

RAPPORT

2026

ÅRSRAPPORT 2025:

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner i Norge

Rapport

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner i Norge

Årsrapport 2025

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for smittevern

Avdeling for smittevern og vaksine

April 2026

Tittel:

Årsrapport 2025

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner i Norge

Forfatter(e):

Tone Bruun

Bente Børud

Ane-Kristine Finbråten

Marte Petrikke Grenersen

Hilde Kløvstad

Anne Olaug Olsen

Robert Neil Whittaker

Bestilling:

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

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-571-7

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/w0mb-3v68>

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

INNHold

Sammendrag	5
Executive summary (English)	8
1 Gonoré	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Meldte tilfeller av gonoré	11
1.2.1 Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte	12
1.2.2 Meldte tilfeller etter bostedsfylke	13
1.2.3 Meldte tilfeller etter smittested	14
1.2.4 Meldte tilfeller etter fødested	15
1.2.5 Meldte tilfeller etter diagnosemåned	15
1.2.6 Meldte tilfeller etter lokalisasjon	16
1.3 Mikrobiologisk referansediagnostikk og overvåking	16
1.4 Vurdering og tiltak	17
2 Klamydia	18
2.1 Bakgrunn	19
2.2 Meldte tilfeller av klamydia	19
2.2.1 Meldte tilfeller og antall testede etter kjønn og alder	19
2.2.2 Meldte tilfeller etter bostedsfylke	21
2.2.3 Meldte tilfeller etter diagnosemåned	22
2.2.4 Meldte tilfeller etter lokalisasjon	22
2.3 Vurdering og tiltak	23
3 Lymfogranuloma venereum (LGV)	24
3.1 Bakgrunn	24
3.2 Meldte tilfeller av LGV	24
3.3 Mikrobiologisk diagnostikk	25
3.4 Vurdering og tiltak	25
4 Syfilis	26
4.1 Bakgrunn	26
4.2 Meldte tilfeller av syfilis	26
4.2.1 Meldte tilfeller etter smittemåte	28
4.3 Mikrobiologisk diagnostikk og overvåking	30
4.4 Vurdering og tiltak	30
5 Hiv/aids	31
5.1 Bakgrunn	31
5.2 Testaktivitet for hiv	31

5.3 Meldte tilfeller av hiv	31
5.3.1 Meldte tilfeller bosatt i Norge ved smittetidspunkt	34
5.3.2 Meldte tilfeller smittet før innvandring til Norge	36
5.4 Meldte tilfeller av aids	37
5.5 Overvåking av antiviral resistens	38
5.6 Vurdering og tiltak	38
6 Hepatitt B	40
6.1 Bakgrunn	40
6.2 Testaktivitet for hepatitt B og hepatitt D	40
6.3 Meldte tilfeller av akutt hepatitt B	41
6.4 Meldte tilfeller av kronisk hepatitt B	41
6.4.1 Meldte tilfeller etter fødested	44
6.5 Overvåking av antiviral resistens	46
6.6 Vaksinasjonsdekning	46
6.7 Vurdering og tiltak	47
7 Hepatitt C	49
7.1 Bakgrunn	49
7.2 Testaktivitet for hepatitt C	49
7.3 Meldte tilfeller av hepatitt C	50
7.3.1 Meldte tilfeller etter fødested	52
7.4 Overvåking av antiviral resistens	55
7.5 Vurdering og tiltak	55
8 M-kopper	58
8.1 Bakgrunn	58
8.2 Meldte tilfeller av m-kopper	58
8.3 Mikrobiologisk diagnostikk	59
8.4 Vurdering og tiltak	59
Referanser	60

Sammendrag

De siste to årene har det vært en nedgang i antall meldte tilfeller av seksuelt overførbare infeksjoner i Norge. Dette skyldes spesielt en nedgang i meldte tilfeller blant unge kvinner og menn og en nedgang i meldte tilfeller blant personer fra land med høy smitterisiko smittet før ankomst Norge.

Etter en kraftig økning i antall meldte tilfeller av gonoré i 2022 og 2023, har det vært en nedgang i antall meldte tilfeller de siste par årene, hovedsakelig blant unge kvinner og menn. Antall meldte tilfeller er imidlertid fortsatt betydelig høyere sammenliknet med årene før pandemien. Det meldes flest tilfeller blant menn som har sex med menn (msm).

Nedgangen i antall meldte klamydiatilfeller de to foregående årene fortsetter. Totalt antall meldte tilfeller i 2025 er det laveste antall registrerte tilfeller av klamydia i Norge på 20 år. Nedgangen ses i de fleste aldersgrupper, både blant kvinner og menn. Antall meldte tilfeller av syfilis har vært relativt stabilt gjennom flere år, majoriteten av de som smittes er msm.

I 2025 var det en nedgang i meldte hivtilfeller i Norge, sammenlignet med de to foregående årene. Hivpidemien i Norge har de siste årene vært preget av personer med kjent hivinfeksjon før de kom til Norge, majoriteten fra Ukraina.

Siden 2023 har det kun blitt meldt et fåtall sporadiske tilfeller av m-kopper.

Det er særlig unge og msm som har høy risiko for å bli smittet med seksuelt overførbare infeksjoner. Siste års målrettede forebyggende arbeid blant unge kan ha bidratt til den positive utviklingen. Mer bruk av kondom, målrettet testing, smittesporing og adekvat behandling er sentrale forebyggende tiltak.

Blant msm smittet med seksuelt overførbare infeksjoner mens bosatt i Norge, er det en relativ høy andel født i utlandet. Som for andre risikoutsatte grupper, er det derfor viktig med god tilrettelegging av informasjon og testetilbud.

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

De siste to årene har det vært en nedgang i antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B og hepatitt C etter et par år med økende antall meldte tilfeller. Majoriteten av de meldte tilfellene var smittet før ankomst Norge og flest med fødeland Ukraina. Trenden i meldte tilfeller av hepatitt C blant personer smittet i Norge har generelt vært nedadgående siden 2008, og stabil siden 2021. Blant personer født i Norge er de fleste smittet via sprøytebruk og prevalensundersøkelser i denne gruppa viser en nedadgående trend som et resultat av trygg, effektiv og kortvarig behandling.

Viktige smitteforebyggende tiltak for hepatitt B og C innebærer tilbud om test til alle i risikogruppe og behandling av diagnostiserte etter retningslinjer. Personer som injiserer rusmidler bør unngå deling av sprøyter og annet brukerstyr og tilbys vaksine mot hepatitt B. Det er viktig å opprettholde høy dekning av hepatitt B vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet, tilby alle gravide test for hepatitt B, og barn født av mødre med hepatitt B bør følges opp etter gjeldende retningslinjer. Alle innvandrere fra land hvor smitterisiko for hiv, hepatitt B, hepatitt C og syfilis er høy, bør tilbys test ved ankomst.

Gonoré

I 2025 ble det meldt til sammen 2 864 tilfeller, mot 3 150 tilfeller i 2024, noe som utgjør en nedgang på 9 %. Oslo har det høyeste antall meldte tilfeller ift. befolkningstallet (193 per 100 000). Dette er klart over landsgjennomsnittet (51 per 100 000 innbyggere). Blant personer som smittes gjennom sex med motsatt kjønn, er flest tilfeller registrert i aldergruppen 20-24 år. Det er i denne gruppen at nedgangen i meldte tilfeller er størst, men fortsatt er tallene høyere enn årene før pandemien. Av de 1 960 meldte tilfellene blant menn var 73 % registrert som smittet gjennom sex med menn, en økning fra 69 % i 2024.

Klamydia

I 2025 ble det meldt 22 297 tilfeller av klamydia (399 per 100 000 innbyggere). Dette er en nedgang på 4 % fra 2024, hvor det ble meldt 23 116 tilfeller og er det laveste antall meldte tilfeller siste 20 år, pandemiårene inkludert. Personer under 25 år utgjorde 65 % av alle de meldte tilfellene. Som i 2024, ble det meldt flest tilfeller ift. folketallet fra Oslo (632 per 100 000 innbyggere), etterfulgt av Finnmark og Troms. Det var totalt sett en liten nedgang i testaktiviteten blant kvinner (361 001 tester mot 372 364 tester i 2024) mens testaktiviteten totalt blant menn var uendret. Andelen med positiv prøve er uendret sammenliknet med fjoråret. Også i målgruppen (under 25 år) har det vært en nedgang i testaktiviteten, spesielt blant kvinner 20-24 år. Andelen med et positivt prøvesvar er imidlertid uendret også i denne gruppen.

LGV

I 2025 ble det meldt 37 tilfeller mot 31 tilfeller i 2024, alle blant menn som har sex med menn. Med unntak av pandemiårene, har antall meldte tilfeller ligget relativt stabilt. Halvparten er smittet i Norge, hvorav de fleste oppgir Oslo som smittested.

Syfilis

I 2025 ble det meldt totalt 265 tilfeller av syfilis mot 259 tilfeller i 2024. Menn som har sex med menn utgjør omtrent to tredeler av alle meldte tilfeller hvorav halvparten smittes i Norge. Det er en mindre økning i meldte tilfeller av menn smittet gjennom sex med kvinner (38 tilfeller i 2025 mot 34 i 2024 og 30 i 2023), de fleste (58 %) smittet i utlandet. Hos kvinner smittet seksuelt er det en økning i meldte tilfeller (33 tilfeller i 2025 mot 15 i 2023 og 9 i 2023), de fleste (64 %) smittet i Norge.

Hiv/aids

I 2025 ble det meldt 208 nye tilfeller av hivinfeksjon, mot 264 i 2024 og 331 tilfeller i 2023. Majoriteten (166, 80 %) var født utenfor Norge. Av disse 166 var 134 (81 %) registrert som smittet før innvandring, med Ukraina (65) som hyppigste fødeland. Totalt var 61 tilfeller antatt smittet mens de var bosatt i Norge, hvorav 24 (39 %) var rapportert smittet i Norge. Årlig antall meldte tilfeller med angitt smittested Norge har holdt seg relativt stabilt mellom 14 – 29 per år siden 2019. Blant personer bosatt i Norge, er risikoen for å bli smittet høyest blant msm og blant menn smittet gjennom sex med kvinner på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia. Av de 61 ble 20 (33 %) diagnostisert sent, dvs. med lavt CD4 tall og/eller en aids-definerende sykdom samtidig som hivdiagnosen. I alt 23 personer ble meldt med aids i 2025. Det er underrapportering av aids-tilfeller til MSIS, og meldte tilfeller hovedsakelig representerer aids diagnostisert samtidig som hiv.

Hepatitt B

I 2025 ble det meldt tre tilfeller av akutt hepatitt B. Det er meldt om <10 tilfeller hvert år siden 2020. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B reflekterer i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra land med høy smitterisiko. I 2025 ble det meldt 269 tilfeller av kronisk hepatitt B. Blant disse var hyppigste fødeland Ukraina (38, 14 %). Trenden i meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge har vært stabil og lav de siste 10 årene (9 – 25 årlig).

