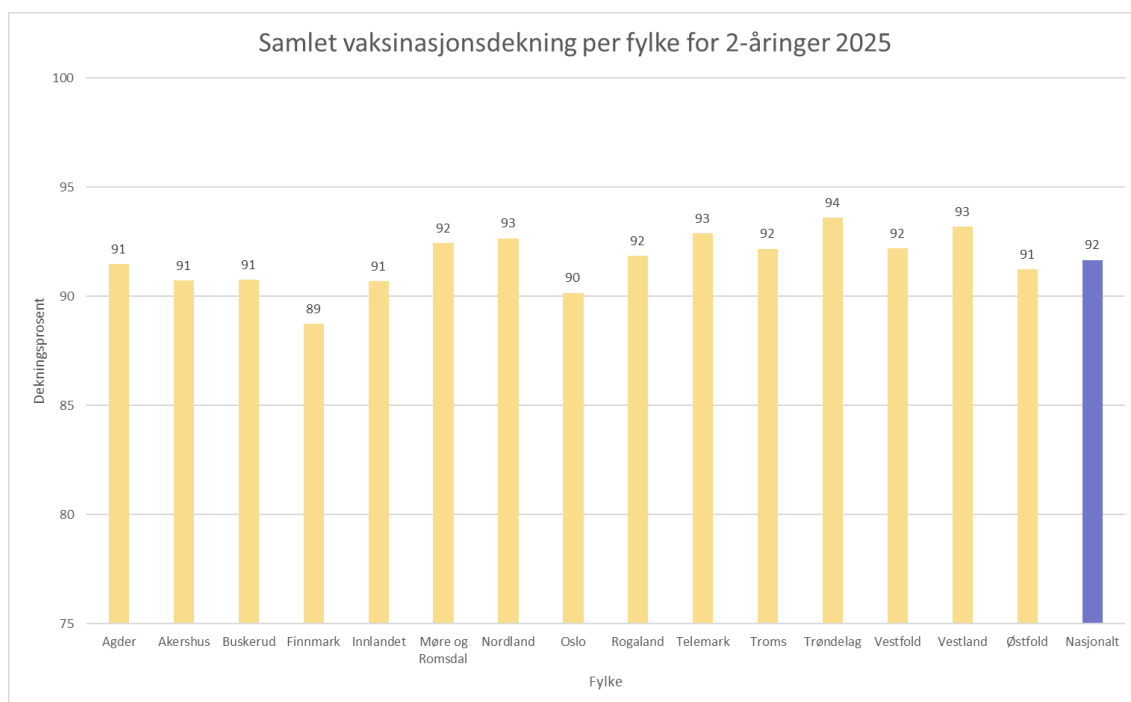
Figur 4. Vaksinasjonsdekning (%) for 2- og 16-åringer per fylke, 2025. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og Folkeregisteret.

Samlet sett viser tall fra SYSVAK en vedvarende høy oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet. Figur 4 viser at det er variasjon mellom fylkene og mellom de enkelte vaksinene. Det har likevel vært en positiv utvikling i de nordligste fylkene med økt vaksinasjonsdekning sammenlignet med i fjor.

3.2 Vaksinasjonsdekning 2-åringer for alle sykdommer per fylke

Vaksinasjonsdekning for alle sykdommer blant 2-åringer er en ny indikator for å gi en vurdering av den samlede vaksinasjonsdekningen for aldersgruppen. Indikatoren inkluderer de barna som per 31. desember 2025 har mottatt alle de anbefalte vaksinene i BVP: rotavirus, pneumokokk, difteri, kikhoste, stivkrampe, hepatitt B, *Haemophilus influenzae* type b (Hib), meslinger, kuma, og røde hunder.

Barn som har mottatt vaksine mot noen, men ikke alle disse sykdommene, i henhold til anbefalingene innen 2-årsalder, anses ikke som dekket mot alle sykdommer. Dette betyr at den samlede vaksinasjonsdekningen for alle sykdommer kan være lavere enn dekningen for enkelte sykdommer.



Figur 5. Vaksinasjonsdekning (%) for 2-åringer for alle sykdommer samlet per fylke, 2025. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og Folkeregisteret.

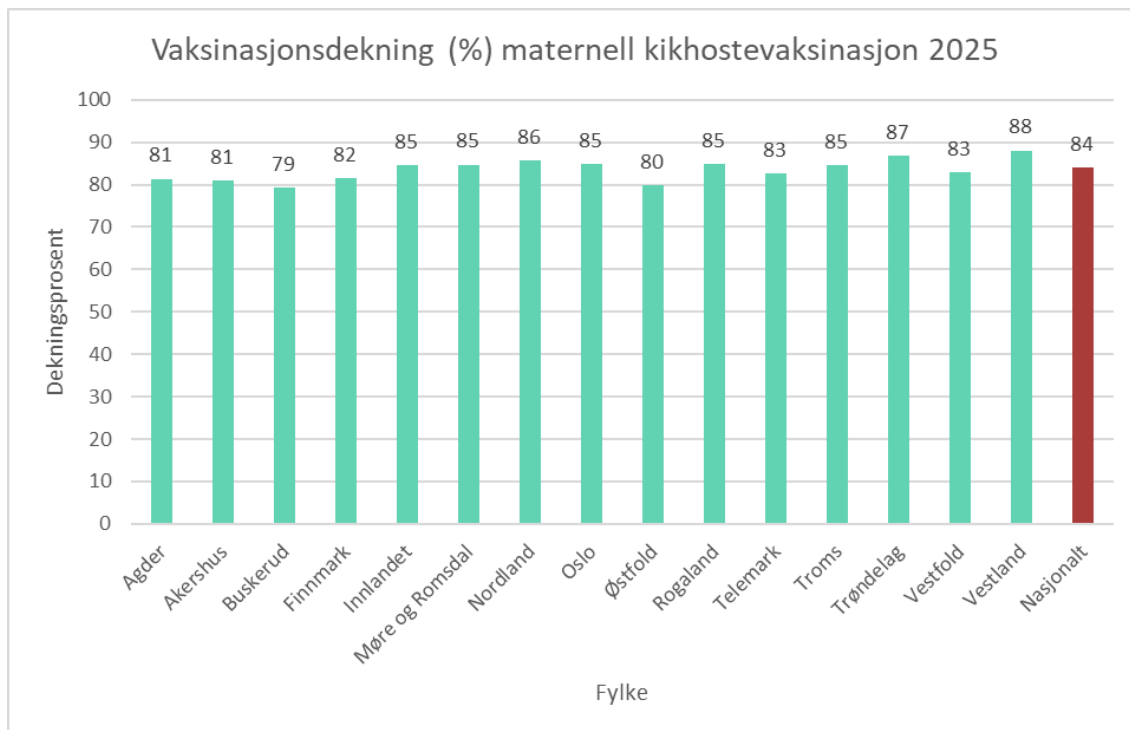
Den samlede vaksinasjonsdekningen på 92 % blant 2-åringer i Norge i 2025 ligger høyt i et internasjonalt perspektiv og må ses i sammenheng med WHO's mål om at minst 90 % vaksinasjonsdekning for sentrale barnevaksiner skal være oppnådd i flest mulig land innen 2030, jf. [Immunization Agenda 2030 \(IA2030\) Global Progress Report 2024](#), WHO.

3.3 Vaksinasjonsdekning maternell kikhostevaksinasjon

Fra mai 2024 har alle gravide fått tilbud om kikhostevaksine i uke 24 av svangerskapet. Vaksinen beskytter barnet mot kikhoste fra fødsel og frem til barnet får første vaksinedose ved 3-måneders alder. Les mer om anbefalingen i [vaksinasjonshåndboka](#) på fhi.no.

Alle gravide med registrert fødsel i 2025 har fått tilbud om kikhostevaksine i svangerskapet. For å få oversikt over vaksinasjonsdekningen blant gravide, har FHI sammenstilt data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK for alle fødsler i 2025 (Figur 6).

Alle kvinner som er registrert med en kikhostevaksine i svangerskapet og med registrert fødsel i 2025 er inkludert i dekningen. Befolkningsgrunnlaget for beregningen (nevner) er alle svangerskap med registrert fødsel i MFR fra og med svangerskapsuke 22. Når befolkningsgrunnlaget er svangerskap, vil tallet avvike fra antall fødte barn på grunn av flerlingefødsler, og enkelte kvinner kan bidra med mer enn ett svangerskap i kalenderåret.



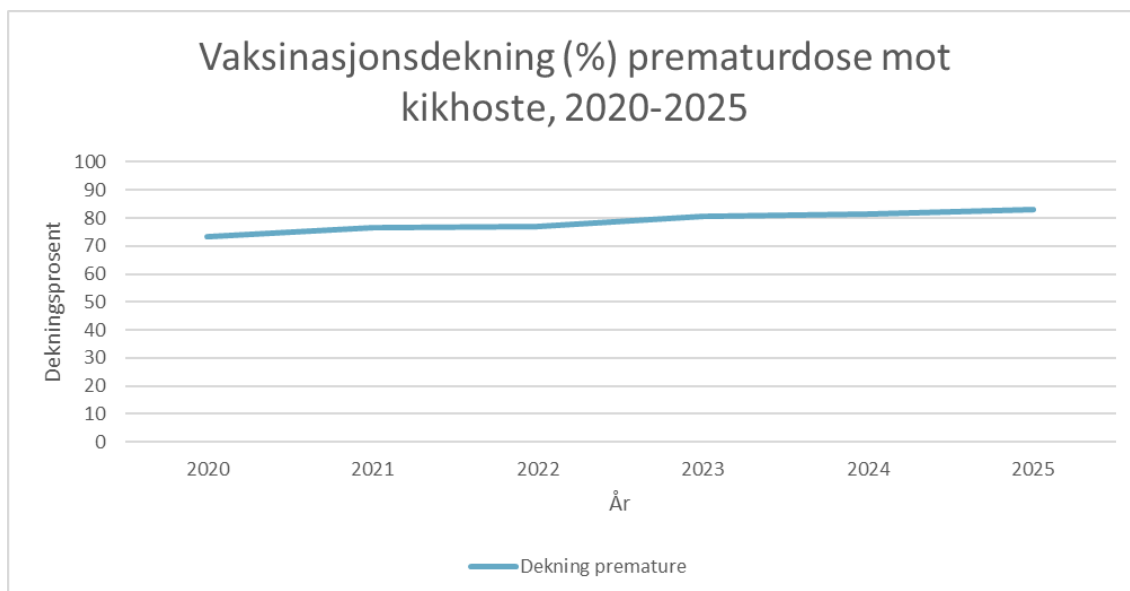
Figur 6. Vaksinasjonsdekning (%) maternell kikhostevaksinasjon, 2025. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, MFR og Folkeregisteret.

Dekningstallene for kikhostevaksine i svangerskap viser svært høy oppslutning på 84 % i hele landet, med noe variasjon mellom 79 % og 88 %. Dette er imponerende i programmets første år, og er blant verdens høyeste vaksinasjonsdekning for kikhostevaksine i svangerskap. Det er også på høyde med andre vaksineinnføringer til barn i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Blant de vaksinerte gravide, var det 767 (1,7 %) gravide som fikk vaksine før svangerskapsuke 22, 44 815 (97,7 %) som fikk vaksine mellom svangerskapsuke 22 og fødsel, og 304 (0,7 %) som ble vaksinert både før og etter uke 22.

3.4 Vaksinasjonsdekning prematurdosen

Premature barn født før svangerskapsuke 32 skal tilbys en ekstra dose seksvalent vaksine (dose 0/prematurdosen) ved 6 til 8 ukers alder for å få tidlig beskyttelse mot kikhoste. Premature barn har høyere risiko for innleggelse for kikhoste. Barna skal etter prematurdosen følge det ordinære vaksinasjonsprogrammet for seksvalent vaksine ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Les mer om anbefalingen i [vaksinasjonshåndboka](#) på fhi.no.

FHI har sammenstilt data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK fra 2020 til og med 2025 (Figur 7).



Figur 7. Vaksinasjonsdekning (%) prematurdosen kikhostevaksine, 2020-2025. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og MFR.

Vaksinasjonsdekningen for prematurdosen har økt gradvis fra 74 % i 2020 til 83 % i 2025, men fortsatt har om lag 1 av 5 premature barn født før svangerskapsuke 32 ikke registrert prematurdosen i 2025. Det kan være flere årsaker til dette, blant annet manglende registrering i SYSVAK, kontraindikasjon mot vaksine, eller manglende vaksinasjon. Premature barn har høy dekning for vaksinene gitt ved 3-, 5- og 12-måneder, også for de som mangler prematurdosen.

3.5 Vaksinasjonsdekning for barn født av hepatitt B-positive mødre

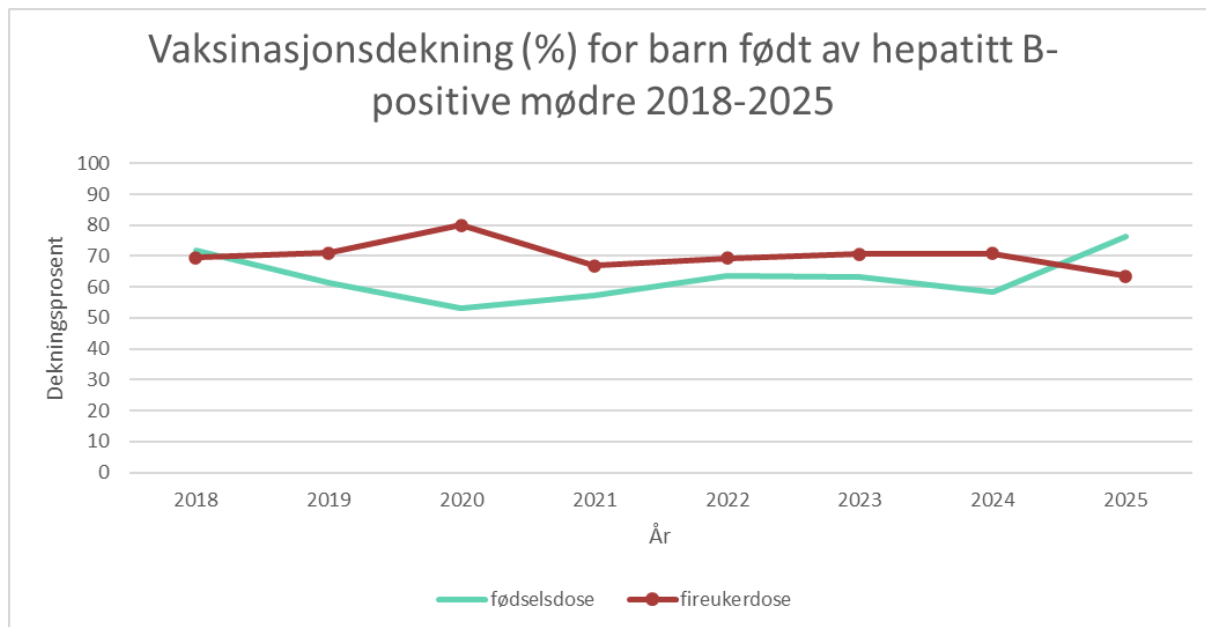
Post-eksponeringsprofylakse til barn født av hepatitt B-positive mødre er ikke formelt en del av barnevaksinasjonsprogrammet, men er nært tilknyttet og omtalt i årsrapporten. Dette er fordi gjennomføringen forutsetter samarbeid og tilbud gitt av de samme aktørene, og målgruppen er spedbarn.

Barn født av hepatitt B-positive mødre har høy risiko for å bli smittet med hepatitt B-viruset, og smittede nyfødte har den høyeste risikoen for å utvikle kronisk hepatitt B-infeksjon blant alle aldersgrupper som utsettes for smitte. I [WHO Europaregionens handlingsplan](#) er det et mål at vaksinasjonsdekning for fødselsdosen skal være over 95 % innen 2030.

Siden 1984 har norske barn født av hepatitt B-positive mødre blitt anbefalt post-eksponeringsprofylakse mot hepatitt B. Dette omfatter per 2025 hepatitt B-immunglobulin (HBIG) og monovalent hepatitt B-vaksine ved fødsel (innen 24 timer), og deretter neste vaksinedose ved 4-ukersalder. Fødselsdosen er svært viktig for å hindre perinatal smitte, og sammen med neste dose ved 4-ukersalder er dette den mest effektive måten å hindre smitte fra mor til barn.

Barn av hepatitt B-positive mødre skal etter de to innledende dosene ved fødsel og 4 uker deretter følge det ordinære vaksinasjonsprogrammet for seksvalent vaksine ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Les mer om anbefalingen i [vaksinasjonshåndboka](#) på fhi.no.

FHI har sammenstilt data fra Medisinsk fødselsregister (MFR), Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK fra 2018 til og med 2025, for å overvåke vaksinasjonsdekning av de to første vaksinedosene til denne høyrisikogruppen. I perioden 2018–2025 har det vært om lag 80–150 gravide meldt til MSIS med kronisk hepatitt B årlig (93 kvinner i 2025).



Figur 8. Vaksinasjonsdekning (%) hepatitt B-vaksiner for barn født av hepatitt B-positive mødre, 2018-2025. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, MFR og MSIS.

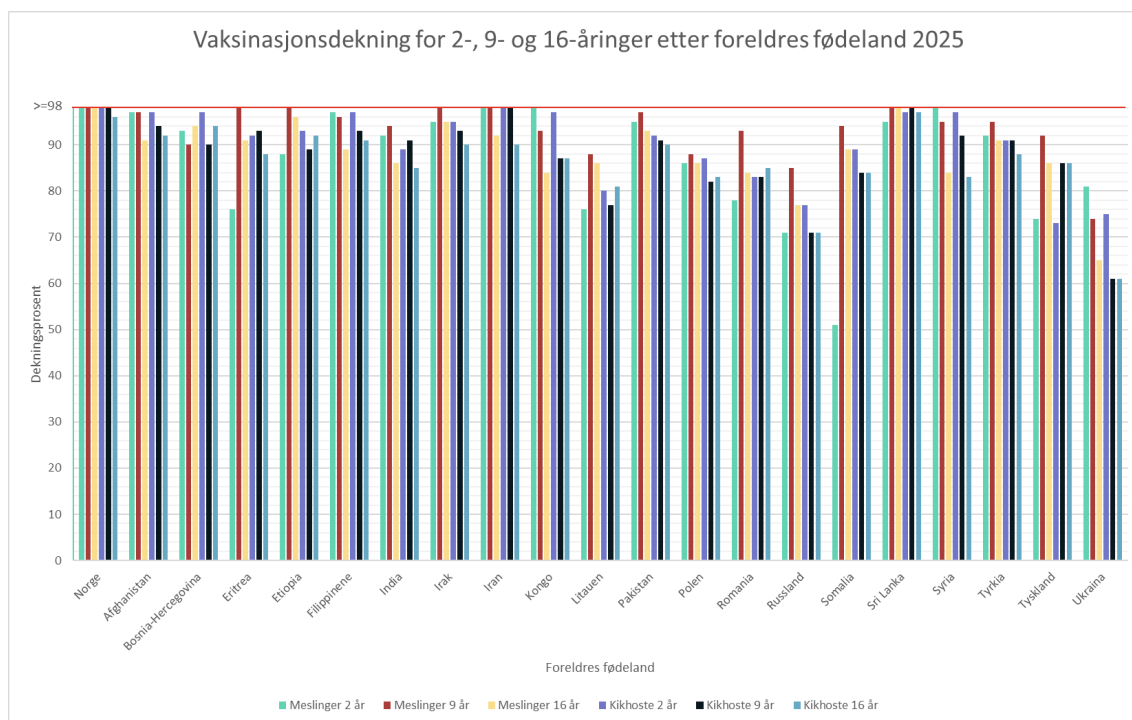
I 2025 var det om lag 1 av 4 barn av hepatitt B-positive mødre som ikke fikk fødselsdosen av hepatitt B-vaksine (dekning 76 %). Det er forbedret fra tidligere år, men Norge ligger fremdeles langt under målsetningen i henhold til WHO's handlingsplan for eliminering av hepatitt B som folkehelseproblem. Fødselsdosen skal gis snarest og helst innen 24 timer etter fødsel. Videre er det færre enn 7 av 10 barn av hepatitt B-positive mødre som er registrert med fireukersdosen (63 %). Tallene er bekymringsfulle, da barn født av hepatitt B-positive mødre har betydelig forhøyet risiko for å utvikle kronisk hepatitt B dersom post-eksponeringsprofylakse ikke gis korrekt. Rutiner for oppfølging av barn født av hepatitt B-positive mødre må forbedres.

Siden avdekning av den lave vaksinasjonsdekningen i årsrapporten for 2023 har FHI opprettet en arbeidsgruppe i samarbeid med de kliniske miljøene og Helsedirektoratet. Det har også blitt gjennomført en studie på faktorer som kan bidra til manglende vaksinasjon eller registrering av vaksine som nylig ble publisert (1). Arbeidsgruppen har kommet med en ny anbefaling om screening for hepatitt B i svangerskap slik at prosessen forenkles og det blir lettere å tolke testresultater og identifisere barn som skal tilbys posteksponeringsprofylakse ved fødsel. Den nye anbefalingen og endring av praksis ble kommunisert ut til kliniske avdelinger gjennom helseforetakene og medisinske mikrobiologiske laboratorier på slutten av året i 2025. Les mer [Anbefaling om screening for hepatitt B i svangerskapet endres](#) på fhi.no.

3.6 Vaksinasjonsdekning etter foreldres landbakgrunn

Vaksinasjonsdekningen for vaksiner som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet er høy på nasjonalt nivå, men FHI har gjennom ulike forskningsprosjekter vist at dekningen kan variere i forhold til landbakgrunn (2-4). FHI har beregnet vaksinasjonsdekning for de 20 landene med størst befolkning i de respektive aldersgruppene i Norge.

Grunnet mulighet for avsløring av vaksinasjonsstatus til individer fra en gitt landbakgrunn, blir dekning over 98 % kun vist som vaksinasjonsdekning ≥ 98 %. Foreldres fødeland er basert på at begge foreldre har samme landbakgrunn. Barn som ikke har foreldre med samme landbakgrunn, er ekskludert fra vaksinasjonsdekning per fødeland.



Figur 9. Vaksinasjonsdekning (%) for 2-, 9- og 16-åringer i hele landet basert på foreldres fødeland, 2025. Merk at y-aksen stopper på ≥ 98 %. Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK og Folkeregisteret.

Barn med utenlandskfødte foreldre fra en del øst-europeiske land og enkelte andre land, har lavere vaksinasjonsdekning enn det nasjonale gjennomsnittet, men variasjonene er store. Vaksinasjonsdekningen er under 85 % for meslinger blant 2-åringer med foreldre født i Somalia (51 %), Russland (71 %), Tyskland (74 %), Eritrea (76 %), Litauen (76 %) og Romania (78 %), samt blant 16-åringer med foreldre født i Ukraina (65 %), Syria (84 %) og Kongo (84 %). For kikhoste ligger dekningen lik eller under 85 % særlig blant 16-åringer med foreldre født i Ukraina (61 %), Russland (71 %), Polen (83 %) og Romania (85 %).

Flere grupper har høy vaksinasjonsdekning over 95 %, blant annet barn med foreldre født i Norge, Sri Lanka, Iran, Irak, Afghanistan og Syria, for meslinger og kikhoste i flere aldersgrupper.

Erfaringer fra arbeid med dekningsstatistikken over flere år viser at det er utfordringer med manglende etterregistrering av vaksiner til barn som er vaksinert i andre land, spesielt barn som ikke har dokumentasjon på vaksinasjoner. FHI har også krav om korrekte intervaller mellom doser gitt til barn for at de skal regnes som fullvaksinerte, slik at barn med

utenlandskfødte foreldre vaksinert etter andre vaksinasjonsskjema enn det norske kan komme ut med en lavere vaksinasjonsdekning selv om de har fått vaksiner. Det viktigste er likevel å avklare om det er grupper av barn som er under- eller uvaksinerte, og som bør få tilbud om vaksine.

Som en del av oppfølgingsarbeidet knyttet til dekningsgraden blant utenlandsfødte barn, har FHI undersøkt vaksinasjonsdekningen blant ukrainske barn nærmere for enkelte vaksiner og blant ukrainske barn født i Norge versus opphentingsvaksinasjon. Funnene ble publisert i 2025 og viser at det trolig er flere faktorer som ligger bak den lavere vaksinasjonsdekningen (5).

4 SYKDOMMENE DET VAKSINERES MOT I BARNEVAKSINASJONSPROGRAMMET

MSIS data for 2025 i denne rapporten er basert på uttrekk i perioden 23.02.26 - 27.03.26.

4.1 Difteri

Difteri er en akutt bakterieinfeksjon forårsaket av *Corynebacterium diphtheriae*, eller annen corynebakterie i dette komplekset, vanligvis *C. ulcerans* eller *C. pseudotuberculosis*, som har toksingen produksjon. Det er særlig toksinproduserende stammer som forårsaker alvorlig sykdom. Den mest alvorlige formen, respiratorisk difteri, forløper som en akutt infeksjon i øvre luftveier med dannelse av fastsittende membraner som kan føre til luftveisobstruksjon. Toksinproduserende stammer kan også gi celledskade i hjertemuskulatur, nervevev, lever og nyrer. Uvaksinerte, undervaksinerte eller immunosupprimerte personer har økt risiko for alvorlig forløp av sykdommen. Huddifteri kan gi langvarig infeksjon begrenset til sår. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) eller [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

4.1.1 Vaksine i program

Difterivaksinen består av rensset, avgiftet difteritoksin, og er en ikke-levende vaksine. Siden vaksinen er laget for å beskytte mot toksinet, vil den ikke beskytte mot infeksjon med bakterien. Derfor kan for eksempel hudinfeksjoner eller bærerskap i hals forekomme også blant vaksinerte. Etter basisvaksinasjon med 3 doser gitt med riktige intervall får nesten alle de vaksinerte beskyttende antistoffer mot difteritoksinet. Vaksiner benyttet i programmet i 2025:

- Grunnvaksinering med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, Hib og hepatitt B (Infanrix hexa) ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Ekstra dose til premature født før uke 32 ved 6-8 ukers alder.
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Tetravac) ved 7 års alder (2. klasse).
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Repevax) ved 15 års alder (10. klasse).
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste (Boostrix) til gravide kvinner i svangerskapsuke 24 for å beskytte spedbarn mot kikhoste. Se kapittel 4.5 om kikhoste.

Vaksinasjonsdekningen for difterivaksine i 2025:

- 2-åringer: 96 %
- 9-åringer: 95 %
- 16-åringer: 93 %

4.1.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Tabell 3. Meldte tilfeller av toksinproduserende difteri i Norge 2016-2025 etter diagnoseår

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Meldte tilfeller	1	1	1	2	0	0	7	4	7	2

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

I 2025 ble det meldt to tilfeller av toksinproduserende difteri til MSIS. I begge tilfeller var bakterien isolert fra infeksjon i hud. Begge tilfellene representerte *Corynebacterium ulcerans* med antatt smittested Norge. Personene hadde enten fått difterivaksine for mer enn 10 år siden eller hadde ukjent vaksinasjonsstatus. Det forekom ingen difterirelaterte dødsfall.

4.1.3 Nasjonal referansefunksjon for difteri

I 2025 mottok referanselaboratoriet 20 isolat fra til sammen 19 personer, fordelt på 13 sårsekret, 5 luftveisprøver og 2 annet prøvemateriale (biopsi og vev). Alle isolat ble undersøkt for tilstedeværelse av toksingen og ev. toksinproduksjon, og videre sekvensert og identifisert: 10 ble identifisert som *C. diphtheriae*, 7 som *C. ulcerans*, og 3 som *C. belfantii*. Hos totalt 2 isolat fra 2 personer ble toksin påvist, begge identifisert som *C. ulcerans*. Alle *C. diphtheriae* ($n=10$) hadde forskjellige sekvenstyper (ST). For *C. ulcerans*, hadde 5 isolat ST339, mens de øvrige 2 isolat, hvor toksin var påvist, hadde forskjellige ST (514 og 1032). To av *C. belfantii* isolatene hadde ST106, den siste var ST81. Det ble ikke påvist noen utbruddsklynger i 2025.

Fra 1. januar 2024 er tilbudet om serologiske analyser av difteriantistoff ved Avdeling for bakteriologi ved FHI avviklet. Analysen vil fremover tilbys ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin ved Haukeland universitetssjukehus, se informasjon i [Analyseoversikten](#), Helse Bergen.

4.2 *Haemophilus influenzae* type b-infeksjon

Haemophilus influenzae er en gramnegativ stavbakterie som ofte finnes i normalfloraen i øvre luftveier. *H. influenzae* serotype b (Hib) var den hyppigste årsaken til meningitt og andre invasive infeksjoner hos barn under 5 år i årene før vaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet. Tre til åtte prosent av pasientene med invasiv Hib-infeksjon døde, og en betydelig andel fikk varige nevrologiske skader. Hib kan også forårsake epiglottitt (betennelse i strupelokket), som er livstruende. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

4.2.1 Vaksine i program

Hib-vaksinen består av kapselpolysakkarid fra Hib-bakterien konjugert (koblet) til et bærerprotein. Det er en ikke-levende vaksine. Hib-vaksine gir god beskyttelse (90–95 %) hos immunfriske etter gjennomført basisvaksinasjon. Basisvaksinasjon etter det norske programmet med tre doser til barn under ett år gir langvarig beskyttelse uten behov for ytterligere doser.

I programmet ble Hib-vaksinen i 2025 tilbudt som kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, Hib og hepatitt B (Infanrix hexa) ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Til premature født før uke 32 gis en ekstra dose ved 6–8 ukers alder.

Vaksinasjonsdekningen for Hib-vaksine i 2025:

- 2-åringer: 97 %

4.2.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Tabell 4. Meldte tilfeller av systemisk *Haemophilus influenzae* type b-infeksjon i Norge 2016-2025 etter aldersgruppe og diagnoseår

Aldersgruppe	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0 – 4 år	2	1	2	4	0	0	1	0	3	0
5 – 10 år	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0
11 år og eldre	4	3	3	3	0	3	6	4	4	13
Totalt	6	4	5	8	0	3	8	4	9	13

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

I 2025 ble det meldt 13 tilfeller av systemisk Hib-infeksjon (tabell 4). Ingen av tilfellene var hos barn under 10 år. 11 av 13 tilfeller var hos uvaksinerte personer over 10 år der de fleste var voksne, og 2 var vaksinerte som spedbarn mange år tidligere.

Selv om det meldes tilfeller som har blitt syke etter å ha blitt vaksinert mot Hib, er slik vaksinesvikt svært sjelden. Vaksinesvikt kan oppstå på grunn av manglende respons på de første dosene med Hib-vaksine. Derfor anbefales barn som har hatt vaksinesvikt ytterligere en dose Hib-holdig vaksine da dette er vist å gi bedre beskyttelse.

4.2.3 Nasjonal referansefunksjon for *Haemophilus influenzae*

Invasiv sykdom med *H. influenzae* er meldepliktig til MSIS og isolater fra normalt sterile prøvematerialer (hovedsakelig blodkultur og spinalvæske) sendes til referanselaboratoriet for karakterisering. Isolatene blir helgenomsekvensert, med angivelse av serotype og slektskap ved hjelp av multi-locus sekvenstyping (MLST). Alle isolater fra 2025 er sekvensert. I tillegg blir isolater fra barn ≤5 år serotypet med en fenotypisk metode for raskere å sannsynliggjøre hvorvidt isolatet er Hib eller ikke.

I 2025 mottok og undersøkte FHI prøver fra 127 av de 134 invasive tilfellene meldt til MSIS. Hovedandelen av isolatene (69,3 %) mangler kapsel og er ikke-typbare. De resterende isolatene fordelte seg på kapseltype a ($n=5$; 3,9 %), kapseltype b ($n=13$; 10,2 %), kapseltype e ($n=2$; 1,6 %) og kapseltype f ($n=19$; 15,0 %). Det er ingen vesentlige endringer i serotypefordeling fra i fjor.

4.3 Hepatitt B

Hepatitt B-virus (HBV) forårsaker akutt leverbetennelse eller en kronisk infeksjon i leveren. Virus finnes hovedsakelig i blod og i kroppsvæsker som sårsekret, sæd og vaginalsekret. Virus smitter gjennom blod, ved seksuell kontakt, og fra mor til barn før, under og etter fødselen. WHO regner med at det i 2022 var 240 millioner personer som levde med kronisk hepatitt B-infeksjon og 1,1 millioner dødsfall som skyldes hepatitt B globalt (6). Hepatitt B er mest utbredt i Sørøst-Asia, Sør-Amerika, Midtøsten, Øst-Europa og Afrika sør for Sahara. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har satt et mål om å eliminere hepatitt B som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene og [WHO sin handlingsplan](#). Se mer i kapittel 8.

4.3.1 Vaksine i program

Hepatitt B-vaksine består av rekombinant hepatitt B overflate («surface») antigen (HBsAg), og er ikke-levende. Hepatitt B-vaksine har inngått i barnevaksinasjonsprogrammet til barn i definerte risikogrupper siden 2007, og senere til alle barn født fra og med 1. november 2016. Vaksiner benyttet i programmet i 2025:

- Grunnvaksinering med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, Hib og hepatitt B (Infanrix hexa) ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Ekstra dose til premature født før uke 32 ved 6-8 ukers alder.
- Til barn og ungdommer med behov for hepatitt B enkeltkomponentvaksine var det i 2025 HBVaxPro som ble tilbudt.

Vaksinasjonsdekningen for hepatitt B-vaksine i 2025:

- 2-åringer: 96 %

Barn født av mødre med hepatitt B-infeksjon og mødre tilhørende en risikogruppe og har ukjent HBV-status, anbefales fødselsdose med hepatitt B-immunglobulin (HBIG) samt enkeltkomponent hepatitt B-vaksine ved fødsel og ved 4-ukersalder. Disse barna har den høyeste risikoen for å utvikle kronisk hepatitt B-infeksjon av smitteeksponerte i alle aldre. Vaksinasjonsdekningen for fødselsdosen og 4-ukersdosen hos barn av hepatitt B-positive mødre er presentert i kapittel 3.5.

4.3.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Akutt hepatitt B

Tabell 5. Meldte tilfeller av akutt hepatitt B i Norge 2016 – 2025 etter diagnoseår og fødested

Fødested	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Norge	22	19	12	19	4	4	4	9	7	1
Utlandet	1	1	0	4	0	0	0	0	0	1
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totalt	23	20	12	23	4	4	4	9	7	3

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Det ble i 2025 meldt tre tilfeller av akutt HBV-infeksjon. Alle tilfeller var over 25 år og alle var menn. Ett av de meldte tilfellene av akutt hepatitt B hadde registrert vaksinasjon i SYSVAK noen år forut for smitten, men var ikke fullvaksinert. Nedgangen de siste årene kan ha sammenheng med redusert reiseaktivitet på grunn av covid-19-pandemien, men også relatert til en langtidstrend med vaksineeffekt i utsatte grupper som menn som har sex med menn og sprøytebrukere.