Hepatitt C

I 2025 ble det meldt 461 tilfeller av hepatitt C til MSIS, en nedgang fra 577 i 2024 og 636 i 2023. I 2025 ble det meldt 221 tilfeller blant personer født i Norge, majoriteten menn smittet i Norge via injiserende rusmiddelbruk. Siden 2021 har trenden blant norskfødte vært stabil. Blant de 235 meldte tilfellene blant personer født utenfor Norge i 2023 var 127 (54%) fra Ukraina. Antall meldte tilfeller blant personer fra Ukraina lå årlig mellom én til syv i perioden 2016 – 2021 og økte til 126 i 2022, 233 i 2023 og 204 i 2024.

M-kopper

I 2025 ble det meldt 13 tilfeller av m-kopper til MSIS, mot 15 i 2024 og 10 i 2023. Sykdommen har bare vært meldingspliktig til MSIS siden juni 2022, i forbindelse med det verdensomspennende utbruddet av m-kopper samme år. I løpet av 2022 ble det totalt meldt 94 tilfeller i Norge, og det har altså vært en betydelig nedgang etter det. De fleste var rapportert som seksuelt overført, 77 % blant menn som har sex med menn. Åtte tilfeller ble rapportert smittet i utlandet og fem i Norge.

Executive summary (English)

Over the past two years, there has been a decline in the number of reported cases of sexually transmitted infections (STIs) in Norway. This is mainly due to a decrease among young women and men, as well as among people from countries with a high risk of infection who were infected before arriving to Norway.

After a notable increase in the number of reported cases of gonorrhoea in 2022 and 2023, there has been a decline over the past couple of years, mainly among young women and men. However, the number of reported cases remains higher compared with the years prior to the pandemic. Most cases are reported among men who have sex with men (MSM).

The decrease in the number of reported chlamydia cases in the previous two years continued. The total number of reported cases in 2025 is the lowest number of reported chlamydia cases in Norway in 20 years. The decline is seen in most age groups, among both women and men. The number of reported syphilis cases has been relatively stable over several years, with the majority of those infected being MSM.

In 2025, there was a decrease in reported HIV cases in Norway compared with the two previous years. In recent years, the HIV epidemic in Norway has been characterised by individuals with known HIV infection who were already aware of their infection before arriving in Norway, the majority from Ukraine.

Since 2023, only a small number of sporadic cases of mpox have been reported.

Young people and MSM are at particularly high risk of contracting STIs. Targeted preventive efforts among young people in recent years may have contributed to the decreasing trend. Increased condom use, targeted testing, contact tracing, and appropriate treatment are key preventive measures and are especially important.

Among MSM infected with an STI while resident in Norway, a relatively high proportion are born abroad. As with other at-risk groups, it is therefore important to ensure good access to tailored information and testing services.

Pre-exposure prophylactic treatment for HIV (PrEP) is considered an effective measure and should be offered to individuals at high risk of HIV infection. There is still a need for close monitoring of the mpox situation in Norway and abroad, as well as high vigilance among healthcare professionals and particularly vulnerable groups. Vaccination against mpox reduces the risk of infection and severe disease.

Over the past two years, there has been a decline in the number of reported cases of chronic hepatitis B and hepatitis C, after a couple of years with an increasing number of cases. Most reported cases were infected before arrival in Norway, with Ukraine being the most common country of birth. The trend in reported hepatitis C cases among people infected in Norway has generally been declining since 2008 and has remained stable since 2021. Among people born in Norway most are infected through injection drug use. Prevalence surveys in this group show a declining trend due to high uptake of safe, effective and short-lasting treatment.

Important preventative measures for hepatitis B and C include offering testing to everyone in risk groups and providing treatment to those diagnosed in accordance with clinical guidelines. People who inject drugs should avoid sharing needles and other drug-use equipment and should be offered vaccination against hepatitis B. It is important to maintain high coverage of the hepatitis B vaccination in the childhood vaccination program, to offer hepatitis B testing to all pregnant women and to follow up children born to mothers with hepatitis B in accordance

with current guidelines. All immigrants from countries with a high risk of HIV, hepatitis B, hepatitis C, and syphilis should be offered testing upon arrival.

Gonorrhoea

In 2025, a total of 2,864 cases were reported, compared with 3,150 cases in 2024, representing a decrease of 9%. Oslo has the highest number of reported cases relative to the population (193 per 100,000), which is well above the national average (51 per 100,000 inhabitants). Among those infected through heterosexual contact, the highest number of cases is registered among 20 – 24-year age group. This is also the group in which the decline in reported cases is greatest, although the numbers remain higher than before the pandemic. Of the 1,960 reported cases among men, 73% were registered as infected through sex with men, an increase from 69% in 2024.

Genital chlamydia infections

In 2025, 22,297 cases of chlamydia were reported (399 per 100,000 inhabitants). This is a 4% decrease from 2024, when 23,116 cases were reported, and represents the lowest number of reported cases in 20 years. Individuals under 25 years of age accounted for 65% of all reported cases. As in 2024, Oslo reported the highest number of cases relative to the population (632 per 100,000 inhabitants), followed by Finnmark and Troms. Overall, there was a slight decrease in testing activity among women (361,001 tests compared with 372,364 tests in 2024), while testing activity among men remained unchanged. The proportion of positive tests is unchanged compared with the previous year. Testing activity has also declined in the target group (under 25 years), particularly among women aged 20 – 24 years. However, the proportion of positive test results remains unchanged in this group as well.

LGV

In 2025, 37 cases were reported, compared with 31 cases in 2024, all among MSM. Apart from the pandemic years, the number of reported cases has remained relatively stable. Half of the cases were infected in Norway, with most reporting Oslo as the place of infection.

Syphilis

In 2025, 265 cases of syphilis were reported, compared with 259 cases in 2024. MSM accounted for about two-thirds of all reported cases, with half infected in Norway. There was a small increase in reported cases among men infected through sex with women (38 cases in 2025 compared with 34 in 2024 and 30 in 2023), of whom 58% were infected abroad. Among women infected through sexual contact, there was an increase in reported cases (33 cases in 2025 compared with 15 in 2024 and 9 in 2023), with 64% infected in Norway.

HIV/AIDS

In 2025, 208 cases of HIV infection were reported, compared to 264 in 2024 and 331 in 2023. The majority (166, 80 %) were born outside Norway. Of these 166, 134 (81%) were reportedly infected before immigrating to Norway, with Ukraine being the most common country of birth (65 cases). There were 61 cases reportedly infected while residing in Norway, with 24 (39%) reported as having been infected in Norway. The annual number of cases reported to have been infected in Norway has remained relatively stable since 2019 (14 – 29 cases per year). Among people resident in Norway, the highest risk of infection is among men who have sex with men and among men who have sex with women traveling abroad, particularly to Southeast Asia. Among those 61, 20 (33%) were diagnosed late, meaning a low CD4 count or

AIDS defining illness at HIV diagnosis. A total of 23 people were reported with AIDS in 2023. AIDS cases are underreported to MSIS and reported cases mainly represent AIDS diagnosed at the same time as HIV.

Hepatitis B

In 2025, three cases of acute hepatitis B were reported. Less than 10 cases of acute hepatitis B have been reported each year since 2020. The number of reported cases of chronic hepatitis B largely reflects the number of immigrants to Norway annually from countries with a high risk of infection. There were 269 cases of chronic hepatitis B in 2025 with the most common country of birth being Ukraine (38 cases, 14%). The trend in reported cases of chronic hepatitis B among people born in Norway has generally remained stable and low over the past 10 years (9 – 25 cases annually).

Hepatitis C

A total of 461 cases of hepatitis C were reported to MSIS in 2025, a decrease from 577 in 2024 and 636 in 2023. In 2025, 221 cases were reported among people born in Norway, the majority being men infected in Norway through injection drug use. The trend among Norwegian-born cases has remained stable since 2021. Among the 235 reported cases in people born abroad in 2025, 127 (54%) were from Ukraine. The number of reported cases among people from Ukraine increased from between 1–7 cases in the period 2016 – 2021 to 126 in 2022, 233 in 2023, and 204 in 2024.

Mpox

In 2025, 13 cases of mpox were reported to MSIS, compared to 15 in 2024 and 10 in 2023. Mpox has been notifiable to MSIS since June 2022, following the report of a global mpox outbreak in May the same year. During 2022, a total of 94 cases were reported in Norway, with a significant decrease since then. The 15 cases reported in 2023 were all among males aged 28 – 47 years, with a median age of 33 years. Most cases were reported as sexually transmitted, with 77% occurring among MSM. Eight cases were reported to have been infected outside Norway and five in Norway.

1 Gonoré

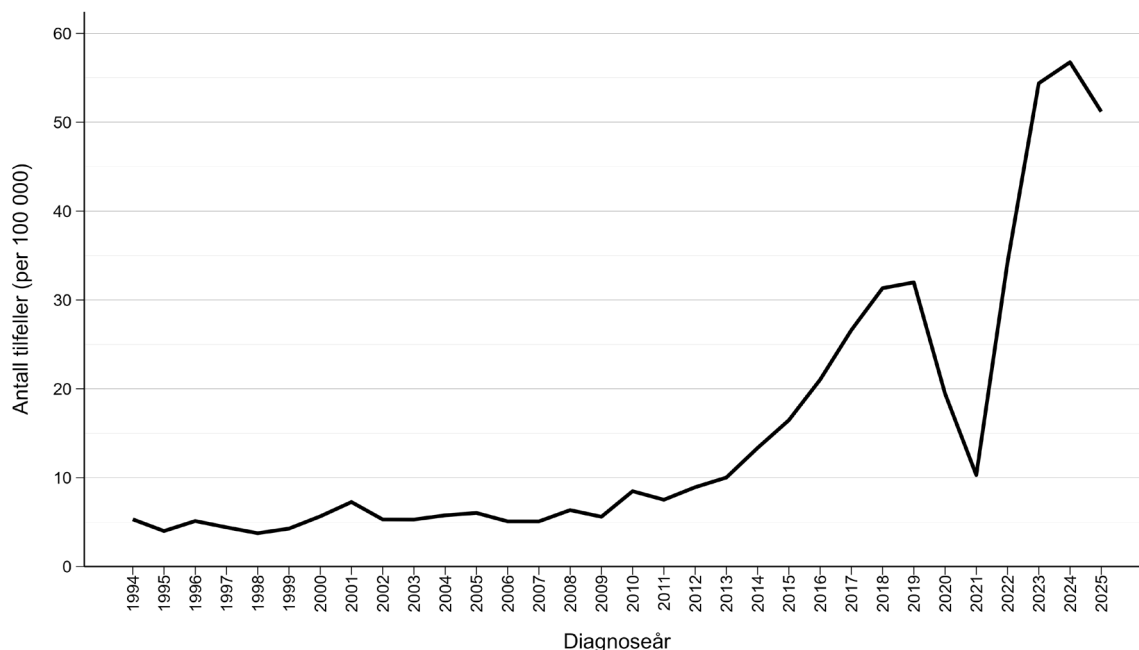
Gonoré var meldingspliktig med aidentifiserte helseopplysninger i perioden 1992 til 2019, men ble etter forskriftsendring i 2019 en gruppe A-sykdom som meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.04.2026.

1.1 Bakgrunn

Gonoré har vært en lite utbredt infeksjon i befolkningen siden slutten av 1980-tallet. Den markante økningen fra 2010, særlig blant menn som har sex med menn (msm), skyldes trolig en kombinasjon av et økt smittetrykk, men også økt testaktivitet og innføring av mer sensitiv diagnostikk. Etter en forbigående kraftig nedgang i meldte tilfeller under pandemien, økte antall meldte tilfeller sterkt i siste halvdel av 2022, spesielt blant unge kvinner. Økningen ser ut til å ha nådd en topp i 2024 (Figur 1).

1.2 Meldte tilfeller av gonoré

I 2025 ble det meldt til sammen 2 864 tilfeller av gonoré (51 per 100 000 innbyggere). Dette utgjør en nedgang på 9 % sammenliknet med 2024 (3 150 tilfeller, 57 per 100 000) (Figur 1).

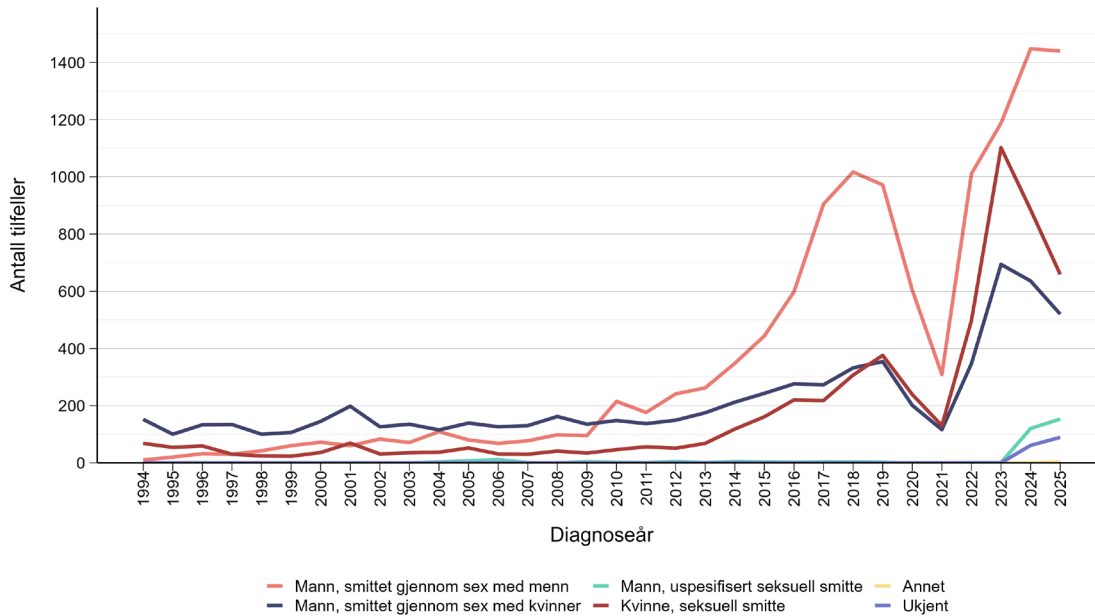


Figur 1. Figur. Antall meldte tilfeller av gonoré per 100 000 innbyggere, 1994 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

1.2.1 Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte

Av de totalt 2 864 meldte tilfellene, var 677 blant kvinner (mot 912 i 2024, en nedgang på 26 %) og 2 187 blant menn (mot 2 238 i 2024). Av de meldte tilfellene blant menn der smittemåte var oppgitt, ble 520 registrert som smittet gjennom sex med kvinner (mot 636 i 2024, en nedgang på 18 %) og 1 440 smittet gjennom sex med menn (mot 1 448 i 2024, en nedgang på 1 %) (Figur 2 og Tabell 1).



Figur 2. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter kjønn og smittemåte, 1994 – 2025

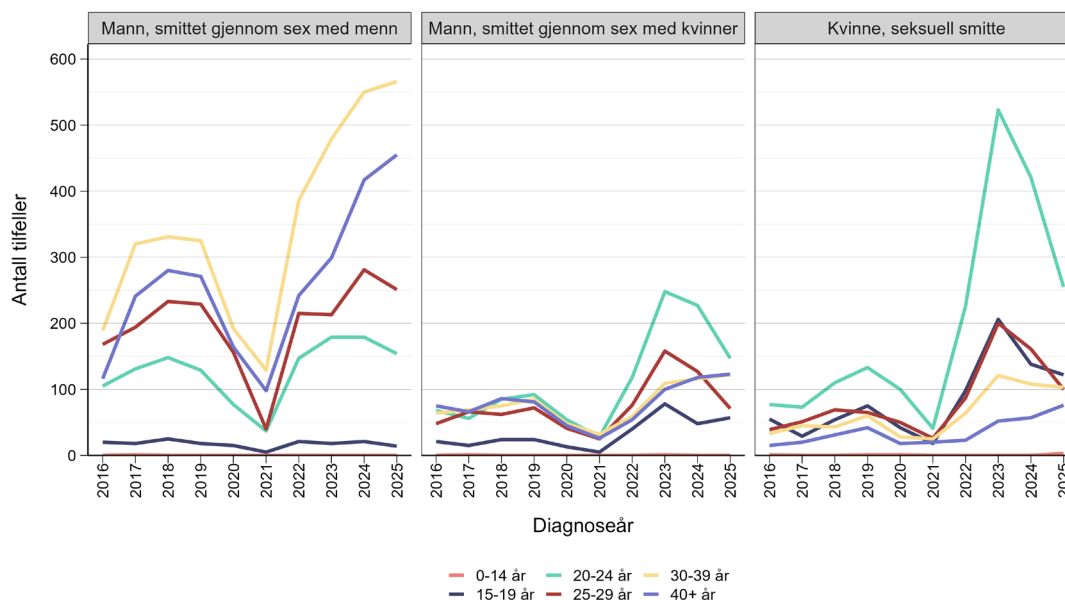
Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 1. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter kjønn og smittemåte, 2016 – 2025.

Smittemåte	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mann, smittet gjennom sex med menn	598	905	1017	972	604	309	1011	1188	1448	1440
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	276	273	332	354	201	116	347	694	636	520
Mann, uspesifisert seksuell smitte	2	3	3	2	0	0	1	1	120	153
Kvinne, seksuell smitte	220	218	307	376	239	130	498	1102	881	659
Mor-barn	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	0	0	0	61	89
Totalt	1096	1399	1659	1704	1045	555	1857	2985	3150	2864

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

Blant personer smittet gjennom sex med motsatt kjønn, var flest tilfeller registrert i aldergruppen 20 – 24 år. Etter den kraftige økning i denne gruppen, spesielt blant kvinner, i 2022 – 2023, har trenden nå snudd, og her var også nedgangen i meldte tilfeller størst; 39 % for kvinner 20 – 24 år (Figur 3). Blant menn som har sex med menn, ble det meldt flest tilfeller i aldergruppen 30-39 år. Økningen i meldte tilfeller blant msm 30 år og eldre, fortsetter mens trenden blant de yngre har snudd (Figur 3).



Figur 3. Antall meldte tilfeller av gonore etter alder, kjønn og smitteveie, 2016 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

1.2.2 Meldte tilfeller etter bostedsfylke

Flest tilfeller ble meldt fra Oslo (1 387). Det utgjør 193 meldte tilfeller per 100 000 innbyggere (mot 202 i 2024), og klart høyere enn landsgjennomsnittet (51 per 100 000 innbyggere). Det ses en tydelig økning i Finnmark som nå er på nivå med landsgjennomsnittet. Nedgangen i meldte tilfeller er størst (og nesten 40 %) i Trøndelag og Vestland. Trøndelag har nå sammen med Nordland det laveste antall meldte tilfeller ift. folketallet i landet (19 per 100 000), langt under landsgjennomsnittet (Tabell 2).

Tabell 2. Antall meldte tilfeller og antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere av gonore, etter bostedsfylke, 2016 – 2025.

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Agder	13 (4)	29 (10)	29 (10)	27 (9)	10 (3)	20 (6)	51 (16)	89 (28)	97 (30)	88 (28)
Akershus	129 (20)	106 (16)	123 (19)	162 (24)	110 (16)	50 (7)	171 (24)	336 (47)	310 (43)	333 (46)
Buskerud	25 (10)	36 (14)	33 (13)	57 (22)	32 (12)	26 (10)	55 (21)	71 (27)	86 (32)	75 (28)
Finnmark-Finnmarku	4 (5)	8 (11)	5 (7)	7 (9)	5 (7)	3 (4)	6 (8)	21 (28)	22 (29)	36 (48)
Innlandet	29 (8)	31 (8)	44 (12)	40 (11)	24 (6)	14 (4)	56 (15)	77 (21)	79 (21)	74 (20)
Møre og Romsdal	17 (6)	26 (10)	22 (8)	16 (6)	27 (10)	11 (4)	41 (15)	64 (24)	62 (23)	71 (26)

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nordland	22 (9)	14 (6)	18 (7)	28 (12)	12 (5)	3 (1)	36 (15)	65 (27)	47 (19)	45 (19)
Oslo	638 (97)	862 (129)	1038 (154)	918 (135)	540 (78)	288 (41)	892 (127)	1270 (179)	1452 (202)	1387 (193)
Rogaland	55 (12)	61 (13)	89 (19)	91 (19)	78 (16)	41 (8)	114 (23)	200 (41)	188 (38)	174 (35)
Telemark	12 (7)	13 (8)	18 (10)	16 (9)	15 (9)	10 (6)	16 (9)	35 (20)	44 (25)	41 (23)
Troms	17 (10)	19 (11)	16 (10)	42 (25)	26 (15)	15 (9)	42 (25)	60 (36)	59 (35)	57 (34)
Trøndelag	41 (9)	64 (14)	70 (15)	64 (14)	51 (11)	16 (3)	84 (18)	151 (32)	149 (31)	90 (19)
Vestfold	25 (8)	22 (9)	16 (7)	34 (14)	20 (8)	6 (2)	27 (11)	83 (33)	104 (41)	88 (34)
Vestland	57 (9)	91 (14)	108 (17)	142 (22)	70 (11)	35 (5)	225 (35)	359 (56)	356 (55)	223 (34)
Østfold	12 (4)	17 (6)	28 (9)	60 (20)	25 (8)	17 (6)	41 (13)	104 (34)	95 (30)	81 (26)
Ukjent fylke ¹	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1
Totalt antall tilfeller	1096 (21)	1399 (27)	1659 (31)	1704 (32)	1045 (19)	555 (10)	1857 (34)	2985 (54)	3150 (57)	2864 (51)

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke. Tallet i parentes er antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere. ¹ Ukjent fylke inkluderer tilfeller uten personnummer og registrert bostedsfylke.