Kronisk hepatitt B

Tabell 6. Meldte tilfeller av kronisk hepatitt B i Norge 2016 – 2025 etter diagnoseår og fødested

Fødested	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Norge	25	22	13	18	14	12	16	23	9	12
Utlandet	630	401	309	312	189	226	327	401	383	242
Ukjent	83	32	30	42	15	12	14	9	17	15
Totalt	738	455	352	372	218	250	357	433	409	269

Kilde: Meldingsystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

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. Fra 2022 – 2025 var hyppigste fødeland blant nye meldte tilfeller Ukraina (55 i 2022, 96 i 2023, 89 i 2024, 37 i 2025). Blant de 242 nye meldte tilfeller i 2025 som var kjent født i utlandet var 231 (95 %) rapportert som smitte før innvandring og 11 (4,5 %) som smittet etter innvandring. Blant de smittet etter innvandring var ingen meldt som smittet i Norge. Tolv av de 269 tilfellene meldt i 2025 var født i Norge, og ingen av disse var under 25 år (medialder 70 år).

I alt er 11 av de meldte tilfellene med kronisk hepatitt B i 2025, hvorav ett født i Norge, registrert i SYSVAK med minst én dose hepatitt B-vaksine. Ni av disse er voksne. Alle født utenfor Norge antas smittet før innvandring, og derfor også før vaksinerings i Norge. Tilfellet født i Norge antas å ha vært smittet før vaksinerings.

Kronisk hepatitt B ble påvist hos 6 personer under 20 år, og ingen av disse har oppgitt Norge som fødeland. Det antas at mor-barn smitte er årsak til sykdom hos disse, selv om dette kun ble oppgitt som smittevei for 4 personer og var ukjent eller ikke oppgitt for de øvrige.

Vaksinasjon ved fødselen og ved 4-ukersalder er det viktigste tiltaket for å hindre utvikling av kronisk hepatitt B ved mor-barn smitte. Disse barna skal også følges opp med kontroll av barnets smittestatus etter fullført vaksinerings. Selv om posteksponeringsprofilaksen etter fødsel er gitt korrekt, vil den ikke kunne hindre smitteoverføring hos alle, særlig ikke i tilfeller der mor har høy smittsomhet. Det er vist i studier at manglende og forsinket fødselsdose gir høy risiko for at barnet utvikler kronisk hepatitt B (7, 8). Vaksinasjonsdekningen for fødselsdose hepatitt B hos barn av hepatitt B-positive mødre er presentert i kapittel 3.5, og viser at rundt hvert fjerde barn født i Norge av hepatitt B-positive mødre ikke er registrert med fødselsdosen.

4.3.3 Nasjonal referansefunksjon for hepatitt B

Referanselaboratoriet ved FHI utfører utredende testing i forbindelse med behandlingsvurdering og oppfølging. I 2025 ble det utført 525 analyser i forbindelse med HBV-infeksjon, hvorav 194 var viruskvantitering, 137 genotyping (utført med virussekvensering) og 20 resistenstesting (utført med virussekvensering). Det ble også utført 648 analyser for hepatitt D-virus, som er et satelittvirus som kan gi ko- eller superinfeksjon med HBV.

4.4 Humant papillomavirus (HPV)

Infeksjon med humant papillomavirus (HPV) er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen hos både kvinner og menn. Det er estimert at 80–90 % av seksuelt aktive menn og kvinner vil få en HPV-infeksjon i løpet av livet (9). I en stor norsk undersøkelse fra 2011–2013 blant 17- og 21-årige jenter som ikke hadde fått tilbud om HPV-vaksine i program, ble HPV påvist hos 15–20 % av 17-åringene og mer enn 45 % av 21-åringene (10).

Hos de aller fleste smittede begrenses HPV-infeksjonen av seg selv, men hos noen kan langvarig infeksjon med kreftfremkallende HPV-typer føre til alvorlige celleforandringer og videre til kreft. Gjennom modellering av det naturlige forløpet for utviklingen av livmorhalskreft er det beregnet at halvparten av de HPV infeksjonene som senere forårsaker livmorhalskreft oppstår før 20-års alder, og tre av fire før 30-års alder (11). Det er derfor viktig at HPV-vaksine gis i ung alder. Langvarig HPV-infeksjon er også assosiert med kreft i vulva, vagina, anus, penis og munnhule og svelg, i tillegg til seksuelt overførbare genitale vorter.

Minst 12 genotyper HPV kan klassifiseres som kreftfremkallende (høyrisiko HPV-typer). Blant disse er type 16 og 18 årsak til ca. 77 % av alle tilfeller av livmorhalskreft (12, 13). Type 6 og 11 forårsaker rundt 90 % av alle kjønnsvorter (14). I 2024 ble 6929 kvinner behandlet for alvorlige celleforandringer i livmorhalsen i Norge (15), 269 nye tilfeller av livmorhalskreft ble rapportert (15) og 71 kvinner døde som følge av livmorhalskreft.

Verdens helseorganisasjon (WHO) annonserte i 2018 et globalt eliminasjonsmål for livmorhalskreft. Det er estimert at Norge kan ha eliminert livmorhalskreft innen 2038 (16, 17). Se mer i kapittel 8.

Les mer om effekt og oppfølging av HPV-vaksine på [Nasjonal oppfølging av HPV-vaksinasjonsprogrammet](#) og i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

4.4.1 Vaksine i program

HPV-vaksine ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet til jenter på 7. klassetrinn skoleåret 2009/2010 (årskull 1997), og til gutter på 7. klassetrinn skoleåret 2018/2019 (årskull 2006). HPV-vaksinene inneholder ikke-levende virus, men består av genteknologisk fremstilt overflateprotein fra HPV som er satt sammen til viruslignende partikler (VLP).

Siden skoleåret 2017/2018 har vaksinen Cervarix vært benyttet i barnevaksinasjonsprogrammet. Det gis to doser med minst 6 måneders intervall. Vaksinen beskytter mot HPV 16 og 18, og har i tillegg god beskyttende effekt mot HPV-typer som ikke inngår i vaksinen (kryssbeskyttelse mot HPV 31, 33 og 45). I skotske og engelske registerbaserte populasjonsstudier har vaksinen vist å gi 89–96 % beskyttelse mot alvorlige celleforandringer i livmorhalsen (uavhengig av HPV-type) og 86–100 % beskyttelse mot livmorhalskreft (uavhengig av HPV-type) ved vaksinasjon av 12–13 åringer (18–20). Dette er de første studiene som har kunnet estimere effekt hos målgruppen ved bruk av Cervarix i nasjonale barnevaksinasjonsprogram. En studie fra Nederland viser høy beskyttelse også hos kvinner som ble vaksinert med Cervarix som 16-åringer i et innhentingsprogram. Etter 14 års oppfølging var beskyttelsen mot livmorhalskreft uavhengig av HPV-type 91,5 %, mens beskyttelsen mot alvorlige celleforandringer (uavhengig av HPV-type) var 81 % (21).

Vaksinasjonsdekningen for HPV-vaksine i 2025:

- 16-åringer (jenter): 92 %
- 16-åringer (gutter): 90 %

Vaksinasjonsdekning oppgis separat for gutter og jenter, da introduksjon for gutter var senere enn for jenter. HPV-vaksinasjonsdekningen i Norge er blant de aller høyeste i verden, i henhold til en oversikt publisert av WHO og UNICEF (22).

4.4.2 Effekt av HPV-vaksinasjonsprogrammet

Ved innføringen av HPV-vaksinen i 2009 ble det opprettet et nasjonalt oppfølgingsprogram ved FHI. Programmet er langsiktig og omfatter løpende oppfølging og rapportering av vaksinasjonsdekning, uønskede hendelser og overvåking av effekt.

Tidlig effekt av vaksinasjonsprogrammet følges ved HPV-testing i urinprøver i egne studier. Basert på denne overvåkingen er det vist en nedgang på 81 % i forekomst av HPV-infeksjoner med typer som inngår i vaksinen hos det første vaksinerte årskullet (født i 1997), 5 år etter at de ble vaksinert med Gardasil (4-valent vaksine) som 12-åringer (23).

Ved utgangen av 2025 har bare de fire første årskullene som ble tilbudt HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet fått invitasjon til å delta i livmorhalsprogrammet som starter ved alder 25 år. I preliminære data fra det nasjonale HPV-oppfølgingsprogrammet er det rapportert fire tilfeller av livmorhalskreft blant kvinner som ble vaksinert med tre doser Gardasil (4-valent) som 12-åringer i barnevaksinasjonsprogrammet. Ingen av disse krefttilfellene var forårsaket av HPV-typer som inngikk i vaksinen.

Se også [Nasjonal oppfølging av HPV-vaksinasjonsprogrammet - FHI](#) og [Overvåking av HPV i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer \(MSIS\) - FHI](#).

4.4.3 Nasjonal referansefunksjon for humant papillomavirus (HPV)

Den nasjonale referansefunksjonen for HPV er tillagt Akershus universitetssykehus. Ansvar for HPV-analyse i vevsprøver ligger til referansefunksjonen. Referanselaboratoriet melder analysesvar til MSIS.

4.5 Kikhoste (Pertussis)

Kikhoste skyldes bakterien *Bordetella pertussis*. Sykdommen gir luftveisinfeksjon med kraftige hosteanfall i alle aldre, men er alvorligst hos spedbarn i første leveår (særlig første seks måneder) som også kan dø av infeksjonen grunnet komplikasjoner som pneumoni, pustestans og encefalopati (hjerneskode). Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

4.5.1 Vaksine i program

I barnevaksinasjonsprogrammet benyttes kun kombinasjonsvaksiner som inneholder acellulær kikhostevaksine med rensede antigener. Alle vaksinene er ikke-levende. Spedbarn regnes som beskyttet mot alvorlig forløp av kikhoste fra 14 dager etter andre vaksinedose. Deretter kreves booster doser for å opprettholde beskyttelse, den første ved 12-månedersalder. Det er svært viktig at de første to dosene gis ved anbefalt alder for tidligst mulig beskyttelse. Premature barn har økt risiko for alvorlig kikhostesykdom, og får derfor tilbud om en ekstra vaksinedose

ved 6-8 ukers alder. Ved fullført grunnvaksinering i første leveår vil rundt 85 % være beskyttet mot klassisk kikhoste. Varighet av beskyttelsen varierer, men er vanligvis mellom 3 og 10 år. Det gis derfor oppfriskningsdoser til barn i skolealder i 2. og 10.klasse, for å hindre sykdom hos eldre barn og begrense smittespredning.

Barnevaksinasjonsprogrammet omfatter også fra 2024 kikhostevaksinasjon av gravide for å beskytte spedbarn i tiden fra fødsel og frem til første vaksinedose. Vaksinen gis som kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste. Vaksinasjon av gravide mot kikhoste er innført i mange land som et effektivt tiltak for å beskytte spedbarn (24). I Norge anbefales vaksinen i svangerskapsuke 24, men kan også gis senere og helt frem til fødsel. Dersom vaksinen gis innen to uker før fødsel, kan barnet ikke regnes som beskyttet da det ikke er tilstrekkelig tid for overføring av kikhosteantistoffer fra mor til barn. Vaksinen anbefales i hvert svangerskap.

Vaksiner benyttet i 2025:

- Grunnvaksinering med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, Hib og hepatitt B (Infanrix hexa) ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Ekstra dose til premature født før uke 32 ved 6-8 ukers alder.
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Tetravac) ved 7 års alder (2. klasse).
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Repevax) ved 15 års alder (10. klasse).
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste (Boostrix) til gravide kvinner i svangerskapsuke 24 for å beskytte spedbarn mot kikhoste.

Vaksinene inneholder to (Tetravac), tre (Infanrix hexa og Boostrix) eller fem (Repevax) antigenkomponenter fra kikhostebakterien.

Vaksinasjonsdekning for kikhostevaksine 2025:

- 2-åringer: 96 %
- 9-åringer: 95 %
- 16-åringer: 93 %
- Gravide kvinner som fødte i 2025: 84 %

4.5.2 *Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus*

Kikhoste er den hyppigst forekommende vaksineforebyggbare sykdommen det vaksineres mot i barnevaksinasjonsprogrammet. Meldte tilfeller i årene 2014–2019 var mellom 1904 og 3032 per år, tilsvarende en insidens på 36,9–54,9 per 100 000 personer. Under koronapandemien var det et betydelig fall i meldte kikhostetilfeller, med kun 39 og 44 tilfeller meldt i henholdsvis 2021 og 2022. Dette skyldes at smitteverntiltakene hadde innvirkning på alle luftveissykdommer, inkludert kikhoste (25).

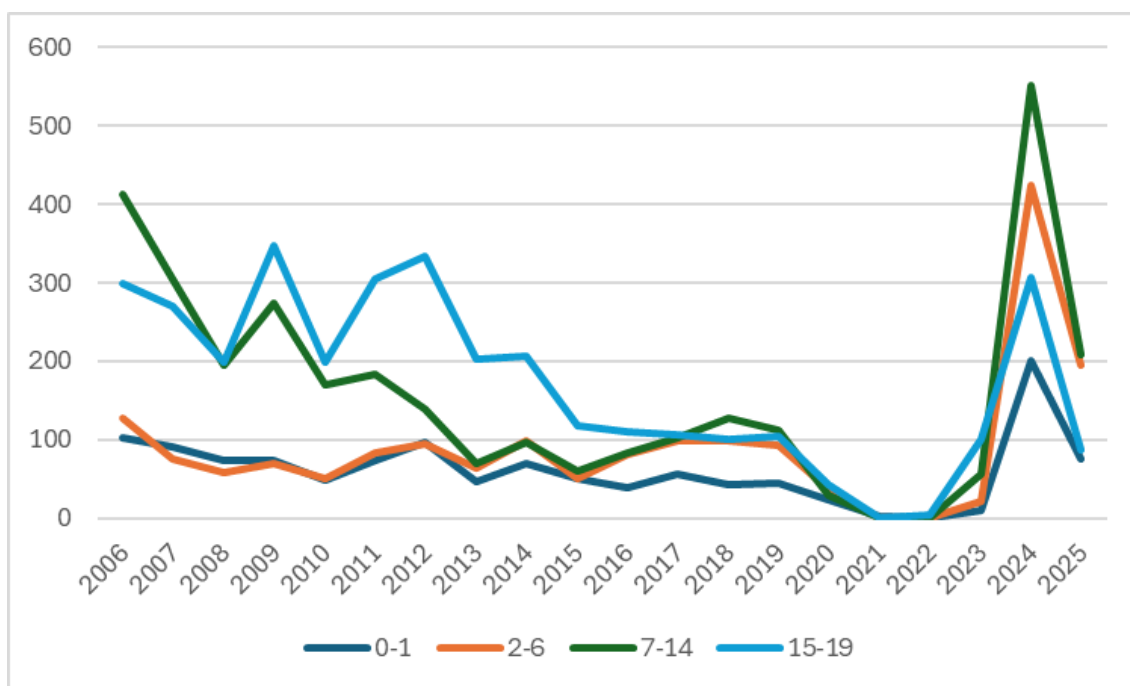
Koronarestriksjonene påvirket sannsynligvis immuniteten mot kikhoste i befolkningen, og etter pandemien kom det som forventet et utbrudd av kikhoste i 2023/2024. Nasjonale utbrudd ble

meldt i de fleste europeiske land i denne perioden (26). I Norge ble det i 2024 meldt det høyeste antallet tilfeller med kikhoste siden moderniseringen av meldingskriteriene til MSIS på 1990-tallet, med totalt 10 209 tilfeller (186 per 100 000). I 2025 har antall meldte tilfeller avtatt, men lå fortsatt på et høyere nivå enn de siste årene før pandemien. Dette kan skyldes tilfeller knyttet til utbruddet i 2024, der toppen var i oktober 2024, men noe kan sannsynligvis også tilskrives høyere testaktivitet der kikhoste påvises i større grad også ved milde symptomer (27).

Tabell 7. Meldte tilfeller av kikhoste i Norge 2016-2025 etter aldersgrupper

Aldersgruppe	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-1 år	45	66	49	50	24	2	0	11	211	81
2-6 år	256	306	306	286	113	3	1	26	1223	551
7-14 år	417	513	654	576	153	2	2	289	2852	1062
15-19 år	360	346	324	333	135	2	13	324	1024	293
>20 år	1130	1194	1144	1289	386	30	28	516	4889	1986
Totalt	2208	2425	2477	2534	812	39	44	1201	10209	3973

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).



Figur 10. Meldte tilfeller per 100 000 av kikhoste hos personer under 20 år i Norge 2006-2025 etter diagnoseår og aldersgrupper. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Barn under 1 år som får påvist kikhoste har høyest risiko for å bli innlagt på sykehus, og i årene 2010–2019 ble 36–51 % innlagt i sykehus av totalt 27–81 tilfeller (gjennomsnitt 74,8 per 100 000). Barn under 1 år utgjør normalt en stor andel av totalt antall innlagte for kikhoste. I 2025 ble 117 personer i alle aldre innlagt med kikhoste, og 17 av disse var barn 0–1 år (Tabell 8). Av de 56 meldte tilfeller hos barn under 1 år, ble 14 innlagt på sykehus (25 %).