1.2.3 Meldte tilfeller etter smittested

Av de 2 598 med kjent smittested, var 1 999 (77 %) smittet i Norge hvorav vel halvparten oppga Oslo som antatt smittested. Av totalt 591 som ble smittet i utlandet, var 102 (17 %) smittet i Spania.

Menn smittet gjennom sex med menn

Blant menn smittet gjennom sex med menn og hvor smittested var oppgitt (983 av 1 342), var 983 (68 %) smittet i Norge hvorav to tredeler oppga Oslo som smittested (Tabell 3). Av de 359 som var meldt smittet i utlandet, oppga flest Spania (78), Tyskland (70), Europa (37), Nederland (13), Belgia (11), Polen (11) som smittested. Thailand (16) er hyppigst meldt som smittested utenfor Europa.

Tabell 3. Antall meldte tilfeller av gonoré blant menn som er smittet gjennom sex med menn, etter smittested, 2016 – 2025.

Smittested	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oslo	407	567	644	590	410	146	595	627	753	751
Øvrige Norge	69	120	135	172	131	87	184	252	209	179
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	3	53	53
Utlandet	122	218	238	210	63	76	231	305	364	359
Ukjent	0	0	0	0	0	0	1	1	69	98
Totalt antall tilfeller	598	905	1 017	972	604	309	1 011	1 188	1 448	1 440

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Smitte gjennom sex med motsatt kjønn

Blant personer smittet gjennom sex med motsatt kjønn og hvor smittested var oppgitt, ble majoriteten smittet i Norge (hhv 76 % og 87 %) (Tabell 3 og Tabell 4). Menn som ble meldt smittet gjennom sex med kvinner i utlandet (119), oppga Thailand, Spania og Filippinene som smittested i hhv 37, 10 og åtte av tilfellene. Blant de 78 kvinnene som oppga smittested i utlandet, var flest smittet i Spania (12), samt Italia, Frankrike og Hellas.

Tabell 4. Antall meldte tilfeller av gonoré blant menn som er smittet gjennom sex med kvinner, etter smittested, 2016 – 2025.

Smittested	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oslo	84	73	107	103	64	25	88	209	193	131
Øvrige Norge	84	82	110	147	105	51	178	369	257	183
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	4	40	54
Utlandet	108	118	115	104	32	40	81	112	135	119
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	11	33
Totalt antall tilfeller	276	273	332	354	201	116	347	694	636	520

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 5. Antall meldte tilfeller av gonoré blant kvinner, etter smittested, 2016 – 2025.

Smittested	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oslo	81	78	111	150	86	65	149	384	281	194
Øvrige Norge	109	91	139	173	140	53	303	589	426	278
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	9	41	61
Utlandet	30	49	57	52	13	12	46	119	103	80
Ukjent	0	0	0	1	0	0	0	1	61	64
Totalt antall tilfeller	220	218	307	376	239	130	498	1 102	912	677

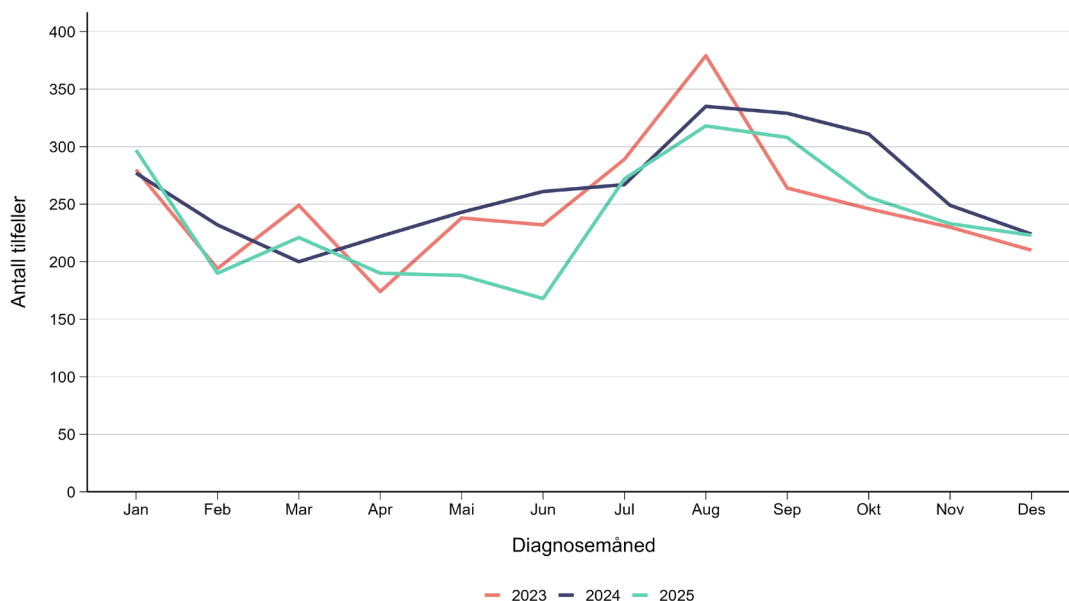
Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

1.2.4 Meldte tilfeller etter fødested

Av meldte tilfeller blant menn smittet gjennom sex med menn, hvor fødested var oppgitt (1 414), var 58 % født i Norge, 17 % født i Europa mens 11 % har fødeland i Asia/Oseania. Blant de 514 menn smittet gjennom sex med kvinner, var 72 % født i Norge og 11 % Europa. Blant kvinnene med kjent fødeland (656), var 81 % født i Norge og 8 % fra Europa.

1.2.5 Meldte tilfeller etter diagnosemåned

Data for de siste tre årene viser en viss sesongvariasjon med økning i meldte tilfeller på nyåret og i sommermånedene og noe nedgang i vår og høst (Figur 4).



Figur 4. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter diagnoseår og -måned, 2023 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

1.2.6 Meldte tilfeller etter lokalisasjon

Majoriteten av meldte tilfeller er infeksjoner i genitalia (urinrør og livmorhals) og anus/rektum. Hos om lag halvparten av tilfellene mottok MSIS også melding om gonokokker påvist i hals hvorav rundt en tredel hadde gonore i halsen alene. Det ble meldt syv tilfeller av gonoreisk øyeinfeksjon mot seks tilfeller i 2024 og 14 tilfeller i 2023. Det ble rapportert to tilfeller av gonoreisk leddbetennelse mot to tilfeller i 2024 og fire tilfeller i 2023.

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

1.3 Mikrobiologisk referansediagnostikk og overvåking

Primær påvisning av gonoré utføres med nukleinsyrepåvisning (PCR, NAT) som er svært sensitive metoder, men som ikke gir noen informasjon om gonokokkenes resistensegenskaper mot antibiotika. Det er derfor sterk anbefaling om å sende inn dyrkningsprøve for resistensbestemmelse før oppstart av antibiotika behandling. FHI ble tildelt referansefunksjon for gonokokker høsten 2015, og alle landets laboratorier sender regelmessig isolater til instituttet hvorpå det gjøres identifikasjon og resistensbestemmelse. Et utvalg av isolatene karakteriseres med helgenomsekvensering. De stammene som ikke sekvenseres, blir bekreftet med Maldi-TOF.

Referanselaboratoriet mottok i 2025 totalt 1 344 isolater (mot 1 471 i 2024). Disse representerte 1 264 unike infeksjonsepisoder som utgjør vel 44 % av tilfellene meldt til MSIS. Isolatene var fra 1 167 personer, hvorav 897 menn (77 %, en økning fra 73 % i 2024) og 270 kvinner (23 %, en nedgang fra 27 % i 2024).

Fra 75 personer ble mottatt mer enn en prøve innenfor 30 dager (de aller fleste innenfor 7 dager), fra samme eller forskjellige lokalisasjoner.

De fleste gonokokker ble isolert fra mannlig genitalia (44 %, 585 mot 623 i 2024). Fra kvinnelig genitalia ble det isolert 256 (19%, mot 315 i 2024), mens det totalt var 330 (25 %) isolater fra

anus/rektum og 146 (11 %) fra hals. I tillegg ble det mottatt 17 isolater fra andre organer/ lokalisasjoner, inkludert 5 fra øye og 6 fra urin (5 menn og 1 kvinne).

Resistensbestemmelse viste at av de 1 344 stammene, var 31 % betalaktamaseproduserende (mot 25 % i 2024 og 14 % i 2023). Resistens mot penicillin ble påvist hos 25 % (mot 21 % i 2024 og 16 % i 2023). Andelen ciprofloksacin-resistente stammer var 70% (mot 57 % i 2024 og 52 % i 2023) mens 27 % av stammene hadde en MIC-verdi >1 for azitromycin (mot 21 % i 2024). To (0,3 % stammer/isolater var resistente mot ceftriakson og 7 (05%) mot cefiksim.

Helgenomsekvensering ble utført på 862 av 1 344 isolater, og totalt ble det funnet 82 ulike sekvenstyper (ST). De fleste (45 av 82) ble kun identifisert en eller to ganger. De hyppigste sekvenstypene var ST-16676 (17%, mot 9 % i 2024), ST-1580 (12 %, mot 16 % i 2024). ST-9362 (7 %, mot 13% i 2024).

1.4 Vurdering og tiltak

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

Den økende trenden blant unge menn og kvinner snudde i 2024. Også i Sverige [2] og Danmark [3] viser overvåkningstatistikken at gonoréallene blant unge er på vei ned. Derimot, fortsetter økningen i smittetrykket i enkelte miljøer der menn har sex med menn. Som for hiv, syfilis og LGV, er menn født utenfor Norge også overrepresentert blant meldte tilfeller av gonoré (vel 40 % av tilfellene) i gruppen msm. Det er derfor viktig med bedre tilrettelagt smittevernåtgivning og testtilbud.

Antall meldte tilfeller er fortsatt høyere i alle grupper enn i årene før pandemien (Figur 2) og reflekterer den svært høye smittsomheten både ved vaginal, anal og oral sex. Utstrakt testing med tidlig diagnostikk og behandling er ikke tilstrekkelig som smitteforebyggende tiltak. Mer bruk av kondom for å unngå smitte, er viktigere enn noen gang, og noe som også har vært vektlagt i det forebyggende arbeidet som gjøres av helsestasjoner, studenthelsetjenester og andre aktører. Helsedirektoratet distribuerer årlig rundt 9 millioner kondomer via den nasjonale ordningen med gratiskondomer. Kondombruken ser ut til å være økende spesielt blant unge, men er fortsatt for lav.

Helsepersonell bør foreta smittesporingen, innhente nødvendige opplysninger om hvert smittetilfelle og overholde meldeplikten. Ved mistanke om lokale utbrudd, er det viktig å varsle FHI som da også kan bistå med hjelp til å vurdere tiltak.

Gonokokker har stor evne til å utvikle resistens, og antimikrobiell resistens (AMR) er et stadig økende problem. Jo flere tilfeller og derav mer bruk av antibiotika, jo større er risikoen for at flere av bakteriestammene utvikler resistens mot flere typer antibiotika. Tilfeller med svært resistente stammer rapporteres jevnlig fra land med høyt smittetrykk og høyt forbruk av antibiotika. I Norge har vi også påvist sporadiske tilfeller av multiresistente gonokokker de siste årene, også i 2025. Slike tilfeller bør behandles og følges opp i spesialisthelsetjenesten. Resistensdata for Norge publiseres regelmessig i den årlige NORM/NORM-VET-rapporten [4].

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

2 Klamydia

Historikk

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

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

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

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

Meldingskriterier (sist endret 2019)

Kriterier for melding er laboratoriepåvisning av *C. trachomatis* ved nukleinsyreundersøkelse i et klinisk prøvemateriale fra ano-genital traktus eller konjunktiva.

Meldemåte og kriterier for et nytt tilfelle (sykdomshendelse)

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

I 2022 ble kriteriene endret til en eller flere positive prøvesvar i en 30 dagers periode i tråd med endringer i testanbefalinger. Uttrekket gjøres nå i MSIS labdatabase. Dataene for 2023 – 2025 i rapporten er basert på data fra MSIS-labdatbasen.

Meldemåte for testhendelser

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

Kriterier for en testhendelse

I perioden 2007 – 2021 var kriteriene for en testhendelse “en eller flere tester for en person innenfor en periode på 60 dager”. Disse kriteriene ble ikke brukt konsekvent. For 2022 data ble kriteriene endret til “en eller flere tester for en person innenfor en periode på 30 dager” ihht kriteriene for en sykdomshendelse. Fra og med 2023 data inkluderes følgende i en testhendelse; alle prøver tatt i løpet av året, men med maksimalt én test per dag per person. Ved positivt prøveresultat, vil alle tester tatt de påfølgende 30 dagene regnes som oppfølgningstester og være en del av samme testhendelse.

Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS labdatabase 27.03.2026.

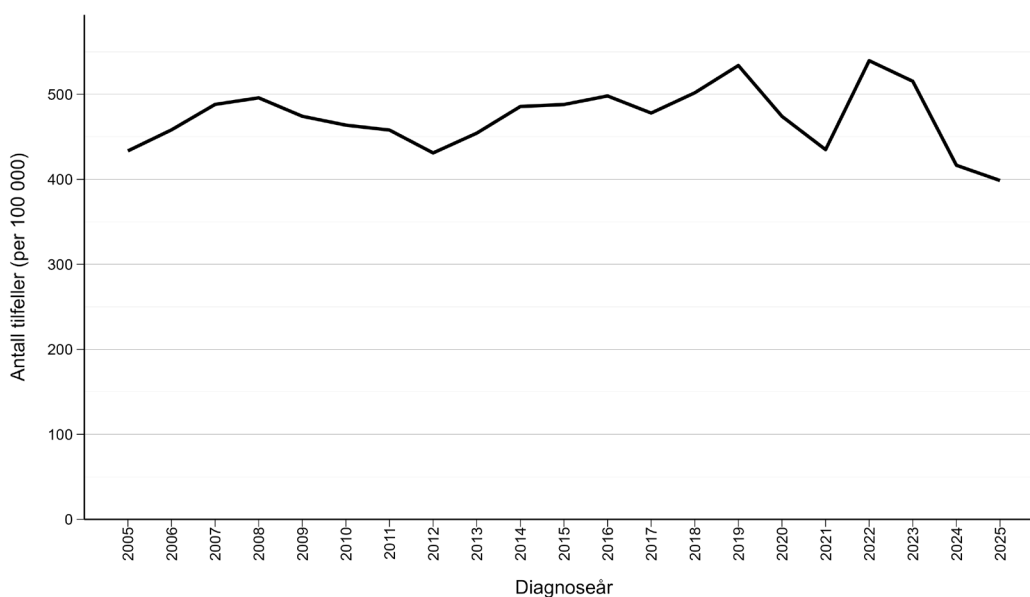
2.1 Bakgrunn

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

Melderaten av klamydia i Norge har ligget relativt stabilt og høyt siden 2009 og fram til 2019 som var et foreløpig toppår før pandemien (534 per 100 000 innbyggere). Antall meldte tilfeller gikk betydelig ned i 2020 – 2021 for så å igjen øke kraftig i løpet av 2022 (540 per 100 000 innbyggere). Siden 2023 har det vært en jevn nedgang i meldte tilfeller (Figur 5 og Tabell 6).

2.2 Meldte tilfeller av klamydia

I 2025 ble det meldt 22 297 tilfeller av klamydia (399 per 100 000 innbyggere) og er det laveste antall meldte tilfeller siste 20 år, pandemiårene inkludert (Figur 5). Dette er en nedgang på 4 % sammenliknet med 2024 (23 116 tilfeller). Sammenliknet med 2023 (28 284 tilfeller), var nedgangen på 21 % (Tabell 6).



Figur 5. Antall meldte tilfeller av klamydia per 100 000 innbyggere, 2005 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

2.2.1 Meldte tilfeller og antall testede etter kjønn og alder

Av alle meldte tilfeller i 2025, var 12 609 (57 %) kvinner. Personer under 25 år utgjorde 65 % av alle meldte tilfellene. I 2025 ble det meldt flest tilfeller i aldersgruppen 20 – 24 år både blant kvinner (5 530 tilfeller) og menn (3 695 tilfeller), hhv 44 % og 38 % av samlet antall tilfeller (Tabell 6).

Antall meldte tilfeller nådde en topp i denne aldersgruppen i 2022 (8 842 kvinner og 5 490 menn). Fra 2023 til 2024 var nedgangen i antall meldte tilfeller i denne aldersgruppen 22 % blant kvinner og 19 % blant menn. Fra 2024 til 2025 var nedgangen, hhv 9 % og 6 %. Trenden i

aldersgruppen 15 – 19 år, har vært relativt stabil med unntak av en forbigående økning under og like etter pandemien. Lavest antall meldte tilfeller er blant kvinner og menn over 30 (Tabell 6, Figur 6).

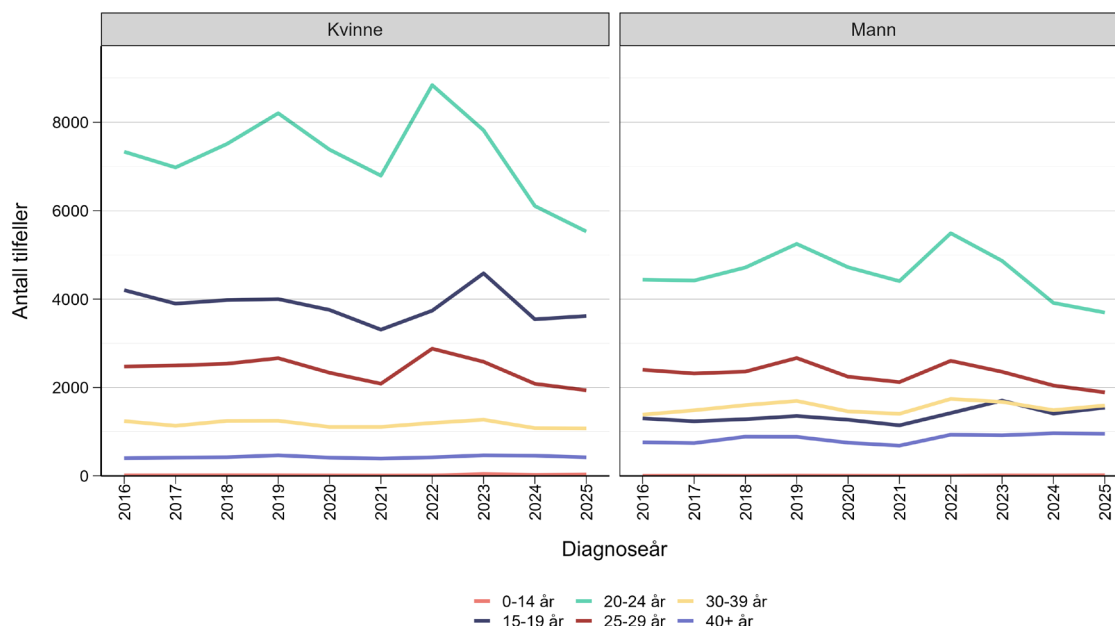
I 2025 var antall testede for klamydia 361 001 mot 372 422 i 2024. Nedgangen skyldes hovedsakelig redusert testaktivitet i aldersgruppene 20 – 29 år, og spesielt blant kvinner 20 – 24 år (8 % færre tester sammenliknet med 2024). Det ses en jevn økning i antall tester fra menn 40 år og eldre de siste to årene. Andelen med et positivt prøvesvar blant de testede var 5,2 % blant kvinner og 8,1 % blant menn, uendret sammenliknet med 2024 men lavere enn i 2023 (hhv 6,5 % og 10,1 %) (Tabell 6).

Andelen positive klamydiaprøver blant de undersøkte synker med stigende alder, men ligger høyere hos menn i alle aldersgrupper. I 2025 var andelen positive blant de testede høyest blant menn i aldersgruppen 15 – 19 år (15 %) og 20 – 24 år (13 %) (Tabell 6).

Tabell 6. Antall personer testet, antall meldte tilfeller og andel positive tilfeller blant de testede, etter alder og kjønn, 2023 – 2025.

Kjønn	Alder (år)	2023			2024			2025		
		Testet	Positive	% pos.	Testet	Positive	% pos.	Testet	Positive	% pos.
Menn	0-14	659	11	1,7	816	10	1,2	848	16	1,9
	15-19	11 192	1 703	15,2	9 955	1 409	14,2	10 075	1 543	15,3
	20-24	32 740	4 865	14,9	29 361	3 913	13,3	27 577	3 695	13,4
	25-29	25 446	2 354	9,3	24 157	2 044	8,5	22 828	1 889	8,3
	30-39	28 559	1 674	5,9	29 879	1 486	5,0	30 230	1 592	5,3
	40+	23 252	917	3,9	25 144	962	3,8	27 806	951	3,4
	Totalt	121 848	11 524	9,5	119 312	9 824	8,2	119 364	9 686	8,1
Kvinner	0-14	1 402	42	3,0	1 440	24	1,7	1 466	32	2,2
	15-19	42 215	4 583	10,9	37 208	3 542	9,5	36 190	3 617	10,0
	20-24	87 252	7 819	9,0	80 487	6 106	7,6	74 199	5 530	7,5
	25-29	54 048	2 581	4,8	50 596	2 083	4,1	47 654	1 936	4,1
	30-39	52 155	1 270	2,4	51 272	1 080	2,1	49 822	1 075	2,2
	40+	32 028	465	1,5	32 107	457	1,4	32 306	419	1,3
	Totalt	269 100	16 760	6,2	253 110	13 292	5,3	241 637	12 609	5,2
Totalt for alle tilfeller	390 948	28 284	7,2	372 422	23 116	6,2	361 001	22 295	6,2	

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet



Figur 6. Antall meldte tilfeller av klamydia, etter alder og kjønn, 2016 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

2.2.2 Meldte tilfeller etter bostedsfylke

Det er stor variasjon i rapportert forekomst av klamydia mellom fylkene. Det er små endringer i antall meldte tilfeller sammenliknet med 2024, men Vestland og Rogaland skiller seg ut med en nedgang på hhv 18 og 14 %. Flest antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere er i Oslo (632 per 100 000) etterfulgt av Finnmark (589 per 100 000) og Troms (513 per 100 000). Færrest tilfeller ble meldt i Innlandet og Østfold (hhv 295 og 299 per 100 000) (Tabell 7).