Tabell 8. Sykehusinnleggelser og meldte dødsfall knyttet til kikhoste i Norge 2016-2025

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sykehusinnleggelser	84	95	86	101	29	11	4	35	230	117
- hvorav ≤ 2 år	11	22	14	15	1	2	0	3	37	17
Meldte dødsfall	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

FHI kobler opplysninger om kikhoste i MSIS med vaksinasjonsregisteret SYSVAK for alle meldte kikhostetilfeller under 2 år for å avdekke om innlagte barn i denne alderen har blitt vaksinert i henhold til vaksinasjonsprogrammet. Blant de 17 barna under 2 år gamle som ble innlagt på sykehus i 2025, var 10 under 6 måneder gamle ved innleggelse; 6 var uvaksinerte og i alder før første vaksinedose, mens de resterende 4 hadde fått første vaksinedose, men var under alder for andre dose. De øvrige 7 innlagte barna i 2025 var eldre enn 6 måneder. Av disse var to uvaksinerte, tre hadde fått to doser og én hadde fått tre doser. Det foreligger ikke opplysninger om mors vaksinasjonsstatus for barna som ble innlagt. Dette vil bli fulgt opp med kobling av opplysninger om mor og barn fra helseregistrene i egne undersøkelser. Det ble ikke meldt om dødsfall som følge av kikhoste i 2025.

4.5.3 Nasjonal referansefunksjon for kikhoste

Laboratoriepåvisning av kikhoste-bakterien gjøres hovedsakelig med PCR. Serologi benyttes til en viss grad for diagnose sent i sykdomsforløpet, men brukes i liten grad hos barn. I 2025 ble PCR benyttet som diagnostisk metode for 3725 (93,8 %) av de 3973 meldte tilfellene, mens antistoffpåvisning ble benyttet for 103 (2,6 %) tilfeller. Kun ett tilfelle ble meldt etter påvisning ved dyrkning, og 7 meldte tilfeller hadde ikke oppgitt metode for påvisning i MSIS.

Flere kliniske laboratorier benytter målgener i sine PCR-er som påviser *B. pertussis* med stor utsagnsverdi. Noen laboratorier har imidlertid en noe mindre presis PCR som ikke skiller *B. pertussis* fra *B. holmesii*, som kan gi et lignende sykdomsbilde. Referanselaboratoriet mottar prøver fra flere av disse laboratoriene for dyrkning og identifikasjon. I 2025 ble det mottatt 542 PCR-positive prøver ved referanselaboratoriet, en betydelig reduksjon fra 2641 prøver under utbruddet i 2024. 145 av disse ble dyrkningspositive og kun to isolater identifisert som *B. holmesii*, de resterende ble identifisert til *B. pertussis*. Funn av andre arter enn *B. pertussis* meldes til MSIS for korrigerings.

4.6 Kusma

Kusma (parotitis epidemica) forårsakes av parotittvirus. Det er vanligvis en mild barnesykdom som kjennetegnes av hevelse i ørespyttkjertelen (glandula parotis) og andre spyttkjertler. Også andre organer kan rammes og alvorlige, men sjeldne tilstander som blant annet orkitt, meningitt, encefalitt og døvhet forekommer. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

4.6.1 Vaksine i program

Kusmavaksine tilbys i programmet som kombinasjonsvaksine mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR-vaksine). Vaksinen består av levende, svekket virus. Vaksinen gir over 90 % beskyttelse etter én dose. For langvarig beskyttelse trengs to doser. Vaksinen gir ikke full beskyttelse livet ut for alle undertyper av kusmaviruset, og det er holdepunkter for at

varigheten av beskyttelse generelt er kortere for kuma enn for meslinger og rubella som gis samtidig i kombinasjonsvaksinen.

I 2025 ble MMR-vaksinen M-M-RVaxPro benyttet i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen gis som én dose ved 15 måneders alder og én dose ved 11 års alder (6. klasse). MMR-vaksine (Priorix) ble tilbudt dersom enkelte ikke ønsket M-M-RVaxPro på grunn av gelatininnholdet.

Vaksinasjonsdekning for kusmavaksine i 2025:

- 2-åringer: 96 %
- 9-åringer: 97 %
- 16-åringer: 95 %

4.6.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Tabell 9. Meldte tilfeller av kuma i Norge 2016–2025 etter diagnoseår

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Meldte tilfeller	83	18	11	20	9	4	8	3	14	10

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

I 2025 ble det meldt 10 tilfeller av kuma til MSIS. Alle var laboratoriebekreftet. Med unntak av 2015–2016 da det var et utbrudd blant studenter, har antallet kusmatilfeller stort sett ligget mellom 0–20 per år de siste 40 årene.

Tre av de 10 meldte tilfellene var registrert med vaksinasjon i SYSVAK. Av syv som hadde registrert smittested i MSIS, er tre oppgitt som smittet i Norge.

4.6.3 Nasjonal referansefunksjon for kuma

Diagnostikk for kuma utføres ved referanselaboratoriet på FHI og flere av landets laboratorier. Positive tilfeller skal sendes til referanselaboratoriet for verifisering. Ved referanselaboratoriet ble det i 2025 undersøkt prøver fra 66 pasienter på klinisk mistanke om kuma.

Totalt 10 tilfeller ble meldt MSIS i 2025, alle laboratoriebekreftet, se tabell 9. Av de 10 tilfellene er fem bekreftet med PCR og FHI har mottatt og genotypet tre av disse, til genotype G ($n=1$) og genotype C ($n=2$). Fem tilfeller er meldt basert på serologi alene, og FHI har mottatt og bekreftet tre av disse.

4.7 Meslinger

Meslinger skyldes meslingvirus og er den mest smittsomme infeksjonssykdommen vi kjenner og den alvorligste av de klassiske barnesykdommene. Sykdommen påvirker immunforsvaret, gir stor risiko for ettersykdommer som otitt, diaré, bronkitt og pneumoni, og kan en sjelden gang føre til dødsfall eller varig hjerneskade. Dødsfall skyldes oftest pneumoni eller encefalitt. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

Minst 95 % vaksinasjonsdekning er nødvendig for å stanse spredning av meslinger i en befolkning. Covid-19-pandemien førte til forsinkelser i barnevaksinasjon og begrenset

sykdomsovervåking i mange land på grunn av økt belastning på helsevesenet og omprioritering av ressurser. I løpet av pandemien så man en kraftig nedgang i antall meslingtilfeller globalt, antagelig mest på grunn av smitteverntiltakene. Siden har forekomsten av meslinger økt i mange land, også sammenliknet med tiden før pandemien. Det er bekymringsfullt at vaksinasjonsdekningen har falt flere steder, også i land som tidligere har eliminert meslinger.

Alle WHO's regioner har som mål å eliminere endemiske tilfeller av meslinger. Norge har oppfylt kriteriene for eliminasjon siden 2012. Se mer i kapittel 8.

4.7.1 Vaksine i program

Vaksine mot meslinger gis som kombinasjonsvaksine mot meslinger, kuma og røde hunder (MMR-vaksine). Vaksinen består av levende, svekkete virus. Vaksinasjon med én dose ved alder 15 måneder gir beskyttelse mot meslinger hos ca. 95 %. I barnevaksinasjonsprogrammet anbefales andre dose med meslingeholdig vaksine først og fremst for å immunisere de 5 % som av forskjellige grunner ikke responderte med antistoffdannelse etter første dose, men dosen kan også fungere som en oppfriskningsvaksinasjon til de som responderte.

I 2025 ble MMR-vaksinen M-M-RVaxPro benyttet i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen gis som én dose ved 15 måneders alder og én dose ved 11 års alder (6. klassetrinn). MMR-vaksine (Priorix) ble tilbudt dersom enkelte ikke ønsket M-M-RVaxPro på grunn av gelatininnholdet.

Vaksinasjonsdekning for meslingvaksine i 2025:

- 2-åringer: 96 %
- 9-åringer: 97 %
- 16-åringer: 95 %

4.7.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Tabell 10. Meldte tilfeller av meslinger i Norge 2016-2025 etter diagnoseår

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Meldte tilfeller	0	1	12	18	4	0	1	2	10	4

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

I 2025 ble fire meslingtilfeller meldt til MSIS. Alle tilfellene var knyttet til smitte i utlandet. To av tilfellene var enkelttilfeller mens to tilfeller var relatert til hverandre. To av tilfellene var hos personer under 18 år.

4.7.3 Nasjonal referansefunksjon for meslinger

Ved referanselaboratoriet ble det i 2025 undersøkt prøver fra 40 pasienter hvor indikasjonen var klinisk mistanke om meslinger eller utredning av utslett/feber. Fire tilfeller ble laboratoriebekreftet og meldt til MSIS, nærmere beskrevet over. To tilfeller ble genotypet til D8 og to tilfeller til B3.

4.8 Pneumokokksykdom

Pneumokokker (*Streptococcus pneumoniae*) hører til menneskets normalflora, og kan finnes i nasofarynx hos friske personer, spesielt hos barn. Det finnes mer enn 100 ulike pneumokokk-serotyper og vaksine beskytter mot et utvalg av disse.

Barn og personer med nedsatt immunforsvar, enten på grunn av alder eller immunsvekkelse av andre årsaker, er mer utsatt for å bli syke av pneumokokker enn andre. Pneumokokker kan gi alvorlig systemisk sykdom som blodforgiftning og hjernehinnebetennelse, men er også en vanlig årsak til mindre alvorlige infeksjoner. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhåndboka](#) på fhi.no.

4.8.1 Vaksine i program

Pneumokokkvaksinen som tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet er en konjugatvaksine. Den inneholder polysakkarid fra ulike pneumokokktyper (serotyper) konjugert til bærerprotein. Det er en ikke-levende vaksine.

Siden 2011 har 13-valent pneumokokkvaksine (PKV13 – Prevenar13) vært benyttet i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen beskytter mot serotypene 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F og 23F. Oppfølgingsstudier av PKV13 i vaksinasjonsprogram viser 89 % beskyttelse mot invasiv sykdom forårsaket av PKV13 serotyper for fullvaksinerte barn (28, 29). Vaksinen beskytter også mot otitis media hos barn (30).

Det er også vist indirekte effekt av pneumokokkvaksine i vaksinasjonsprogrammet. Sykdom forårsaket av serotypene som inngår i vaksinen har gått ned også i aldersgrupper som ikke omfattes av vaksinasjon. Dette tyder på flokkbeskyttelse ved at de vaksinerte sprer smitte i langt mindre grad enn de samme aldersgruppene gjorde tidligere.

Pneumokokkvaksinen tilbys ved 3-, 5- og 12-måneders alder.

Vaksinasjonsdekningen for pneumokokkvaksine i 2025:

- 2-åringer: 95 %

4.8.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Tabell 11. Meldte tilfeller av systemisk pneumokokksykdom (alle serotyper) i Norge 2016-2025 etter aldersgruppe

Aldersgruppe	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Under 5 år	26	14	20	30	12	21	34	24	27	29
5 år og over	573	546	553	569	283	297	504	589	609	767
Totalt	599	560	573	599	295	318	538	613	636	796

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

I perioden 2016–2019 varierte antallet meldte tilfeller med systemisk pneumokokksykdom mellom 550 og 600 tilfeller årlig (Tabell 11). I 2020 og 2021 falt antallet meldte tilfeller betraktelig i alle aldersgrupper som følge av smittevernstriksjoner under covid-19-pandemien. I aldersgruppen under 5 år har antallet per år ligget relativt stabilt etter pandemien, rundt samme nivå som i 2019.

Som en del av oppfølgingen av barnevaksinasjonsprogrammet blir alle tilfeller med systemisk pneumokokksykdom hos barn fulgt opp og eventuell vaksinesvikt avdekket. For barn som følger programmet og vaksineres i første leveår, defineres vaksinesvikt som et tilfelle der barnet blir sykt med systemisk pneumokokksykdom forårsaket av en serotype som inngår i vaksinen mer enn to uker etter andre dose, eller etter å ha blitt fullvaksinert med tre doser med riktige intervaller.

I 2025 ble det meldt om invasiv pneumokokksykdom hos 29 barn yngre enn fem år, og serotype var kjent for 26 av tilfellene. Blant de 29 tilfellene var 20 barn yngre enn 2 år, hvorav seks var yngre enn ett år. Seks av tilfellene under 5 år var forårsaket av serotyper som inngår i den 13-valente vaksinen, fire med serotype 3, én med serotype 19F og én med 18C. Av disse seks blir fire regnet som vaksinesvikt, tre med serotype 3 og én med serotype 19F. Tre av tilfellene med vaksinesvikt var fullvaksinert med tre doser, mens ett av tilfellene hadde fått to doser, men ikke nådd alder for tredje dose. De to andre ble syke med serotype 3 og 18C før de hadde fått første vaksinedose. De øvrige 20 tilfellene hvor serotype var kjent var forårsaket av 13 ulike serotyper som ikke inngår i vaksinen.

Tabell 12. Barn yngre enn fem år med vaksinesvikt etter pneumokokk konjugatvaksine i perioden 2011-2025 (PKV13-vaksine*)

Serotype	3	6A	6B	9V	18C	19A	19F	23F	Totalt
Antall (2011-2025)	15	1	0	0	1	8	3	1	29

* Siden 2011 har den 13-valente vaksinen vært i bruk, vaksinen inkluderer beskyttelse mot serotypene 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F.

4.8.3 Nasjonal referansefunksjon for pneumokokker

Laboratoriet ved FHI mottar pneumokokkisolater fra pasienter med systemisk pneumokokksykdom. I 2025 ble det totalt meldt 796 tilfeller av systemisk pneumokokksykdom til MSIS, og serotyperesultat foreligger for alle unntatt 25 (3,1 %) av disse tilfellene. Disse 25 tilfellene er meldt til MSIS, men dyrkning har ikke vært vellykket, bakterieisolatet er ikke sendt FHI, eller isolatet har ikke latt seg typebestemme.

De fem hyppigst forekommende serotypene i 2025 var 8, 22F, 3, 9N og 38. Disse typene utgjorde 442 (55,5 %) av alle tilfeller. Særlig serotypene 3, 22F, 8 og 9N har dominert de siste årene.

Referanselaboratoriet utfører serologiske analyser for antistoffer mot pneumokokk-polysakkarid som ledd i vaksinasjonsrådgivning. Metoden bruker den 23-valent pneumokokk-polysakkaridvaksinen (PPV23) som antigen, og kan si noe om samlet antistoffnivå mot disse 23 serotypene. Analysen kan ikke si noe om antistoffnivå mot enkelt-serotyper. I 2025 ble 220 prøver fra 206 pasienter analysert for IgG-antistoffer mot pneumokokker. Det har vært en jevn nedgang i mottatte prøver de siste årene. Vinteren 2022/23 ble vaksinasjonshåndboka oppdatert med nye vurderinger rundt tidsintervall for vaksinasjon og behov for antistoffmålinger, og dette kan ha hatt en innvirkning på antall prøver som sendes inn.

4.9 Poliomyelitt

Poliomyelitt (polio) forårsakes av poliovirus type 1, 2 eller 3. De fleste tilfellene forløper med lette symptomer som feber, snue, muskelsmerter eller kvalme og oppkast. Hos noen få personer opptrer alvorligere sykdom med hjernehinnebetennelse og/eller lammelser, og hos 1 av 200 blir lammelsene varige. På begynnelsen av 1950-tallet var det store polioepidemier i Norge, i 1951 med over 2000 tilfeller av lammelser og/eller hjernehinnebetennelse, og blant disse var det en dødelighet på ca. 10 %. Det har ikke forekommet poliosmitte i Norge siden 1969, og det siste importerte tilfellet var i 1992. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

Verdens helseorganisasjon (WHO) etablerte i 1988 et mål om å utrydde (eradikere) poliovirus på verdensbasis innen årtusenskiftet. Selv om dette målet fortsatt ikke er nådd globalt, har verden kommet et godt stykke nærmere utryddelse. WHO's Europaregion ble erklært poliofritt i 2002, og på verdensbasis er poliovirus type 2 og 3 utryddet. Se mer i kapittel 8.

4.9.1 Vaksine i program

Poliovaksinen som tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet er den inaktiverte poliovaksinen (IPV). Vaksinen inneholder komponenter fra alle de tre typene poliovirus som kan gi sykdom hos mennesker. Vaksinen er ikke-levende.

Vaksinen tilbys i ulike kombinasjonsvaksiner til grunnvaksinasjon og oppfriskningsvaksinasjon. I 2025 ble barn og ungdom tilbudt følgende poliovaksiner gjennom programmet:

- Grunnvaksinering med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, Hib og hepatitt B (Infanrix hexa) ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Ekstra dose til premature født før uke 32 ved 6-8 ukers alder.
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Tetravac) ved 7 års alder (2. klasse).
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Repevax) ved 15 års alder (10. klasse).

Vaksinasjonsdekning for poliovaksine i 2025:

- 2-åringer: 96 %
- 9-åringer: 94 %
- 16-åringer: 93 %

4.9.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Det var ingen meldte tilfeller av poliomyelitt i 2025.

4.9.3 Nasjonal referansefunksjon for poliomyelitt

Som et ledd i WHO's strategi for å utrydde poliomyelitt på verdensbasis har Norge vedtatt en [handlingsplan](#) for å opprettholde Norge fritt for poliovirus og for håndtering av eventuelle utbrudd av polio.

En del av overvåkingen som er vedtatt i handlingsplanen, er å melde alle tilfeller av akutte slappe lammelser (acute flaccid paralysis, AFP) hos barn under 15 år til FHI. Akutte slappe lammelser kan skyldes poliovirus (poliomyelitt), men oftest andre sykdommer som for

eksempel Guillain-Barré syndrom. Rask varsling og utredning av disse tilfellene er en viktig del av beredskapen mot poliomyelitt, se [Polio-overvåking i Norge: innsending av prøver ved akutte, slappe lammelser](#) (FHI).

I 2025 ble det meldt 12 tilfeller av akutte slappe lammelser blant barn under 15 år til FHI. Dette er flere enn foregående år, noe som trolig skyldes økt oppmerksomhet rundt meldingsordningen for akutte slappe lammelser (AFP-overvåkingen). Antall meldte AFP-tilfeller for 2025 er over ønsket mål for overvåking (1 meldt tilfelle per 100 000 barn < 15 år) som er satt for sikre at overvåkingen er tilstrekkelig god.

Blant de meldte AFP-tilfellene i 2025 var alle unntatt ett tilfellerregistrert som vaksinert i henhold til alder og program i SYSVAK. Alle meldte tilfeller fikk undersøkt minst én avføringsprøve for poliovirus, og alle prøver var negative for poliovirus.

Polioviruset er en undergruppe av enterovirus. Derfor overvåkes også enterovirus i Norge. Som ledd i den generelle enterovirusovervåkingen ble det undersøkt 213 prøver, hvorfra det hos 120 prøver ble gjort virusdyrkning i fæcesprøver og 155 prøver ble forsøkt virustypet ved sekvensering. Det ble ikke påvist poliovirus i noen av prøvene.

4.10 Rotavirus

Rotavirus er en vanlig årsak til akutt gastroenteritt hos spedbarn og småbarn over hele verden. Tidligere gjennomgikk praktisk talt alle barn en eller flere rotavirusinfeksjoner med gastroenteritt før femårsalder. Før innføring av rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet ble årlig bortimot 2000 barn under 5 år henvist sykehus pga. rotavirussykdom. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

4.10.1 Vaksine i program

Vaksinen mot rotavirussykdom består av levende, svekket rotavirus. Etter fullvaksinering gir vaksinene tilgjengelig i Norge mellom 86–96 % beskyttelse mot alvorlig rotavirusdiaré. Allerede etter første vaksinedose oppnås betydelig beskyttelse.

Siden innføring av rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet i 2014 er det vaksinen Rotarix som har vært benyttet. Den består av levende, svekket rotavirus genotype G1P[8]. Formuleringen er en suspensjon og gis i munnen.

Vaksinasjon med Rotarix består av to doser. I barnevaksinasjonsprogrammet blir første dose gitt ved 6-ukersalder (ikke senere enn 12-ukersalder) og andre dose ved 3-månedersalder (senest ved 16-ukersalder).

Vaksinasjonsdekning for rotavirusvaksine i 2025:

- 2-åringer: 95 %

Vaksinasjonsdekningen for rotavirus i det norske barnevaksinasjonsprogrammet er høy til tross for strenge aldersrestriksjoner, der andre dose ikke skal gis etter 16-ukersalder.

4.10.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Rotavirusinfeksjon har vært meldingspliktig til MSIS siden 1. januar 2019.

Tabell 13. Meldte tilfeller av rotavirusinfeksjon 2019-2025 etter aldersgruppe og diagnoseår

Aldersgruppe	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Under ett år	134	123	102	145	195	167	147
1 – 4 år	110	63	27	218	240	222	130
5 – 9 år	20	16	4	86	113	143	69
10 – 19 år	7	12	6	44	64	58	59
20 – 59 år	128	64	21	164	223	261	222
60 år og eldre	58	25	21	86	104	163	136
Totalt	457	303	181	743	939	1014	763

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

I 2025 ble det meldt 763 tilfeller av rotavirus til MSIS. Av disse, var 277 (36 %) under fem år gamle, hvorav 115 (42 %) innlagt på sykehus. 147 (19 %) var under ett år og 57 (39 %) av disse var innlagt. Sannsynligvis er et betydelig antall rotavirustilfeller, spesielt de over fem år, ikke i kontakt med helsetjenesten og dermed heller ikke diagnostisert og meldt til MSIS.

142 (97 %) av de 147 rapporterte tilfellene under ett år var vaksinert med minst én dose rotavirusvaksine. Vaksinevirus kan utskilles i avføring i flere uker etter vaksinasjon og rotavirus-PCR kan da ofte være positiv. 82 (56 %) av de meldte tilfellene under ett år var vaksinert i løpet av de siste fire ukene før prøvedato, og er med stor sannsynlighet vaksinerelatert. 43 av tilfellene under ett år ble testet med vaksinstammespesifikk PCR, hvorav 36 var positive for vaksinevirus. Vaksinstammespesifikk PCR bør utføres ved mistanke om vaksinevirus.

4.10.3 Nasjonal referansefunksjon for rotavirus

Nasjonal referansefunksjon for rotavirus ligger ved FHI, og har ansvar for å overvåke forekomst og genotypedistribusjon av rotavirus som sirkulerer i befolkningen. Overvåkningsprøvene består av månedlig innsending av et tilfeldig utvalg av positive pasientprøver (fæces eller rektalpensel) etter avtale med enkelte av landets mikrobiologiske laboratorier. I tillegg kan laboratoriet påvise vaksinevirus hos pasienter der dette mistenkes, denne undersøkelsen utføres også ved St. Olavs hospital. Alle prøvene referanselaboratoriet mottar undersøkes med en vaksinstamme-PCR.

I 2025 ble det påvist totalt 36 tilfeller med vaksinstamme (analysert ved FHI og/eller St. Olavs hospital). Over 80 % av rotavirusprøvene fra barn under 6 måneder analysert for vaksinstamme i 2025 var vaksinevirus. Det anbefales at alle barn under 6 måneder med positive rotavirusprøver undersøkes med en vaksinstamme-PCR, på landsbasis ble dette utført for ca. 29 % av tilfellene i 2025.

Det finnes potensielt mange ulike genotyper av rotavirus, men i praksis er det et begrenset antall som sirkulerer. Hvilke genotyper som sirkulerer har endret seg mye siden innføring av vaksine, og varierer mellom land, men de siste årene har det vært en stor dominans av G3P[8] i europeiske land, inkludert Norge.

4.11 Røde hunder (Rubella)

Røde hunder (rubella) skyldes rubellaviruset og er vanligvis en mild barnesykdom som gir utslett. Hos gravide kan rubella medføre abort og alvorlige fosterskader. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

WHOs Europaregion har som mål å eliminere endemiske tilfeller av rubella. Norge har oppfylt kriteriene for eliminasjon siden 2012. Se mer i kapittel 8.

4.11.1 Vaksine i program

Rubellavaksinen består av levende, svekket rubellavirus. Den inngår som en komponent i MMR-vaksinen. Vaksinen gir over 95 % beskyttelse mot rubella etter én dose ved alder 12 måneder eller senere. Rubella er mindre smittomt enn meslinger og beskyttelsen etter én vaksinedose er bedre enn for de to andre komponentene. Derfor anbefales andre MMR-dose vesentlig for å øke beskyttelsen mot meslinger og kuma. Selv etter to doser med rubellavaksine, vil rubellaantistoffnivået reduseres med tiden, men det er likevel ikke sett utbrudd av rubella i immuniserte befolkningsgrupper.

I 2025 ble MMR-vaksinen M-M-RVaxPro benyttet i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen gis som én dose ved 15 måneders alder og én dose ved 11 års alder (6. klasse). MMR-vaksine (Priorix) ble tilbudt dersom enkelte ikke ønsket M-M-RVaxPro på grunn av gelatininnholdet.

Vaksinasjonsdekning for rubellavaksine i 2025:

- 2-åringer: 96 %
- 9-åringer: 97 %
- 16-åringer: 95 %

4.11.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Tabell 14. Meldte tilfeller av rubella i Norge 2016-2025 etter diagnoseår

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Meldte tilfeller	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

Det var ingen meldte tilfeller av rubella til MSIS i 2025.

4.11.3 Nasjonal referansefunksjon for røde hunder

Ved referanselaboratoriet ble det i 2025 undersøkt prøver fra 18 pasienter med utslett og feber, 31 gravide i forbindelse med TORCH-utredning (undersøkelse for toxoplasmose, rubella, cytomegalovirus og herpes simplex) og to nyfødte ifm. utredning av kongenital rubellainfeksjon. Det ble ikke påvist rubella hos noen av disse pasientene.

4.12 Stivkrampe (Tetanus)

Tetanus (stivkrampe) skyldes toksin fra bakterien *Clostridium tetani*. Bakterien finnes utbredt i naturen (øvre del av jordsmonnet) og i tarmkanalen hos en rekke dyr. Bakteriesporer kan komme inn i kroppen gjennom forurenset sår. Sykdommen gir muskelstivhet og spasmer, og har høy dødelighet selv med behandling. Les mer i [vaksinasjonshåndboka](#) og [smittevernhandboka](#) på fhi.no.

4.12.1 Vaksine i program

Stivkrampevaksinen består av rensert og avgiftet toksin; tetanustoksoid. Det er en ikke-levende vaksine. Etter basisvaksinasjon med 3 doser gitt med riktige intervall får nesten alle de vaksinerte beskyttende antistoffer som varer i 5–10 år. Vaksiner benyttet i programmet i 2025:

- Grunnvaksinering med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste, polio, Hib og hepatitt B (Infanrix hexa) ved 3-, 5- og 12-måneders alder. Ekstra dose til premature født før uke 32 ved 6-8 ukers alder.
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Tetravac) ved 7 års alder (2. klasse).
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio (Repevax) ved 15 års alder (10. klasse).
- Oppfriskningsdose med kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste (Boostrix) til gravide kvinner i svangerskapsuke 24 for å beskytte spedbarn mot kikhoste. Se kapittel 4.5 om kikhoste.

Vaksinasjonsdekning for stivkrampevaksine i 2025:

- 2-åringer: 96 %
- 9-åringer: 95 %
- 16-åringer: 93 %

4.12.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

Tabell 15. Meldte tilfeller av stivkrampe (tetanus) i Norge 2016-2025 etter diagnoseår

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Meldte tilfeller	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Det ble ikke meldt tilfeller av tetanus til MSIS i 2025.

4.12.3 Laboratorieanalyser

Det finnes ikke noe laboratorium som er tildelt nasjonal referansefunksjon for *Clostridium tetani*. Laboratoriet på FHI har fra 1. januar 2024 avvirket tilbudet om serologiske analyser av tetanusantistoff. Analysen vil fremover tilbys ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin ved Haukeland universitetssjukehus, se informasjon i [Analyseoversikten](#), Helse Bergen.

4.13 Tuberkulose

Nesten alle tuberkulose-infeksjoner i Norge er forårsaket av arten *Mycobacterium tuberculosis* i *Mycobacterium tuberculosis*-komplekset. Kun ca. 5–10 % av de som blir smittet av tuberkulose vil utvikle sykdom i løpet av livet. Sykdommen kan ramme alle organer, men lungetuberkulose er vanligst. Tuberkulose er den infeksjonssykdommen som tar flest liv på verdensbasis. Les mer i [smittevernhandboka](#), [vaksinasjonshåndboka](#) og [temasidene om tuberkulose](#) på fhi.no.

4.13.1 Vaksine i program

Vaksinen mot tuberkulose er en suspensjon av Bacille Calmette-Guérin, som er en levende, svekket stamme av *Mycobacterium bovis* (tuberkulosebakterier fra kveg). Beskyttelsen inntretr

6–12 uker etter vaksinasjon. Den viktigste effekten av vaksinen er å beskytte de minste barna mot de mest alvorlige formene for tuberkulose. Vaksinen er mindre effektiv når det gjelder å forhindre lungetuberkulose hos eldre barn og voksne, og grad av beskyttelse avhenger blant annet av tidspunkt for vaksinerings. BCG-vaksine tilbys i dag i program kun til barn med én eller begge foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose. For disse barna anbefales vaksinasjon ved 6 ukers alder. Handelsnavnet på BCG-vaksinen som ble tilbudt i 2025 er BCG-vaksine AJVaccines.

I 2025 ble det registrert BCG-vaksinering av 10 333 personer i Norge (tabell 16). Langt de fleste av disse var barn under 12 måneder. Sammenholdt med fødselstall i Norge, betyr det at ca. 15 % av kullet ble BCG-vaksinert før de var ett år. Denne andelen har vært relativt stabil de siste årene.

Tabell 16. Antall BCG-vaksinerte i Norge etter alder og årstall for perioden 2016-2025

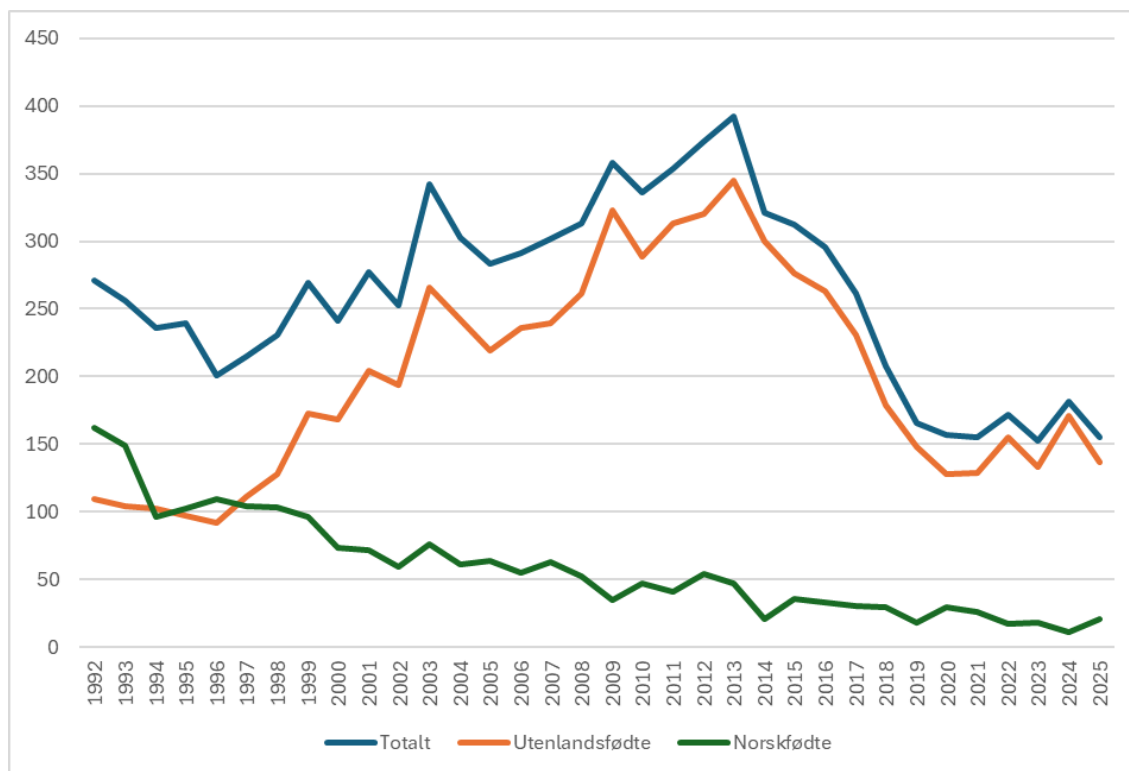
Alder	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-11 måneder	12518	12347	10842	10795	9601	8992	8530	7046	8249	7918
1-9 år	706	759	589	714	510	506	653	530	584	549
10-17 år	1143	1364	400	334	178	135	207	162	150	131
18-27 år	2662	3518	1812	1598	615	759	1807	2122	1636	1561
28 år og eldre	91	101	63	78	47	82	57	90	116	174
Totalt	17120	18089	13706	13519	10950	10472	11252	9950	10735	10333

Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister, SYSVAK.

4.13.2 Meldte tilfeller og vaksinasjonsstatus

I 2025 ble det meldt 155 tilfeller med aktiv tuberkulosesykdom i Norge (foreløpige tall). Dette tilsvarer en insidens på 3 per 100 000 innbyggere, som er én av de laveste insidensratene av tuberkulose i verden.

Figur 11 viser at antallet tuberkulosestilfeller har vært synkende de siste årene, og at variasjon i antallet utenlandsfødte med tuberkulose ser ut til å ha hatt liten påvirkning på den jevnt synkende forekomsten blant norskfødte. På den måten avspeiler variasjon i tuberkuloseforekomst fra år til år først og fremst endring i innvandringmønster.



Figur 11. Meldte tilfeller av tuberkulose etter fødested 1992-2025. Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Av de 155 personene som ble diagnostisert med tuberkulosesykdom i 2025 var 134 utenlandsfødte, de fleste fra land der BCG-vaksine anbefales til alle ved fødsel som en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Syv var registrert med BCG-vaksinasjon i SYSVAK (vaksinert i Norge), og ytterligere 22 oppgitt som BCG-vaksinert i MSIS (vaksinert i utlandet). Det vil si at minst 29 av de 155 var vaksinert med BCG. 21 av de 155 personene som ble diagnostisert med tuberkulose i 2025 var norskfødte. Ingen av disse var barn under 5 år.

Norskfødte med norskfødte foreldre gis ikke lenger tilbud om BCG-vaksinasjon i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Det er ikke registrert noen signifikant økning av tuberkulosesykdom blant uvaksinerte i denne gruppen (personer under 30 år) etter at endringen ble innført.

4.13.3 Nasjonal referansefunksjon for mykobakterier

Nasjonalt referanselaboratorium for mykobakterier (NRL) ved FHI mottar isolat tilhørende *M. tuberculosis*-komplekset fra landets laboratorier, for artsidentifikasjon, resistenspåvisning, slektskapsanalyse og stammebank. Mistanke om tuberkulosesykdom bør bekreftes ved påvisning av tuberkulosebakterier ved dyrkning, som gjøres ved 8 primærlaboratorier i Norge. Av de meldte tilfellene de siste årene er 80 % eller mer dyrkningsbekreftet, som er ønskelig for å kunne ha en representativ oversikt over tuberkulosesituasjonen i landet.