Tabell 7. Antall meldte tilfeller og antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere av klamydia, etter bostedsfylke, 2016 – 2025.

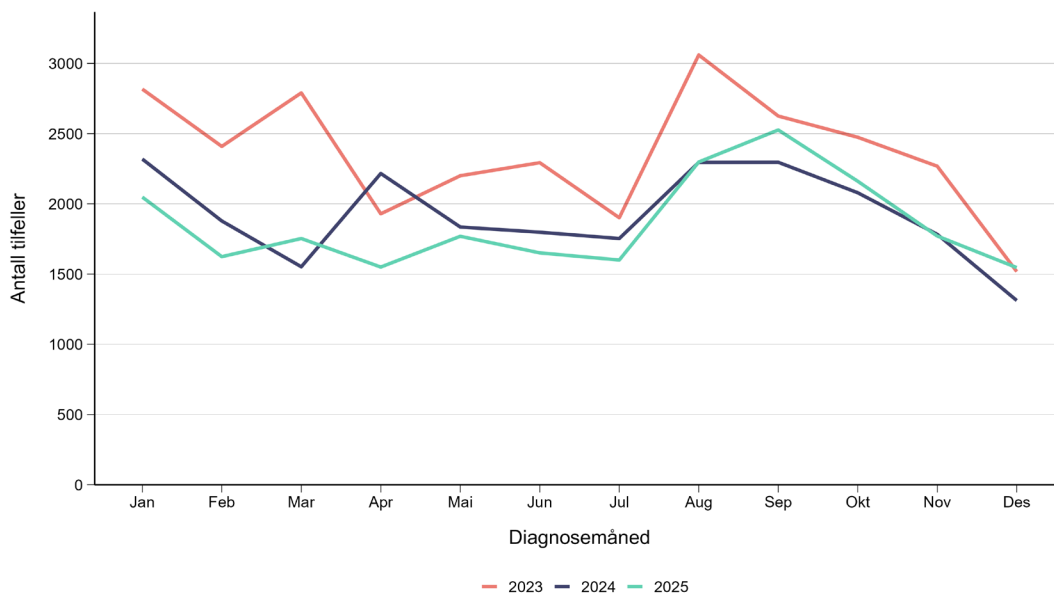
Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Agder	977 (327)	969 (322)	994 (327)	1265 (414)	1348 (439)	1618 (524)	1585 (509)	1458 (461)	1158 (362)	1159 (362)
Akershus	3053 (476)	2929 (449)	2945 (445)	2900 (431)	2607 (382)	2299 (333)	3194 (455)	3134 (438)	2329 (320)	2689 (369)
Buskerud	1050 (414)	790 (310)	1051 (410)	1024 (397)	975 (376)	736 (282)	945 (359)	956 (358)	743 (275)	847 (314)
Finnmark-Finnmarku	499 (659)	497 (653)	590 (775)	513 (676)	565 (749)	603 (807)	571 (770)	614 (828)	469 (625)	442 (589)
Innlandet	1433 (389)	1359 (367)	1394 (376)	1400 (377)	1400 (377)	1092 (295)	1402 (378)	1479 (396)	1259 (335)	1109 (295)
Møre og Romsdal	849 (323)	839 (318)	947 (358)	1041 (393)	865 (326)	867 (326)	1018 (383)	1087 (405)	891 (329)	821 (303)
Nordland	1338 (556)	1318 (546)	1324 (547)	1233 (509)	990 (410)	966 (402)	1182 (492)	1228 (509)	979 (403)	831 (342)
Oslo	5327 (809)	5204 (780)	5627 (836)	6060 (890)	5402 (779)	4358 (625)	5995 (857)	5502 (776)	4594 (640)	4537 (632)
Rogaland	2004 (426)	2016 (427)	2099 (443)	2413 (507)	2379 (496)	2020 (419)	2405 (495)	2243 (456)	2060 (412)	1764 (353)
Telemark	630 (365)	549 (317)	700 (404)	813 (469)	706 (407)	669 (386)	678 (390)	698 (398)	535 (302)	616 (348)
Troms	1260 (761)	1136 (681)	1255 (748)	1190 (706)	1009 (601)	918 (548)	1069 (638)	1110 (659)	857 (505)	870 (513)

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Trøndelag	2607 (575)	2542 (555)	2575 (557)	2793 (600)	2291 (489)	2272 (482)	2840 (599)	2753 (575)	2142 (444)	1973 (409)
Vestfold	1049 (349)	1067 (444)	1023 (422)	1126 (461)	954 (388)	911 (367)	1042 (415)	1175 (463)	994 (388)	996 (388)
Vestland	2653 (425)	2540 (404)	2729 (432)	3326 (525)	2826 (444)	2839 (444)	3613 (563)	3247 (502)	2822 (433)	2328 (357)
Østfold	1012 (350)	1110 (380)	1054 (358)	1070 (360)	1011 (338)	1046 (347)	1388 (455)	1198 (388)	969 (310)	933 (299)
Ukjent fylke ¹	226	265	263	279	116	233	344	402	315	382
Totalt antall tilfeller	25967 (498)	25130 (478)	26570 (502)	28446 (534)	25444 (474)	23447 (435)	29271 (540)	28284 (515)	23116 (416)	22297 (399)

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke. Tallet i parentes er antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere. ¹Ukjent fylke inkluderer tilfeller uten personnummer og registrert bostedsfylke.

2.2.3 Meldte tilfeller etter diagnosemåned

Det er et relativt jevnt antall månedlige meldte tilfeller utover våren, en topp i antall meldte etter sommeren etterfulgt av en nedgang gjennom høsten (Figur 7). Dette gjenspeiler i stor grad når personer tester seg og sier mindre om smittetidspunkt.



Figur 7. Antall meldte tilfeller av klamydia etter diagnosemåned, 2023 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

2.2.4 Meldte tilfeller etter lokalisasjon

Majoriteten av infeksjonene meldt i 2025 ble påvist gjennom prøvemateriale fra genitalia hos kvinner og urin fra menn. I tillegg ble det påvist klamydia i vel 1300 anorektale prøver, spesielt hos menn som har sex med menn. I 2025 ble det meldt 35 tilfeller av klamydia øyefeksjon hvorav 15 var hos spebarn.

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

2.3 Vurdering og tiltak

I årene fram mot 2019 var det en stigende trend i antall meldte tilfeller med klamydiainfeksjon. Den observerte nedgangen i perioden våren 2020 til høsten 2021, skyldtes trolig de strenge kontaktreducerende tiltak i forbindelse med pandemihåndteringen. 2022 var et foreløpig toppår, og økning i meldte tilfeller dette året, spesielt blant kvinner og menn i aldergruppen 20 – 24 år sammenfalt med en tilsvarende observert økning i gonoré blant unge heteroseksuelt smittede samme år. Tilsvarende trend ble observert i en rekke europeiske land med rekordhøy melderate i 2022 som avtok i 2023 [5].

Fra 2023 er det observert en nedgang i antall meldte klamydiatilfeller og noe redusert testaktivitet i aldersgruppene 20 – 29 år. I aldergruppen 15 – 19 år er det liten økning i meldte tilfeller samtidig som testaktiviteten har vært stabil. Også i Sverige [2] og Danmark [3] viser overvåkningstatistikken at klamydiatallene er på vei ned blant de unge.

Klamydia er oftest en asymptomatisk infeksjon og mange tilfeller fanges opp gjennom rutinemessig testing. Det meldes flere tilfeller av klamydia blant kvinner enn menn. Denne forskjellen gjenspeiler trolig ikke en reell forskjell i forekomst blant kvinner og menn, men at flere kvinner tester seg. Det har gjennom mange år vært store geografiske forskjeller i antall meldte tilfeller ift. folketallet. Dette skyldes ikke nødvendigvis forskjeller i forekomst, men kan være et resultat av ulikheter i helsetilbud og testaktivitet. Det presiseres at folkeregisterført bostedsfylke for mange unge ikke reflekterer hvor de oppholder seg og dermed kan gi et noe skjevt bilde av hvor smittetrykket er størst.

Det tas fortsatt altfor mange prøver utenfor indikasjon i de eldre aldersgrupper. Dette reflekteres i lav andel positive prøver og utgjør også unødvendig ressursbruk av laboratorie- og helsetjenesten. Klamydiainfeksjoner er et resultat av sex uten kondom. Det viktigste forebyggende tiltaket er kondombruk i møte med nye partnere.

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

3 Lymfograduloma venereum (LGV)

LGV var summarisk meldingspliktig til MSIS i perioden 1993 – 2002. I perioden 2013 – 2018 ble opplysninger (prøvedato, kjønn, fødselsår og bostedskommune) innhentet som et ledd i den anonymiserte klamydiaovervåkingen. Etter forskriftsendring i 2019, ble LGV en nominativt meldingspliktig sykdom, gruppe A, som meldes fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og fra laboratorium. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.04.2026.

3.1 Bakgrunn

LGV skyldes smitte med spesielle serotyper (L1, L2, L3) av klamydiabakterien (*C trachomatis*). I vestlige land smitter LGV mellom menn som har sex med menn, og kan føre til betennelse i endetarmen, proktitt). LGV kan også forårsake genitale sår og betennelser i lymfeknuter i genitalregionen. Siden begynnelsen av 2000-tallet har et økende antall tilfeller av LGV blitt rapportert blant menn som har sex med menn i Europa, også i Norge. Etter en tydelig nedgang under pandemien, er antall meldte tilfeller igjen på nivå med årene før pandemien. Oslo har i de senere årene vært hyppigst oppgitt som smittested innenlands.

3.2 Meldte tilfeller av LGV

I 2025 ble det meldt 37 tilfeller til MSIS, mot 31 tilfeller i 2024 og 43 tilfeller i 2023, alle blant msm. To tredeler av mennene var (73 %) var 35 år eller eldre. Vel 40 % var født utenfor Norge. Av de 37 tilfellene meldt i 2025, var 24 folkeregistrert bosatt i Oslo. For de 34 der antatt smittested var oppgitt, var 47 % (16) smittet i Norge, hvorav nesten alle (14) i Oslo. Blant de 18 som oppgir å ha blitt smittet i utlandet, oppga en tredel (6) Spania som antatt smittested.

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

Tabell 8. Antall meldte tilfeller av LGV etter diagnoseår, fødested og smittested, 2019 – 2025.