For å avdekke innenlands smitte og utbrudd av tuberkulose, blir det utført rutinemessig helgenomsekvensering og slektskapsanalyse av de mottatte isolatene. Det sammenlignes med tidligere mottatte isolat og epidemiologisk informasjon tas i betraktning.

Det gis årlig ut en rapport om tuberkulose i Norge, men den er foreløpig ikke publisert for 2025. Rapporten for 2024 finnes på fhi.no: [Tuberkulose i Norge 2024 – med behandlingsresultater for 2023: Årsrapport - FHI](#).

5 MELDINGER OM MISTENKTE VAKSINEBIVIRKNINGER

I det følgende oppsummeres meldinger om mistenkte bivirkninger innrapportert til Bivirkningsregisteret i 2025 etter vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet. Tabell 17 og 18 viser antall meldinger fordelt på vaksinetype og alvorlighetsklassifisering i perioden 2015-2025. Meldinger etter vaksinasjon mot kikhoste til gravide er omtalt separat i kapittel 5.2.

Mistanke om bivirkning er tilstrekkelig for å melde. Helsepersonell har meldeplikt for noen typer hendelser. Ettersom bivirkninger meldes på mistanke, betyr det ikke at det foreligger en direkte årsakssammenheng med vaksinasjon. Meldesystemet kan ikke brukes til å telle antall faktiske bivirkninger en vaccine kan gi. Det er viktigst å melde fra ved mistanke om nye, uventede eller alvorlige bivirkninger da dette bidrar til økt kunnskap om vaksinene.

Tallene for 2025 omfatter meldinger fra helsepersonell, innbyggere (pasienter og pårørende) og innehavere av markedsføringstillatelser (MT-innehavere), mens tidligere års tall kun inkluderer meldinger fra helsepersonell. Ved sammenligning over tid bør en ta hensyn til at datagrunnlaget er endret.

I 2025 er det en liten økning i antall mottatte meldinger. Dette skyldes økt rapporteringsaktivitet fra helsepersonell sammenlignet med tidligere år, samt inkluderingen av meldinger fra innbyggere og MT-innehavere. Økningen i andelen alvorlige meldinger omtales nærmere i kapittel 5.1.

Tabell 17. Totale antall meldinger om mistenkte bivirkninger etter vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet som er meldt til DMPs bivirkningsregister i perioden 2015-2025. Meldinger og antall doser etter vaksinasjon mot kikhoste til gravide er ikke inkludert

År	Antall doser administrert	Antall meldinger	Meldinger klassifisert som alvorlige (% av totalen)
2015	869 200	827 ^a	102 (12 %)
2016	863 743	417	56 (13 %)
2017	861 309	591 ^b	68 (11 %)
2018	850 104	413 ^{b,c}	67 (16 %)
2019	869 697	383 ^c	63 (16 %)
2020	843 241	329	37 (11 %)
2021	800 438	271	50 (18 %)
2022	826 365	221	31 (14 %)
2023	776 850	221	45 (20 %)
2024	823 505	147	33 (22 %)
2025 ^d	822 317	219 ^d	56 (26 %) ^d

Kilde: Nasjonalt vaksinasjonsregister, SYSVAK (FHI). Bivirkningsregisteret (DMP).

^a Utvidet overvåking innføring av Rotarix-vaksine oktober 2014 – september 2015

^b Utvidet overvåking innføring av Hexyon februar 2017 – februar 2018

^c Utvidet overvåking innføring av HPV-vaksine til gutter i 7. trinn august 2018 – juli 2019

^d Tallene for 2025 omfatter også meldinger fra innbyggere og MT-innehavere. Tallene før 2025 gjaldt kun meldinger fra helsepersonell

Helsepersonell utgjorde den største meldergruppen i 2025 med 87 % av meldingene. De fleste av disse meldingene kom fra sykepleiere og helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tabell 18. Antall meldinger om mistenkte bivirkninger etter vaksinasjon fordelt på vaksinetype som tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet i perioden 2015-2025. Meldinger etter vaksinasjon mot kikhoste til gravide er ikke inkludert

Antall meldinger på vaksine(r) mot:	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 ^a
Rotavirus*	388 ^b	142	190	86	74	77	49	39	41	32	60
Kombinasjonsvaksine mot DTP-polio-Hib*	171	127	68	11	-	-	-	-	-	-	< 5
Kombinasjonsvaksine mot DTP-polio-Hib-HepB*	-	-	213 ^c	83 ^c	85	74	67	42	64	32	56
Pneumokokk*	164	112	233	80	84	63	51	37	50	28	45
MMR	60	35	55	66	65	41	44	27	23	26	45
DTP-polio (gis normalt på 2. klasstrinn)	65	66	72	66	50	50	18	27	17	11	18
HPV	82	69	45	84 ^d	46 ^d	16	28	28	26	15	18
dTp-polio (gis normalt på 10. klasstrinn)	20	10	22	14	16	10	7	16	14	12	13
Tuberkulose (BCG)	50	36	46	36	61	84	67	45	43	21	22
Hepatitt B**	19	13	7	8	5	<5	<5	<5	<5	<5	-

Kilde: Bivirkningsregisteret (DMP).

Generell kommentar til tabell 18: En melding kan gjelde flere vaksiner gitt på samme konsultasjon og dermed er antall meldinger fordelt på vaksiner høyere enn det totale antall bivirkningsmeldinger mottatt det aktuelle året (tabell 17).

* Ved 3-, 5- og 12-mnd. kontroll gis disse vaksinene i kombinasjon og bivirkninger vil ofte registreres på alle vaksinene som er gitt samtidig

**Antall bivirkningsmeldinger på hepatitt B-vaksine, utenom seksvalent vaksine. Seksvalent vaksine med hepatitt-B ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2017

^a Tallene for 2025 omfatter også meldinger fra innbyggere og MT-innehavere. Tallene før 2025 gjaldt kun rapporter fra helsepersonell

^b Utvidet overvåking innføring av Rotarix-vaksine oktober 2014 – september 2015

^c Utvidet overvåking innføring av Hexyon-vaksine februar 2017 – februar 2018

^d Utvidet overvåking innføring av HPV-vaksine til gutter i 7. trinn august 2018 – juli 2019

For mer informasjon om hvordan vaksinesikkerhet overvåkes, se appendix A.4 om BIVAK.

5.1 Meldte mistenkte bivirkninger

De fleste meldingene i 2025 gjelder milde og kortvarige symptomer som anses kjente og lite alvorlige. De hyppigst rapporterte symptomene faller inn under kategorien «Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet». Dette omfatter typiske reaksjoner etter vaksinasjon, slik som feber, nedsatt allmenntilstand og ulike reaksjoner på stikkstedet.

Selv om meldingene kommer fra ulike kilder, vurderes de etter samme standard. Innholdet samt alvorlighetsklassifiseringen er i stor grad sammenfallende på tvers av kildene. Meldinger fra innbyggere omhandler særlig symptomer etter rotavirusvaksinasjon hos spedbarn, typisk endret avføring i ukene etter vaksinasjon. Dette er kjente bivirkninger etter rotavirusvaksinasjon. Helsepersonell melder om hendelser knyttet til en rekke ulike vaksiner gjennom hele barnevaksinasjonsprogrammet. Ved tvil om en hendelse utgjør en

kontraindikasjon mot senere vaksinasjon kan helsepersonell benytte meldesystemet for å få råd fra FHI om videre vaksinasjonsopplegg.

Det er flere årsaker til at en melding klassifiseres som alvorlig. Sykehusinnleggelse er den vanligste årsaken og utgjør halvparten av de alvorlige meldingene. Ofte legges barna inn til observasjon over natten og blir raskt friske igjen. Dette gjelder særlig spedbarn med feber, nedsatt allmenntilstand eller uklare årsaker til symptomene. Noen legges inn på mistanke om allergiske reaksjoner, selv om slike reaksjoner er sjeldne.

Den nest vanligste årsaken til at en melding klassifiseres som alvorlig er «andre medisinsk viktige hendelser». Dette omfatter symptomer som står oppført på det europeiske legemiddelverkets (EMA) liste over viktige medisinske hendelser (IME-listen), som for eksempel besvimelse, apné eller blod i avføringen. Slike hendelser klassifiseres alltid som alvorlige, uavhengig av hendelsesforløp eller årsakssammenheng.

I 2025 sees det en økning i antallet og andelen alvorlige meldinger. Økningen i det totale antallet skyldes hovedsakelig at flere rapporteringskilder er inkludert i statistikken. Den økte andelen alvorlige meldinger skyldes at det i 2025 er rapportert flere tilfeller av blod i avføringen etter rotavirusvaksinasjon. Blod i avføringen (hematochezi) er kjent og omtalt i preparatomtalen for rotavirusvaksinene. Meldinger om blod eller spor av blod i avføring klassifiseres alltid som alvorlige uavhengig av varighet og årsakssammenheng med vaksinen. Tilfellene som meldes varierer i varighet, der flesteparten omhandler kortvarige tilfeller. Blod i avføringen hos spedbarn kan ha flere årsaker som ikke nødvendigvis er relatert til vaksinasjon. Ved bekymringsfulle symptomer er det alltid viktig å oppsøke lege slik at behandlingstrengende sykdom ikke blir oversett.

5.2 Meldte mistenkte bivirkninger etter maternell vaksinasjon mot kikhoste

Basert på registerkobling mellom SYSVAK og MFR er det registrert 45 884 kikhostevaksinasjoner til gravide i 2025. Bivirkningsregisteret mottok samme år seks meldinger om mistenkte bivirkninger etter maternell vaksinasjon mot kikhoste. Kun meldinger der det tydelig fremgår at den gravide har mottatt vaksinen som del av barnevaksinasjonsprogrammet, er talt med. Alle meldingene gjelder mistenkte bivirkninger hos mor. De lite alvorlige meldingene beskriver vanlige, kjente og forbigående reaksjoner i form av generell sykdomsfølelse, lokalreaksjoner på injeksjonsstedet eller kombinasjoner av disse. To av meldingene er klassifisert som alvorlige, da de står på europeiske legemiddelmyndigheters sin liste over viktige medisinske hendelser (IME-listen) og/eller medførte sykehusinnleggelse. Felles for alle meldingene er at hendelsen oppstod i tidssammenheng med vaksinasjonen. Det opplyses at pasientene enten er på bedringens vei eller restituert etter hendelsen.

Etter innføring av kikhostevaksine til gravide er det etablert et system for sammenstilling av data fra ulike helseregistre for å følge med på potensielle bivirkninger hos mor og/eller barn, samt svangerskapsutfall etter vaksinasjon av gravide. Registeranalysene er under videre utvikling og er et viktig supplement til det vanlige meldesystemet for overvåkingen av vaksinesikkerhet.

5.3 Oppsummering – Bivirkningsovervåkingen

Innholdet i bivirkningsmeldingene for 2025 gir ikke grunnlag for å endre gjeldende vaksinasjonsanbefalinger i barnevaksinasjonsprogrammet.

6 KOMMUNIKASJONSARBEID OG VAKSINERÅDGI VNING

Folkehelseinstituttet arbeider kontinuerlig med kommunikasjon om barnevaksinasjonsprogrammet til foresatte, barn og helsepersonell gjennom blant annet oppdatering av aktuelle nettressurser, vaksinerådgivning for helsepersonell, webinar og undervisning. De siste årene har FHI satset på undervisning om vaksiner for masterstudenter i helsesykepleie, og i 2024 ble dette tilbudet utvidet til masterstudenter i jordmorfaget i forbindelse med innføring av maternell kikhostevaksinasjon.

Siden mars 2024 har FHI holdt den månedlige serien “Webinar om vaksiner og vaksinasjon” rettet mot helsepersonell. I 2025 var det gjennomført syv webinarer. Temaer relevante for barnevaksinasjonsprogrammet har blant annet vært HPV-vaksine, fremskynding av vaksiner før reise og adjuvans i vaksiner. Webinarene har hatt mellom 100 og 300 pålogginger, og opptak ble gjort tilgjengelig i etterkant. Deltakerne har i hovedsak vært helsesykepleiere. Tilbakemeldinger viser at webinarene oppleves som et nyttig supplement til vaksinasjonsarbeidet i arbeidshverdagen. Webinarserien videreføres i 2026.

Dialog og tilbakemeldinger fra helsepersonell er også en viktig del av FHIs arbeid. I 2025 ble det rekruttert nye deltakere til referansegruppen for helsesykepleiere. Referansegruppen er en viktig lyttepost og ressurs i arbeidet med vaksinekommunikasjon, og bidrar med innsikt som styrker instituttets kunnskapsgrunnlag. Dette gjør FHI bedre i stand til å kommunisere om vaksiner og vaksinasjon.

Rådgivning rettet mot helsepersonell er et annet sentralt virkemiddel, og bidrar til økt kompetanse og kvalitet i kommunenes gjennomføring av barnevaksinasjonsprogrammet. Helsepersonell kan få beslutningsstøtte ved å stille spørsmål via e-post eller vaksinerådgivningstelefonen. Tjenesten fungerer også som en viktig kanal for å fange opp forhold som kan påvirke programmet. Rådgivningen er sentral for å opprettholde tillit til helsetjenesten, sikre riktig bruk og registrering av vaksiner, korrigerende av feilinformasjon og hindre feilaktige kontraindikasjoner for vaksiner.

Det er høy aktivitet i vaksinerådgivning for helsepersonell. I 2025 mottok FHI i snitt 215 e-posthenvendelser og om lag 500 telefonhenvendelser per måned om vaksiner og vaksinasjon. Henvendelsene kom hovedsakelig fra helsesykepleiere, men også leger, farmasøyter og annet helsepersonell. Flere temaer går igjen, og FHIs vaksinasjonshåndbok oppdateres jevnlig og temaer for webinarer velges for å imøtekomme dette behovet. Samtidig er det mange problemstillinger som krever mer utfyllende veiledning.

Behovet for oppdatert kunnskap og tydelig kommunikasjon må også ses i lys av spredning av feil informasjon om vaksiner, både nasjonalt og internasjonalt. Negativ informasjon om vaksiner, som kan være feilaktig eller villedende, spres effektivt via sosiale medier (31, 32). Slik informasjon kan påvirke tilliten til vaksiner og helsemyndigheter. I enkelte land har man de senere årene observert redusert vaksinasjonsopplutning og økt forekomst av vaksineforebyggbare sykdommer som meslinger (33, 34). Under covid-19-pandemien ble det også observert en nedgang i opplutningen om barnevaksinasjonsprogrammer i mange land. Denne utviklingen tilskrives i stor grad redusert tilgang til vaksinasjonstjenester. I etterkant av pandemien har vaksinasjonsdekningen økt igjen i de fleste land, men i flere tilfeller er nivåene fortsatt lavere enn før pandemien (35). I Norge har det ikke vært tilsvarende nedgang i vaksinasjonsdekningen, verken under eller etter pandemien. Undersøkelser viser også at

foreldre og barn i Norge fortsatt har høy tillit til vaksiner (36-38). Høy tillit og oppslutning om vaksinasjon kan imidlertid ikke tas for gitt. Den internasjonale utviklingen og informasjonsflyten i sosiale medier understreker behovet for kontinuerlig oppmerksomhet. Barnevaksinasjonsprogrammet må derfor arbeide systematisk for å opprettholde tillit gjennom god forvaltning, tydelig kommunikasjon og oppdatert kunnskap om befolkningens holdninger til vaksiner.

7 FORSKNING

Oppfølging og forskning på vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet er en viktig oppgave for Folkehelseinstituttet, blant annet for å vurdere effekt og sikkerhet av vaksinene, holdninger til vaksiner og vaksinasjonsprogrammet og avdekke eventuelle grupper som kan ha lavere vaksinasjonsdekning. Dette er et viktig bidrag for kunnskap om vaksiner og vaksinasjon både nasjonalt og internasjonalt.