	Diagnoseår						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	38	47	46	41	44	37	37
Fødested							
Norge	13	7	5	14	24	13	19
Utlandet	14	7	5	22	20	18	16
Ukjent	0	0	0	0	0	0	2
Smittested							
Oslo	15	7	3	15	17	5	14
Øvrige Norge	4	3	4	7	4	3	1
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	1
Utlandet	8	4	3	14	23	22	18
Ukjent	0	0	0	0	0	1	3
Totalt antall tilfeller	27	14	10	36	44	31	37

Kilde: Meldingsystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

3.3 Mikrobiologisk diagnostikk

Det er kun Først laboratorium, St.Olavs Hospital og Oslo Universitetssykehus som utfører denne diagnostikken, og andre laboratorier videresender derfor klamydiapositive prøver fra sår og rektum for slike analyser.

3.4 Vurdering og tiltak

Ubehandlet kan LGV medføre alvorlig og smertefulle infeksjoner i tarmslimhinne og lymfesystem med abscess og fisteldannelser, og som kan mistolkes som annen tarmsykdom. Laboratoriene bør sørge for at positive klamydiatester i anale prøver fra msm, testes for LGV. Behandlende lege bør påse at dette blir fulgt opp samt ta kontrollprøve etter behandling. Personer som diagnostiseres med LGV bør også testes for andre seksuelt overførbare infeksjoner og tilbys smittevernveiledning. Behandling i tråd med gjeldende behandlingsretningslinjer er viktig. Som for hivinfeksjon, syfilis og gonoré er menn født i utlandet overrepresentert blant meldte tilfeller av LGV.

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

4 Syfilis

Syfilis var meldingspliktig med aidentifiserte helseopplysninger til MSIS i perioden 1993 til 2019, men ble etter forskriftsendring i 2019 en gruppe A-sykdom som meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. Overvåkingen av syfilis har som mål å følge forekomsten av nysmitte, og det er kun primær, sekundær og tidlig latent syfilis som meldes (dvs. smittetidspunktet er i løpet av det siste året). Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.04.2026.

4.1 Bakgrunn

Syfilis er en infeksjon forårsaket av bakterien *Treponema pallidum*. Syfilis smitter hovedsakelig ved seksuell kontakt og kan også overføres fra mor til barn under svangerskapet. Infeksjonen kan gi et variert sykdomsbilde og forekommer i ulike stadier, fra tidlig infeksjon med varierende kliniske manifestasjoner til latent infeksjon og, ved manglende behandling, risiko for alvorlige senkomplikasjoner. Stadiuminndeling har betydning for både behandling og smitteverntiltak.

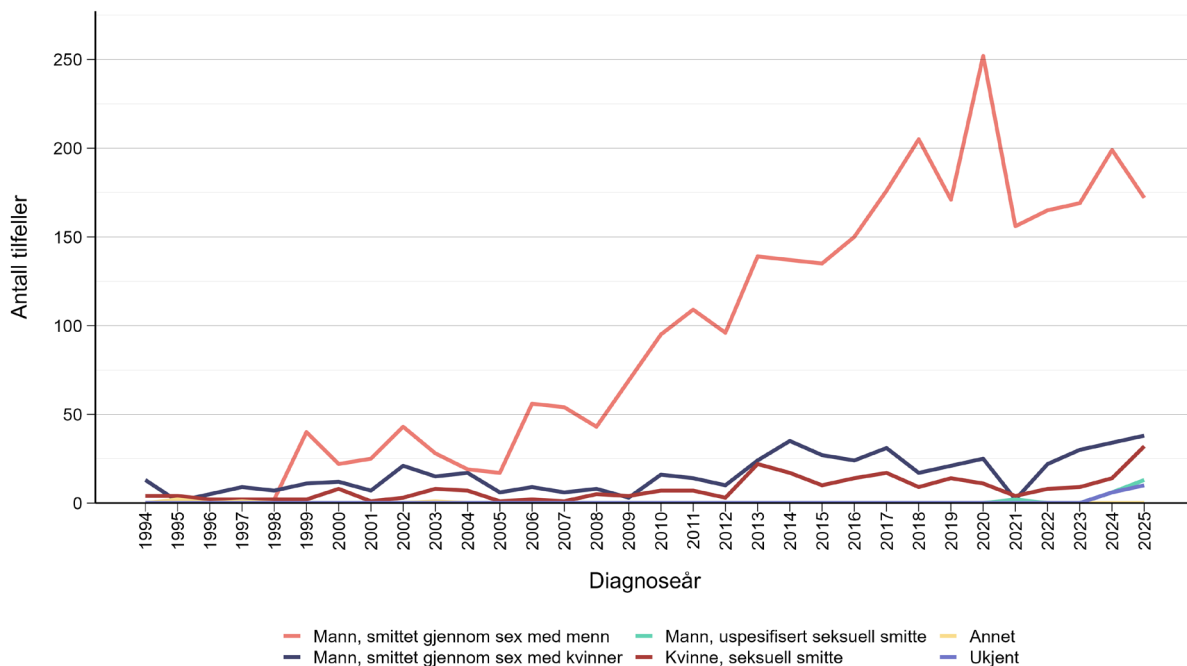
Siden årtusenskiftet har det vært en betydelig økning i meldte tilfeller blant menn som har sex med menn, både i Norge og ellers i Europa, og med endemisk høye nivåer fra 2010. Et lavt antall meldte tilfeller er personer smittet gjennom sex med motsatt kjønn.

4.2 Meldte tilfeller av syfilis

Antall totalt meldte tilfeller med nysmitte av syfilis var på tilsvarende nivå som året før. Det ble i 2025 meldt i alt 265 tilfeller (5 per 100 000) av syfilis mot 259 tilfeller i 2024 (Tabell 9). Trenden etter smitemåte er presentert i Figur 8. Av de meldte tilfellene i 2025 var 172 (65 %) tilfeller blant msm, en reduksjon på 12 % sammenlignet med 2024. Det var økning i antall meldte tilfeller blant kvinner som er seksuelt smittet (33 tilfeller i 2025 sammenlignet med 15 i 2024), mens antall meldte tilfeller blant menn smittet gjennom sex med kvinner har en mindre økning sammenlignet med 2024 (38 tilfeller i 2025 sammenlignet med 34 i 2024). For 10 personer er smitemåte ukjent.

Det ble rapportert 80 tilfeller av primær syfilis, 74 av sekundær syfilis og 111 av tidlig latent syfilis, en fordeling som er relativt uendret sammenlignet med året før (Tabell 9).

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



Figur 8. Antall meldte tilfeller av syfilis etter kjønn og smittemåte, 1994 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 9. Antall meldte tilfeller av syfilis etter alder, kjønn, fødested, smittested, smittemåte og klinisk stadium, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	40	40	37	38	36	35	36	35	39	35
(øvre-nedre kvartil)	(31 - 48)	(29 - 51)	(29 - 47)	(30 - 49)	(29 - 45)	(29 - 42)	(29 - 48)	(29 - 46)	(31 - 48)	(29 - 46)
Kjønn										
Kvinne	14	17	9	14	11	4	8	9	15	33
Mann	174	207	222	192	277	160	187	199	244	232
Fødested										
Norge	137	146	153	124	170	92	111	104	134	152
Utlandet	51	78	76	82	118	72	84	104	122	111
Ukjent	0	0	2	0	0	0	0	0	3	2
Smittested										
Oslo	89	86	106	77	163	97	82	70	101	62
Øvrige Norge	38	54	42	51	73	41	44	58	42	53
Norge, ikke nærmere angitt	0	1	1	0	0	0	0	1	10	14
Utlandet	61	83	81	78	52	26	69	79	85	95
Ukjent	0	0	1	0	0	0	0	0	21	41
Smittemåte										
Mann, smittet gjennom sex med menn	150	176	205	171	252	156	165	169	199	172
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	24	31	17	21	25	2	22	30	34	38
Mann, uspesifisert seksuell smitte	0	0	0	0	0	2	0	0	6	13
Kvinne, seksuell smitte	14	17	9	14	11	4	8	9	14	32
Mor/Barn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	0	0	0	6	10

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Syfilis stadium										
Primær	86	82	105	69	106	47	76	65	62	80
Sekundær	47	61	39	54	40	35	37	50	75	74
Tertiær	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Tidlig latent	55	81	87	83	141	82	82	92	122	111
Totalt antall tilfeller	188	224	231	206	288	164	195	208	259	265

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹Tilfellene uten kjent smitteåtte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smitteåtte er vanskelig å avdekke.

I 2025 var 131, om lag halvparten, av de meldte tilfellene folkeregistrert i Oslo. Dette er stabilt sammenliknet med året før, men høyere enn i forutgående år. Sammenliknet med 2024, er det en økning i meldte tilfeller fra Vestland (24) og Østfold (11), på stabilt nivå i Akershus (29) og Trøndelag (17), mens det er færre tilfeller meldt fra Buskerud (2) og Telemark (2) (Tabell 10).

Tabell 10. Antall meldte tilfeller av syfilis, etter bostedsfylke, 2016 – 2025.

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Agder	9	7	3	5	4	9	4	5	5	5
Akershus	12	27	19	20	37	16	17	18	29	29
Buskerud	2	10	6	2	5	2	6	8	10	2
Finnmark-Finnmarku	6	1	3	2	0	1	3	5	1	2
Innlandet	6	9	6	8	22	3	5	12	4	7
Møre og Romsdal	3	0	2	2	5	0	5	2	3	6
Nordland	4	4	6	1	2	4	5	6	5	6
Oslo	104	112	139	109	167	94	109	94	134	131
Rogaland	11	9	11	16	12	4	8	7	15	17
Telemark	8	3	4	7	3	1	1	1	5	2
Troms	4	5	0	4	3	4	6	1	3	2
Trøndelag	5	6	8	8	5	7	2	3	17	17
Vestfold	3	9	4	2	6	1	0	1	4	4
Vestland	4	15	16	17	13	10	18	40	18	24
Østfold	7	7	4	3	4	8	6	4	6	11
Ukjent fylke ¹	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Totalt antall tilfeller	188	224	231	206	288	164	195	208	259	265

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke. ¹Ukjent fylke inkluderer tilfeller uten personnummer og registrert bostedsfylke.

4.2.1 Meldte tilfeller etter smitteåtte

Menn smittet gjennom sex med menn

Median alder blant meldte tilfeller hos msm var 37 år (nedre og øvre kvartil: 30 – 47 år). Norge er registrert som smittested i 86 (50 %) av tilfellene hvorav 48 er smittet i Oslo (Tabell 11). For 25 er smittested ikke angitt. For 40 av de 61 meldt smittet i utlandet, var land oppgitt hvorav Spania og Tyskland hyppigste registrerte smittesteder (hhv. 8 tilfeller hver).

Som i de siste par årene utgjør menn født i utlandet nesten halvparten av de meldte tilfellene. De er hovedsakelig smittet mens bosatt i Norge.