Følgende utvalgte artikler med relasjon til vaksinene som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet ble publisert av FHI eller bidrag fra FHIs medarbeidere i 2025:

- Berild JD, Kristoffersen AB, Winje BA. Invasiv pneumokokksykdom i Norge 2004-23 og valg av vaksiner til eldre. Tidsskr Nor Lægeforen 2025;145(4). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0536>
- Dvergsdal ET, Campbell S, Lerstad ND, Greve-Isdahl M, Labberton AS, Hansen BT, et al. Low Childhood Vaccination Coverage among Ukrainian Refugees in Norway. A Nationwide, Register-Based Cohort Study, 2022-2023. J Immigr Minor Health 2025;27(6):1129–34. <https://doi.org/10.1007/s10903-025-01725-7>
- Falkenthal TEH, Nygard S, Nygard M. Beyond Women's Health: Long-Term Human Papillomavirus-Related Cancer Trends in Norway. J Infect Dis 2025;232(6):e897–e905. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaf351>
- Gehrt L, Moller S, Englund H, Laake I, Nieminen H, Feiring B, et al. Vaccination against measles-mumps-rubella and rates of non-targeted infectious disease hospitalisations: Nationwide register-based cohort studies in Denmark, Finland, Norway, and Sweden. J Infect 2025;90(2):106365. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2024.106365>
- Greve-Isdahl M, Moller TKR, Bekkevold T, Baranowska-Hustad MN, Julin CH, Laake I, et al. Maternal and infant immunity against Bordetella pertussis, Norway, 2020 to 2023. Eurosurveillance 2025;30(50) (no pagination). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2025.30.50.2500450>
- Haeuser E, Byrne S, Nguyen J, Raggi C, McLaughlin S, Bisignano C, et al. Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet 2025;406(10500):235–60. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(25\)01037-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(25)01037-2)
- Hansen BT, Ostlie IB, Greve-Isdahl M, Gleditsch RN. Determinants of parental readiness for childhood vaccination: experiences, information, sociodemographics and adherence. Vaccine 2025;66:127809. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127809>
- Kroneman M, Fermin A, Rechel B, Allin S, Anell A, Behmane D, et al. Initiatives to increase childhood vaccination coverage: an international comparison. Health Policy 2025;158:105351. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105351>

- Laake I, Feiring B, Gehrt L, Englund H, Lahdenkari M, Sorup S, et al. Infectious disease hospitalization after receipt of human papillomavirus vaccine: a nationwide register-based cohort study among Danish, Finnish, Norwegian, and Swedish girls. *Eur J Epidemiol* 2025;40(1):81–93. <https://doi.org/10.1007/s10654-024-01197-3>
- Nygard S, Hetland Falkenthal TE, Sture T, Lynge E, Elfstrom M, Nygard M. Impact of Multicohort Human Papillomavirus Vaccination on Cervical Cancer in Women Below 30 Years of Age: Lessons Learned From the Scandinavian Countries. *J Infect Dis* 2025;231(3):e497–e500. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiae584>

8 OPPFØLGING AV ELIMINASJONS- OG ERADIKASJONSMÅL

FHI følger opp eliminasjons- og eradikasjonsmål satt av Verdens helseorganisasjon (WHO) for flere sykdommer det vaksineres mot i barnevaksinasjonsprogrammet: meslinger, rubella, polio, hepatitt B og livmorhalskreft.

8.1 Meslinger og rubella

Europaregionen i Verdens helseorganisasjon (WHO/Europe) har som mål å eliminere endemiske tilfeller av meslinger og rubella. Norge sender årlige statusrapporter til WHO og har oppfylt kriteriene for eliminasjon siden 2012. Siste oversikt fra WHO er fra 2024 da 32 (60 % av medlemslandene) oppfylte kriteriene for eliminasjon av meslinger og 49 (92 % av medlemslandene) for eliminasjon av rubella.

Mer informasjon om arbeidet finnes i rapporten [14th meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination \(RVC\), World Health Organisation](#).

8.2 Polio

Verdens helseorganisasjon WHO etablerte i 1988 et [mål om å utrydde \(eradikere\) poliovirus](#) på verdensbasis innen årtusenskiftet. Selv om dette målet ikke er nådd globalt, har verden kommet et godt stykke nærmere utryddelse. Poliovirus type 2 og 3 ble erklært utryddet i henholdsvis 2015 og 2019, og flere verdensregioner inkludert Europa er erklært poliofrie. Det siste tilfellet smittet i Norge ble påvist i 1969. WHO's Europaregion ble erklært poliofritt i 2002.

Norge har en [handlingsplan](#) for å opprettholde Norge fritt for poliovirus og for håndtering av eventuelle utbrudd av polio. Den norske overvåkingen består av innrapportering av alle tilfeller av akutte slappe lammelser hos barn under 15 år til FHI og laboratorieovervåking av enterovirus (se kapittel 2 i handlingsplanen). Norge sender årlige statusrapporter til WHO og oppfyller kravene for eradikering.

Mer informasjon om Europas polioeradikasjon finnes i rapporten [Report of the thirty-eighth meeting of the European Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication: 5–6 September 2024, Copenhagen, Denmark](#).

Poliosituasjon globalt

Vilt poliovirus 1 er nå bare endemisk i Pakistan og Afghanistan. I tillegg til vilt poliovirus, kan virus fra levende peroral vaksine (OPV) sirkulere i befolkninger med lav immunitet/vaksinasjonsdekning og gjenvinne evnen til å gi alvorlig sykdom. I Norge har OPV ikke vært i bruk siden 1979. Sykdom forårsaket av sirkulerende vaksinederivert poliovirus (cVDPV) overvåkes, og årlig blir tilfeller påvist i [store deler av Afrika, med flest tilfeller i Nigeria, Etiopia og Jemen i 2025](#). Siden 2024 er det funnet vaksinederiverte poliovirustype 2 i avløpsvann i Spania, Tyskland, Polen, Finland og Storbritannia. Påvisningene har fortsatt i 2025, da hovedsakelig i Tyskland. I oktober 2025 ble det påvist villpoliovirus i en prøve fra

avløpsvann i Tyskland. Genetiske analyser viste at viruset var nær beslektet med villpoliovirus fra Afghanistan. Det er ikke rapportert om sykdomstilfeller knyttet til funnene. Dette viser hvordan poliovirus kan spres ved reising, også til land med generell høy vaksinasjonsdekning, og gi risiko for smitte i undervaksinerte befolkningsgrupper. Det europeiske smittevernbyrået ECDC publiserte i januar 2025 [en risikovurdering](#) med anbefalte tiltak til land i Europa for å hindre utbrudd og reetablering av polio i Europa.

Videre er flere nye tiltak inkludert i den siste globale strategien for polioeradikasjon for å hindre tilfeller med cVDPV, blant annet økt bruk av injeksjonsvaksine mot polio (IPV) og utvikling av nye orale vaksiner med lavere risiko for å gjenvinne sykdomsfremkallende egenskaper.

Mer informasjon finnes i WHO-rapporten [Polio eradication strategy 2022–2026: delivering on a promise, extension to 2029](#).

8.3 Hepatitt B

Hepatitt B skal elimineres som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene og [WHO sin handlingsplan](#). I tråd med disse lanserte Helse- og omsorgsdepartementet en [nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser \(hepatitter\)](#) i 2016, som er under revisjon. Norge har oppnådd målet for dekning for hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet (mål $\geq 95\%$), men ikke for dekning for post-eksponeringsprofylakse til barn født av hepatitt B-positive mødre (mål $\geq 95\%$).

Mer informasjon om Norges fremskritt mot andre eliminasjonsmål finnes i [Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge: Oppfølging av den nasjonale strategien mot virale hepatitter](#) og [årsrapport om blod- og seksuelt overførbare infeksjoner](#) (FHI).

8.4 Livmorhalskreft

I 2018 annonserte WHO et globalt initiativ for eliminasjon av livmorhalskreft som folkehelseproblem (dvs. færre enn 4 nye tilfeller per 100 000 kvinner per år/land). Global eliminasjon kan nås i løpet av det neste hundreåret dersom alle land innen 2030 oppnår 90 % vaksinasjonsdekning hos jenter ved 15-års alder, 70 % av alle kvinner gjennomgår livmorhalsscreening ved minst to tidspunkt i livet og minst 90 % av alle kvinner med alvorlige forstadier eller livmorhalskreft mottar behandling. Les mer på WHO's nettside [Cervical Cancer Elimination Initiative](#).

I Norge er WHO's vaksinasjonsmål nådd, og livmorhalskreft kan være nesten utryddet innen 12 år. I en studie fra 2021 der FHI samarbeidet med forskere fra blant annet Harvard, Universitetet i Oslo og Kreftregisteret er det beregnet at livmorhalskreft kan være eliminert i Norge innen 2039 (17). Studien viser at eliminasjon av livmorhalskreft i Norge ikke ville være mulig uten et HPV-vaksinasjonsprogram for jenter, og fortsatt høy vaksinasjonsdekning for HPV i barnevaksinasjonsprogrammet er svært viktig for å nå eliminasjonsmålet. Overgang til HPV-test fremfor celleprøver som screeningverktøy i livmorhalsprogrammet ble implementert nasjonalt i 2023, og det er estimert at dette har framskyndet tid til eliminasjon med ett år, til

2038 (16). Ytterligere informasjon finnes på nettsiden [Livmorhalskreft nesten utryddet i Norge innen år 2039](#) (FHI).

9 NYTT I BARNEVAKSINASJONSPROGRAMMET I 2025

9.1 Oppfølging etter innføring av maternell vaksinasjon mot kikhoste

Folkehelseinstituttet fortsetter arbeidet med oppfølging av kikhostevaksine til gravide etter tilbudet ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i mai 2024. Oppfølgingen omfatter etablering av et system for å overvåke vaksinasjonsdekning, effekt og sikkerhet av vaksinasjon. Oppfølgingen er pågående, og arbeid med overvåkning av vaksinasjonsdekningen og mistenkte bivirkninger har kommet lengst. I årets rapport presenteres maternell kikhostevaksinasjonsdekning for ett hel årskull, barn fødte i 2025, for første gang (kapittel 3.3) og spontanrapporterte meldinger om mistenkte bivirkninger etter maternell vaksinasjon mot kikhoste presenteres i kapittel 5.2.

Det er høy oppslutningen og tilbudet er godt organisert og integrert i svangerskapsomsorgen. I desember 2025 publiserte FHI rapporten [Vaksinasjon i svangerskapet 2024-2025](#) som presenterer vaksinasjonsdekningen for kikhoste i løpet av de første 12 månedene etter innføringen. Blant de 71 286 kvinnene som fødte og var i målgruppen for vaksinasjon i løpet av programmets første år, fikk 51 962 (73 %) kikhostevaksinen. De fleste vaksinasjoner ble gitt i svangerskapsuke 24, i tråd med anbefalingen, og registreringer senere i svangerskapet viser at det er en vedvarende innsats for å tilby vaksinen gjennom resten av graviditeten. Dekningsstatistikken for mødre som fødte i 2025 (84 %) viser at dekningen har økt ytterligere siden programmets første 12 måneder.

Samlet sett vurderes maternell vaksinasjon mot kikhoste som et viktig tiltak for å beskytte spedbarn i de første levemånedene. FHI arbeider videre med overvåking av vaksinasjonsdekning i svangerskapet, effekt av vaksinasjon på sykdomsforekomst hos spedbarn, og sikkerhetsovervåking av bivirkninger hos mor og barn etter vaksinasjon i svangerskapet.

9.2 Vurdering av immunisering mot respiratorisk syncytial virus for å beskytte spebarn

Folkehelseinstituttet leverte 31.oktober 2025 en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartement om innføring av immunisering mot respiratorisk syncytial virus (RSV) i nasjonalt vaksinasjonsprogram for å beskytte spedbarn. Formålet med rapporten er å støtte beslutningstakere til å ta stilling til hvorvidt slik immunisering skal innføres i program.

RSV forårsaker årlige utbrudd i vinterhalvåret, og utgjør en betydelig sykdomsbyrde hos små barn. Det finnes ingen vaksiner mot RSV til bruk hos barn, men RSV-sykdom hos spedbarn kan forebygges ved å enten vaksinere mor i svangerskapet (maternell vaksinasjon) eller ved å gi langtidsvirkende monoklonalt antistoff til barnet kort tid etter fødsel, og før RSV-sesongen starter.

Rapporten bygger på DMP sine metodevurderinger av de aktuelle legemidlene. Det er vurdert blant annet sykdomsbyrde, sesongvariasjon, og gjort helseøkonomiske beregninger. FHIs anbefaling om innføring bygger på disse metodevurderingene, og vurderer også holdninger, organisatoriske og juridiske aspekter, og etiske og prinsipielle spørsmål. Praksis i andre land er også kartlagt.

To hovedtiltak er vurdert: (1) passiv immunisering av spedbarn med et langtidsvirkende monoklonalt antistoff og (2) vaksinasjon av gravide for å overføre beskyttelse til barnet. Begge tiltakene vurderes som effektive og trygge, og har potensial til å redusere alvorlig RSV-sykdom, sykehusinnleggelser og bruk av helsetjenester betydelig.

Helseøkonomiske analyser viser at begge tiltak kan være kostnadseffektive under gitte forutsetninger, særlig når redusert behov for sykehusbehandling tas med i beregningen. Størrelsen av besparelsen avhenger av organiseringen av programmet og prisnivå ved innkjøp til program.

FHI anbefaler at forebyggende tiltak mot RSV til spedbarn bør innføres som en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Både langtidsvirkende monoklonalt antistoff og maternell vaksine vurderes som effektive legemidler med gode nytte/risikoprofiler, og valg av strategi bør baseres på en samlet vurdering av gjennomførbarhet, kostnadseffektivitet og organisatoriske forhold. Det vil videre være behov for kontinuerlig overvåking av effekt, sikkerhet og oppslutning etter innføring.

Rapporten er publisert på fhi.no: [Anbefaling om immunisering mot RSV for å beskytte spedbarn.](#)

REFERANSER

1. Winje BA, Follstad K, Ueland I, Hulgaard-Bruvold SZ, Greve-Isdahl M. Post-Exposure Hepatitis B-Treatment in Newborns: A Qualitative Study on Interprofessional Practices in Norway. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992). 2026.
2. Jenness SM, Aavitsland P, White RA, Winje BA. Measles vaccine coverage among children born to Somali immigrants in Norway. *BMC Public Health*. 2021;21(1):668.
3. Nybru Gleditsch R, Skogset Ofitserova T, Aubrey White R, Karoline Råberg Kjøllesdal M, Dvergsdal E, Hansen BT, et al. Vaccine coverage among children born to immigrant parents in Norway, 2000–2020. *Vaccine*. 2024;42(12):3049-56.
4. Kraft KB, Godøy AA, Vinjerui KH, Kour P, Kjøllesdal MKR, Indseth T. COVID-19 vaccination coverage by immigrant background. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2022;141(2).
5. Dvergsdal ET, Campbell S, Lerstad ND, Greve-Isdahl M, Labberton AS, Hansen BT, et al. Low Childhood Vaccination Coverage among Ukrainian Refugees in Norway. A Nationwide, Register-Based Cohort Study, 2022-2023. *J Immigr Minor Health*. 2025;27(6):1129-34.
6. Global hepatitis report 2024: Action for access in low- and middle-income countries. Geneva; 2024.
7. Van Herck K, Van Damme P. The Immunological Basis for Immunization Series: Module 22: Hepatitis B. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: World Health Organization 2011. Contract No.: ISBN 978 92 4 150475 1
8. Nguyen TH, Vu MH, Nguyen VC, Nguyen LH, Toda K, Nguyen TN, et al. A reduction in chronic hepatitis B virus infection prevalence among children in Vietnam demonstrates the importance of vaccination. *Vaccine*. 2014;32(2):217-22.
9. Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sex Transm Dis*. 2014;41(11):660-4.
10. Molden T, Feiring B, Ambur OH, Christiansen IK, Hansen M, Laake I, et al. Human papillomavirus prevalence and type distribution in urine samples from Norwegian women aged 17 and 21 years: A nationwide cross-sectional study of three non-vaccinated birth cohorts. *Papillomavirus research (Amsterdam, Netherlands)*. 2016;2:153-8.
11. Burger EA, Kim JJ, Sy S, Castle PE. Age of Acquiring Causal Human Papillomavirus (HPV) Infections: Leveraging Simulation Models to Explore the Natural History of HPV-induced Cervical Cancer. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2017;65(6):893-9.
12. Wei F, Georges D, Man I, Baussano I, Clifford GM. Causal attribution of human papillomavirus genotypes to invasive cervical cancer worldwide: a systematic analysis of the global literature. *The Lancet*. 2024;404(10451):435-44.

13. Cuschieri K, Serrano B, Albero G, Bruni L. Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet. Europe: www.HPVWorld.com; January 2026.
14. Serrano B, Brotons M, Bosch FX, Bruni L. Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2018;47:14-26.
15. Engesæter B, Hverven SK, Tropé A. Årsrapport 2024. Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet. Oslo: Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet; 2025.
16. Portnoy A, Pedersen K, Kim JJ, Burger EA. Vaccination and screening strategies to accelerate cervical cancer elimination in Norway: a model-based analysis. *Br J Cancer*. 2024;130(12):1951-9.
17. Portnoy A, Pedersen K, Trogstad L, Hansen BT, Feiring B, Laake I, et al. Impact and cost-effectiveness of strategies to accelerate cervical cancer elimination: A model-based analysis. *Preventive Medicine*. 2021;144:106276.
18. Palmer T, Wallace L, Pollock KG, Cuschieri K, Robertson C, Kavanagh K, et al. Prevalence of cervical disease at age 20 after immunisation with bivalent HPV vaccine at age 12-13 in Scotland: retrospective population study. *BMJ*. 2019;365:l1161.
19. Palmer TJ, Kavanagh K, Cuschieri K, Cameron R, Graham C, Wilson A, et al. Invasive cervical cancer incidence following bivalent human papillomavirus vaccination: a population-based observational study of age at immunization, dose, and deprivation. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2024;116(6):857-65.
20. Falcaro M, Soldan K, Ndlela B, Sasieni P. Effect of the HPV vaccination programme on incidence of cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia by socioeconomic deprivation in England: population based observational study. *BMJ*. 2024;385:e077341.
21. Middeldorp M, Brouwer JGM, Duijster JW, Knol MJ, van Kemenade FJ, Siebers AG, et al. The effect of bivalent HPV vaccination against invasive cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia grade 3 (CIN3+) in the Netherlands: a population-based linkage study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2025;54.
22. Han J, Zhang L, Chen Y, Zhang Y, Wang L, Cai R, et al. Global HPV vaccination programs and coverage rates: a systematic review. *eClinicalMedicine*. 2025;84.
23. Feiring B, Laake I, Christiansen IK, Hansen M, Stålcrantz J, Ambur OH, et al. Substantial Decline in Prevalence of Vaccine-Type and Nonvaccine-Type Human Papillomavirus (HPV) in Vaccinated and Unvaccinated Girls 5 Years After Implementing HPV Vaccine in Norway. *The Journal of infectious diseases*. 2018;218(12):1900-10.
24. Abu-Raya B, Forsyth K, Halperin SA, Maertens K, Jones CE, Heining U, et al. Vaccination in Pregnancy against Pertussis: A Consensus Statement on Behalf of the Global Pertussis Initiative. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(12):1990.
25. Stefanoff P vB, Lovlie AL. Sluttrapport fra ett-år med evaluering av overvåking av meldingspliktige sykdommer under covid-19 epidemien. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.

26. ECDC. Increase in pertussis cases in the EU-EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2024 8 May 2024. Report No.: Catalogue number: TQ-02-24-500-EN-N, ISBN: 978-92-9498-717-4, DOI: 10.2900/831122.
27. Greve-Isdahl M, Seppala E. Understanding the High Incidence of Pertussis in Norway: The Role of Test Activity. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992). 2025.
28. Andrews N, Kent A, Amin-Chowdhury Z, Sheppard C, Fry N, Ramsay M, et al. Effectiveness of the seven-valent and thirteen-valent pneumococcal conjugate vaccines in England: The indirect cohort design, 2006–2018. *Vaccine*. 2019;37(32):4491-8.
29. Savulescu C, Krizova P, Valentiner-Branth P, Ladhani S, Rinta-Kokko H, Levy C, et al. Effectiveness of 10 and 13-valent pneumococcal conjugate vaccines against invasive pneumococcal disease in European children: SplDnet observational multicentre study. *Vaccine*. 2022.
30. Marra LP, Sartori AL, Martinez-Silveira MS, Toscano CM, Andrade AL. Effectiveness of Pneumococcal Vaccines on Otitis Media in Children: A Systematic Review. *Value Health*. 2022;25(6):1042-56.
31. Johnson NF, Velasquez N, Restrepo NJ, Leahy R, Gabriel N, El Oud S, et al. The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature*. 2020;582(7811):230-3.
32. Allen J, Watts DJ, Rand DG. Quantifying the impact of misinformation and vaccine-skeptical content on Facebook. *Science*. 2024;384(6699):eadk3451.
33. Dong E, Saiyed S, Nearchou A, Okura Y, Gardner LM. Trends in County-Level MMR Vaccination Coverage in Children in the United States. *JAMA*. 2025.
34. European Centre for Disease Prevention and Control. Measles. ECDC Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: ECDC; 2025.
35. Evans B, Kaiser L, Keiser O, Jombart T. Routine Immunisation Coverage Shows Signs of Recovery at Global Level Postpandemic, but Important Declines Persist in About 20% of Countries. *Vaccines* (Basel). 2025;13(4).
36. Hansen BT, Greve-Isdahl M. Vaccine confidence and information sources among children and adolescents: A national cross-sectional survey. *Hum Vaccin Immunother*. 2026;22(1):2639798.
37. Hansen BT, Kristoffersen AB, Stecher M. Vaccination readiness among adults in Norway: A cross-sectional survey using the 7C model. *Vaccine*. 2025;56:127169.
38. Hansen BT, Ostlie IB, Greve-Isdahl M, Gleditsch RN. Determinants of parental readiness for childhood vaccination: experiences, information, sociodemographics and adherence. *Vaccine*. 2025;66:127809.

APPENDIX

A. Metode for innsamling av data

A.1 SYSVAK

Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK er et landsdekkende elektronisk vaksinasjonsregister etablert i 1995, og et av de nasjonale helseregistrene. Registeret er hjemlet i Helseregisterloven, Smittevernloven og tilhørende SYSVAK-registerforskrift. Meldingene til SYSVAK inneholder navn og fødselsnummer til den som er vaksinert, tid og sted for vaksinasjon og vaksinekode for vaksinen som er gitt. Navn på vaksinepreparat, batchnummer samt indikasjon for vaksinasjon kan også registreres i SYSVAK, men er ikke obligatorisk.

Det er meldeplikt til SYSVAK for alle vaksiner som gis i barnevaksinasjonsprogrammet, både til barn og gravide. Vaksinasjonene skal registreres i SYSVAK uavhengig av samtykke, og det er ikke mulighet for å reservere seg fra slik innrapportering.

Vaksinedata fra SYSVAK vises under tjenesten Vaksiner etter innlogging på Helsenorge.no. Tjenesten Vaksiner gir befolkningen mulighet til å sjekke vaksinasjonsstatus for seg selv og sine barn under 16 år via innlogging med elektronisk ID.

Per 2024 har alle kommuner tilrettelagt for elektronisk innrapportering av vaksinasjoner fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten til SYSVAK. Les mer om SYSVAK på nettsiden [Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK](#).

Hvert år publiseres dekningsstatistikk for vaksiner gitt i barnevaksinasjonsprogrammet basert på innrapporterte data. [Dekningsstatistikk for barnevaksinasjon](#) er tilgjengelig på fhi.no. For å gi kommunene et verktøy til å følge opp eventuelt manglende vaksiner og rette opp feil og mangler ved vaksinasjonsdata, sender FHI ut kvalitetslister to ganger per år i forbindelse med forarbeid til publisering av dekningsstatistikk: på våren året før og i januar samme år som aktuell dekningsstatistikk skal publiseres.

Til årsrapporten for barnevaksinasjonsprogrammet sammenstilles også data fra Medisinsk fødselsregister (MFR), MSIS og SYSVAK for å beregne vaksinasjonsdekning for (1) prematurt fødte barn, (2) barn født av mødre med kronisk hepatitt B og (3) maternell kikhostevaksinasjon. Den første sammenstillingen er basert på anbefalingen om at prematurfødte barn (født før uke 32) siden 1.mai 2019 blir anbefalt en ekstra dose seksvalent vaksine (difteri-stivkrampe-kikhoste-polio-Hib og hepatitt B-vaksine) ved 6-8-ukersalder. Den andre sammenstillingen er basert på anbefalingen om at barn som er født av hepatitt B- positive mødre skal ha post-eksponeringsprofylakse med hepatitt B-immunglobulin og hepatitt B-vaksine ved fødsel, samt en ny hepatitt B-vaksine ved én måneds alder, før de følger det ordinære vaksinasjonsprogrammet videre. Den tredje sammenstillingen er basert på anbefalingen om kikhostevaksine til gravide kvinner for å beskytte spedbarn mot kikhoste.

A.2 MSIS

Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er landets nasjonale overvåkingssystem for smittsomme sykdommer, og hjemlet i Helseregisterloven, Smittevernloven og tilhørende MSIS-forskrift. Systemet er basert på at medisinsk-mikrobiologiske laboratorier og diagnostiserende leger melder alle tilfeller av meldingspliktige sykdommer til MSIS. MSIS er et hendelsesbasert overvåkingssystem og de meldingspliktige sykdommene er basert på kasusdefinisjoner.

I MSIS samles opplysninger om smittede personer i Norge for 76 smittsomme sykdommer eller tilstander. Alle sykdommene som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet, er meldingspliktige som «gruppe A-sykdom» til MSIS. Dette er sykdommer som det er nødvendig å overvåke med detaljerte opplysninger om hvert tilfelle av hensyn til smittevernet og internasjonale forpliktelser.

Systemet for å overvåke HPV som forårsaker kreft eller forstadier til kreft i livmorhalsen ble satt i drift i 2017. Overvåking gjøres ved at kreft og forstadier til kreft i livmorhalsen meldes fra Kreftregisteret til MSIS. Alle krefttilfeller og et utvalg av forstadiene analyseres ved referanselaboratoriet ved Akershus Universitetssykehus. HPV-resultater lagres i MSIS for tilfeller hvor HPV blir påvist. Mer informasjon om systemet finnes på nettsiden [Overvåking av HPV i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer \(MSIS\)](#), fhi.no.

Ytterligere informasjon om MSIS finnes på nettsiden: [Meldingssystem for smittsomme sykdommer \(MSIS\)](#), fhi.no. Statistikk for alle meldingspliktige sykdommer er også tilgjengelig i FHI [Statistikkbank](#), fhi.no.

A.3 Nasjonale referansefunksjoner i medisinsk mikrobiologi

De overordnede oppgavene til referanselaboratoriene fremgår av «Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften)» §2-4, og «Forskrift om tuberkulosekontroll» §4-5. Ytterligere regulering av oppgavene er gitt i [rundskriv I-5/2013 "Laboratorier med nasjonal referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi"](#). En institusjon som er tildelt en referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi for definerte agens har et landsdekkende ansvar for å utføre både pasientrettede og folkehelserettede undersøkelser, samt gjennomføre forskning og vedlikeholde stammebank. De mikrobiologiske laboratoriene skal sende smittestoff eller prøvemateriale til laboratorium med nasjonal referansefunksjon i henhold til referanselaboratoriets angivelse. Referanselaboratorier har samme meldingsplikt til MSIS som det rekvirerende laboratorium, uavhengig av om rekvirerende laboratorium har eller kan ha sendt melding allerede.

FHI er tildelt nasjonal medisinsk mikrobiologisk referansefunksjon for følgende patogener som det vaksineres mot i barnevaksinasjonsprogrammet:

- Toksinproduserende *Corynebacterium diphtheriae*, *C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis* (difteri)
- *Bordetella pertussis* (kikhoste)
- Poliovirus (poliomyelitt)
- *Haemophilus influenzae*
- Pneumokokker
- Morbilli (meslinger)
- Parotittvirus (kusma)
- Rubellavirus
- Rotavirus
- *M. tuberculosis*-komplekset (tuberkulose)
- Hepatitt B-virus

Akershus universitetssykehus har referansefunksjonen for humant papillomavirus og Avdeling for virologi ved FHI utfører noen spesialanalyser for dette viruset. Det finnes ikke noe

laboratorium med nasjonal referansefunksjon for *Clostridium tetani* (stivkrampe), men Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus utfører immunitetsanalyser for denne sykdommen.

Det vises for øvrig til referansefunksjonenes årsrapporter, som sendes til Helsedirektoratet, og er tilgjengelig via innsynsbegjæring. [eInnsyn - Rapportering på mikrobiologiske referansefunksjoner - samsesak f.o.m. 2022 – 2023/5389 – Helsedirektoratet](#).

A.4 BIVAK

Overvåkingen av mistenkte bivirkninger etter vaksinasjon i Norge er et samarbeid mellom Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og Folkehelseinstituttet (FHI).

DMP har det nasjonale ansvaret for overvåking av bivirkninger etter legemiddelbruk, herunder vaksiner. DMP er dataansvarlige for Bivirkningsregisteret hvor alle mistenkte bivirkningsmeldinger fra helsepersonell, innbyggere (pasienter/pårørende) og MT-innehavere samles. FHI har ansvar for å følge opp og evaluere vaksiner og vaksinasjonsprogram i befolkningen, samt å gi vaksinasjonsanbefalinger. I overvåkingen av vaksinesikkerheten bistår FHI med å saksbehandle meldinger om mistenkte vaksinebivirkninger som kommer fra helsepersonell i Bivirkningsregisteret og sender tilbakemelding med vurdering av hendelsen samt råd om videre vaksinasjon. Vaksinebivirkninger meldt av innbyggere behandles av DMP, og det blir ikke sendt tilbakemelding.

Hensikten med meldesystemet er å gjøre det lett for helsepersonell og innbyggere å melde mistanke om bivirkninger slik at man kan fange opp mulige signaler og sette i gang nærmere undersøkelser. Signaler må undersøkes nærmere før man kan vurdere om det er noen årsakssammenheng med vaksinasjon eller ikke. At en bivirkning er meldt, betyr ikke nødvendigvis at det er en årsakssammenheng mellom den mistenkte bivirkningen og vaksinen. Vanligvis tas alle innrapporterte meldinger med i tellingen, uavhengig av graden den meldte hendelsen antas å ha sammenheng med vaksinasjon eller ikke. Meldesystemet kan ikke brukes til å angi frekvensen av bivirkninger en vaksine kan gi.

FHI holder oversikt over meldingene FHI har behandlet i [BIVAK \(register over bivirkninger etter vaksinasjon meldt av helsepersonell\)](#). Det har blitt vanligere at innbyggere selv melder inn bivirkninger etter vaksinasjon. FHI fikk i 2024 tilgang til vaksinemeldinger fra innbyggere og fra MT-innehavere i Bivirkningsregisteret, slik at FHI får en fullstendig oversikt.

Les mer om bivirkninger etter vaksinasjon, hvilke hendelser som er meldepliktige, meldesystemet, hva som skjer med meldingene og nytten av dem på [Bivirkninger av vaksine - FHI](#). Ytterligere informasjon om Bivirkningsregisteret finnes på nettsiden til [Direktoratet for medisinske produkter](#).

B. Skjematisk oversikt over tidligere og nåværende barnevaksinasjonsprogram i Norge

Tabell 19. Vaksiner i det nåværende vaksinasjonsprogrammet (2025) i fargede felt

Vaksine mot	Tidligere program	Begynt	Sluttet	Nåværende vaksinasjonsprogram (2025)	Kommentarer
Kopper	1 dose mellom alder 6 og 18 md	1810	1976		
Tuberkulose	14 år	1947	2009	For barn i risikogrupper (fra 6-ukersalder)	Avsluttet allmenn vaksinasjon i 2009, men fortsatte til nyfødte i risikogrupper. Fra 2014 flyttet fra nyfødt til 6-ukersalder
Rotavirus	6 uker, 3 md	2014		6 uker, 3 md	
Difteri-stivkrampe-kikhoste, DTP (helcelle kikhostevaksine)	4 doser (3, 4, 5 og 18 md) Fra 1984: 3 doser (3, 5 og 10 md)	1952	1997		Erstattet av vaksine med acellulær kikhostekomponent i 1998
Difteri-stivkrampe-kikhoste, DTP (acellulær kikhostevaksine)	3, 5 og 11-12 md, 7 år (fra årskull 1998)	1998		3, 5 og 12 md, 7 år <i>For tidlig fødte barn (før uke 32): 6-8 uker</i>	Fra 2017: Gis som seksvalent vaksine, DTP-IPV-Hib-HepB, til barn 3,5 og 12 mnd. Fra 2019 også tilbudt som ekstra dose til for tidlig fødte barn.
Difteri-stivkrampe-kikhoste-polio, dTp-IPV (booster)	7 år, senere 11 år	1952		15 år (fra årskull 1998)	Frem til 2013: Oppfriskningsvaksine mot difteri og stivkrampe. Fra 2013: Gis til 15 åringer som oppfriskningsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio.
Difteri-stivkrampe-kikhoste, dTp	Til gravide i svangerskapsuke 24	2024		Fra svangerskapsuke 24	Kikhostevaksine til gravide innført 1.mai 2024. Gis som kombinasjonsvaksine – difteri, stivkrampe og kikhoste.
Polio (Inaktivert vaksine/IPV)	Alle barn < 15 år 3 doser	1956/57	1965		Erstattet av OPV i 1965
	6, 7-8 og 10 md, 7 år, 15 år	1979		3, 5 og 12 md, 7 år, 15 år <i>For tidlig fødte barn (før uke 32): 6-8 uker</i>	Gjeninnført i 1979. Fra 2013: Gis til 15 åringer som oppfriskningsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio. Fra 2017: Gis som seksvalent vaksine, DTP-IPV-Hib-HepB, til barn 3, 5 og 12 mnd. Fra 2019 også tilbudt som ekstra dose til for tidlig fødte barn
Polio (levende oral vaksine/OPV)	7, 8 og 10 md, 7 år, 15 år	1965	1979		Erstattet av IPV i 1980
Meslinger	12 md	1969	1983		Erstattet av MMR i 1983
Røde hunder	Jenter 15 år	1978	1983		Erstattet av MMR i 1983

Meslinger, kusma, røde hunder (MMR)	15 md og 12 år	1983		15 md og 11 år	2. dose flyttet fra 12 år til 11 år i 2009
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	3, 5 og 10 md	1992		3, 5 og 12 md <i>For tidlig fødte barn (før uke 32): 6-8 uker</i>	3. dose flyttet fra 10 md til 12 md fra 1998. Fra 2017: Gis som seksvalent vaksine, DTP-IPV-Hib-HepB, til barn 3, 5 og 12 mnd. Fra 2019 også tilbudt som ekstra dose til for tidlig fødte barn
Pneumokokk-sykdom	3, 5 og 12 md	2006		3, 5 og 12 md	Fra 2006: vaksine mot 7 pneumokokkserotyper Fra 2011: vaksine mot 13 pneumokokkserotyper
Hepatitt B (HepB)	For barn i risikogrupper	2007		3, 5 og 12 md <i>For tidlig fødte barn (før uke 32): 6-8 uker</i>	Tidligere var det barn i definerte risikogrupper som fikk tilbud om hepatitt B-vaksine (blåresept før 2007). Allmenn hepatitt B-vaksinasjon ble innført for barn født fra 1.11.2016. Gis som seksvalent vaksine, DTP-IPV-Hib-HepB. Barn av hepatitt-positive mødre skal også ha immunglobulin (HBIG) og vaksine ved fødsel, og 1 vaksinedose ved 1 månedsalder
Humant papilloma virus (HPV)	Jenter, 12 år	2009		Jenter (fra årskull 1997) 12 år (2 doser)	Fra 2009-2017 (sommer) ble firevalent HPV-vaksine (3 doser) gitt. Dette ble endret til tovalent HPV-vaksine (2 doser) fra høsten 2017.
	Gutter, 12 år	2018		Gutter (fra årskull 2006) 12 år (2 doser)	Tovalent HPV-vaksine (2 doser)

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no