Tabell 11. Antall meldte tilfeller av syfilis blant menn som har sex med menn, etter fødested, smittested og smittetidspunkt, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	40	38	37	38	35	35	36	35	39	37
(øvre-nedre kvartil)	(31 - 48)	(28 - 49)	(29 - 45)	(30 - 48)	(29 - 45)	(29 - 43)	(30 - 48)	(29 - 46)	(31 - 48)	(30 - 47)
Fødested										
Norge	106	110	131	101	148	85	96	81	100	96
Utlandet	44	66	72	70	104	71	69	88	97	75
Ukjent	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1
Smittested										
Oslo	83	80	101	76	159	94	79	62	91	48
Øvrige Norge	20	36	37	36	56	37	33	47	32	29
Norge, ikke nærmere angitt	0	1	1	0	0	0	0	1	6	9
Utlandet	47	59	66	59	37	25	53	59	59	61
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	11	25
Totalt antall tilfeller	150	176	205	171	252	156	165	269	199	172

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Smitte gjennom sex med motsatt kjønn

Det ble totalt meldt 65 tilfeller av syfilis smittet gjennom sex med motsatt kjønn (Tabell 12). De fleste er født i Norge, mens om lag en tredjedel er født i utlandet.

Median alder blant menn smittet gjennom sex med kvinner var 40 år for menn (nedre og øvre kvartil: 31 – 53 år). Av de 38 smittede mennene, var 26 (68 %) født i Norge. Blant de 38 mennene ble 22 (58 %) registrert som smittet i utlandet hvorav ni i Thailand.

Blant de 33 meldte tilfeller hos kvinner er hovedandelen smittet gjennom sex med menn (27 tilfeller, 82 %), mens 5 tilfeller hos kvinner er smittet ved seksuell kontakt uten at nærmere smittemåte er angitt. For ett tilfelle er smittemåten ukjent. Medianalder var 28 år for kvinner smittet seksuelt (nedre og øvre kvartil: 23 – 34 år). Av de 33 kvinnene var hovedandelen (18, 55 %) født i Norge og ni født i Sør- og Mellom-Amerika. Blant kvinnene er det 5 (15 %) som ble smittet i utlandet og 21 (63 %) som ble smittet i Norge.

Tabell 12. Antall meldte tilfeller av syfilis blant personer som er smittet gjennom sex med motsatt kjønn, etter fødested, smittested og smittetidspunkt, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	36	50	44	37	44	32	36	36	40	34
(øvre-nedre kvartil)	(28 - 46)	(40 - 55)	(34 - 50)	(30 - 52)	(33 - 52)	(29 - 36)	(26 - 49)	(26 - 52)	(30 - 50)	(26 - 45)
Fødested										
Kvinne	14	17	9	14	11	4	8	9	13	27
Mann	24	31	17	21	25	2	22	30	34	38
Fødested										
Norge	31	36	22	23	22	5	15	23	28	42
Utlandet	7	12	4	12	14	1	15	16	19	22
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Smittested										
Oslo	6	6	5	1	4	3	3	8	7	11
Øvrige Norge	18	18	5	15	17	2	11	11	9	18
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Utlandet	14	24	15	19	15	1	16	20	23	26
Ukjent	0	0	1	0	0	0	0	0	4	6
Totalt antall tilfeller	38	48	26	35	36	6	30	39	47	65

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

4.3 Mikrobiologisk diagnostikk og overvåking

Syfilis har en inkubasjonstid på opptil tre måneder. Noen har imidlertid et sykdomsforløp uten symptomer eller kliniske tegn og kan tilfeldig oppdages i blodprøve opptil flere år senere. Screeningstester (serologi) kan i liten grad skille mellom behandlingstrengende syfilis, serologiske arr etter tidligere gjennomgått eller behandlet syfilis eller gjennomgått ikke-venerisk treponematose (bakterier i samme bakteriefamilie som syfilis, men som ikke smitter gjennom sex). Vurdering av serologiske prøvesvar for å stadfeste eventuelt smitteførende stadium og effekt av behandling krever spisskompetanse. Positive prøver blir derfor sendt til [nasjonalt referanselaboratorium ved Oslo Universitetssykehus](#) for bekreftelse. Primær syfilis (sjanker) kan diagnostiseres med nukleinsyrepåvisning (PCR, NAT) direkte fra sår (sjanker).

4.4 Vurdering og tiltak

Antall meldte tilfeller av syfilis blant msm ligger fortsatt på et betydelig høyere nivå enn blant de som er smittet av motsatt kjønn, til tross for en nedgang siste året. Utenlandsfødte menn utgjør over halvparten av smittede blant msm, noe som indikerer behov for styrket og målrettet innsats innen testing, forebygging og oppfølging i denne gruppen.

Til tross for lav forekomst av syfilis blant de som er smittet gjennom sex med motsatt kjønn, har det de siste årene vært noen flere meldte tilfeller i denne gruppen, og i 2025 er det meldt dobbelt så mange tilfeller hos kvinner sammenlignet med 2024. Primære sjankere kan være små, smertefrie og lett å overse, særlig når de sitter i hals, vaginalt eller analt. Dette kan bidra til forsinket diagnostikk og høy smitteoverføring, og understreker betydningen av lav terskel for testing og økt årvåkenhet i helsetjenesten.

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

Fordelingen av syfilistilfeller på sykdomsstadium viser at fire av ti tilfeller blir diagnostisert i tidlig latent fase. Tidlig latent syfilis forløper uten symptomer, noe som gjør det vanskelig for den enkelte å vite når testing er indikert og understreker betydningen av lav terskel for testing i relevante grupper.

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

I 2023 ble det rapportert vel 41 000 bekreftede tilfeller av syfilis i 29 EU/EØS-land [6] hvor det også har vært en betydelig økning i tilfeller siste ti år, spesielt blant menn som har sex med menn. På verdensbasis er det en bekymringsfull økning av smitte fra mor til barn, også i flere europeiske land. Alle gravide skal få tilbud om prøvetaking i svangerskapet.

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

5 Hiv/aids

Infeksjon med hiv meldes fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og fra laboratorium. Hivinfeksjon var meldingspliktig med aidentifiserte helseopplysninger til MSIS i perioden 1986 – mars 2019. Tilfeller diagnostisert fra og med høsten 1984 ble etterrapportert. Fra mars 2019 har hiv vært en nominativt meldingspliktig sykdom med personidentifiserbare opplysninger og CD4 tall ved diagnosetidspunktet er blitt rapportert. Meldingskriteriene har stort sett vært uendret gjennom årene. Aids tilfeller har vært meldt med personidentifiserbare opplysninger fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) siden 1983, etter den europeiske definisjonen [7]. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.04.2026. Data om testaktivitet for hiv er basert på data fra MSIS labdatabase.

5.1 Bakgrunn

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

Opprinnelig var epidemien preget av diagnoser blant msm og personer som injiserer rusmidler. Antall diagnoser økte fra slutten av 90-tallet inntil 2008, drevet av økt migrasjon fra høyendemiske områder, som Afrika sør for Sahara, og en økning i diagnoser blant msm. Fra 2008 til 2019 var det en nedgang i hivtilfeller hovedsakelig grunnet en nedgang både blant norskfødte msm og migranter som fikk hiv før de migrerte til Norge. Antall meldte tilfeller av hiv reflekterer nå i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra land med høy smitterisiko.

5.2 Testaktivitet for hiv

Testing for hiv er anbefalt for flere grupper med høyere risiko for smitte (f.eks. menn som har sex med menn og innvandrere fra land med høy smitterisiko), på klinisk indikasjon (f.eks. personer med symptom, ved kliniske funn som kan gi mistanke om infeksjon) eller rutinemessig av smittevern hensyn (f.eks. blodgivere, gravide og organdonorer).

[Smittevernhåndboka](#) lister grupper med særlig indikasjon for testing for hiv. Hivinfeksjon diagnostiseres vanligvis ved påvisning av antistoffer og antigen i blod. Et reaktivt resultat må bekreftes med videre undersøkelser ved et laboratorium som utfører konfirmasjonstesting.

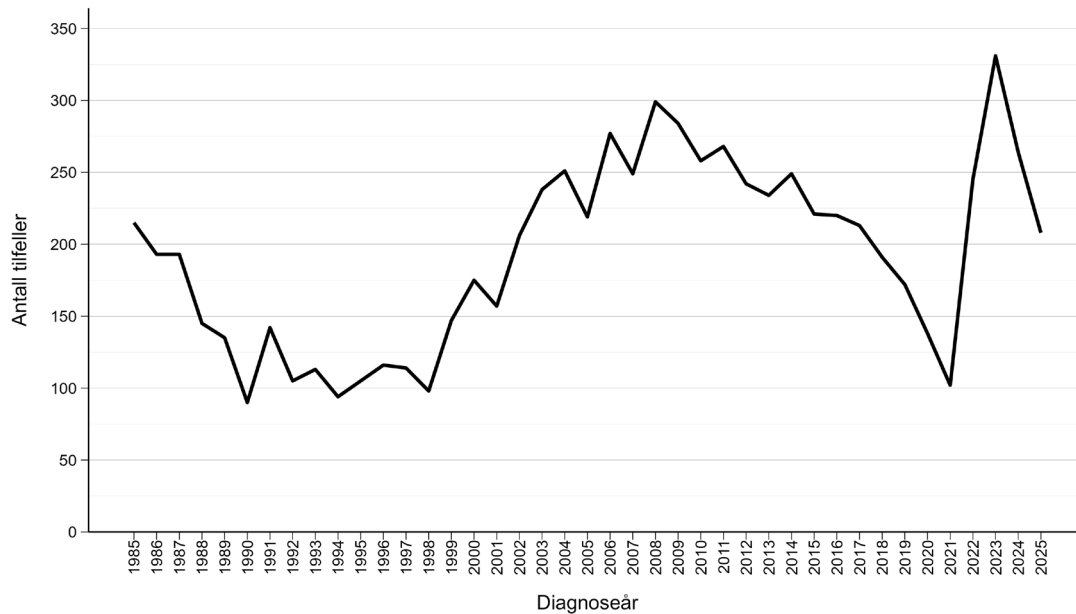
I 2025 ble 188 549 personer testet for hiv (34 per 1000 i befolkningen), ekskludert blodgivere. Testing blant blodgivere presenteres i [årsrapporten for blodtransfusjonstjenesten i Norge](#) (Direktoratet for medisinske produkter). Av disse testet 204 (0,1 %) positiv i både primærttest og konfirmasjonstest. Tallet kan avvike fra antall nye meldte tilfeller til MSIS pga. diskrepans med meldingskriteriene til MSIS.

5.3 Meldte tilfeller av hiv

I 2025 ble det meldt 208 nye tilfeller av hivinfeksjon, en nedgang fra 264 i 2024 og 331 i 2023 (Figur 9 og Tabell 13). Majoriteten (166, 80 %) var født utenfor Norge, hvorav 134 (81 %) var registrert som smittet før innvandring. Trenden etter smittemåte er presentert i Figur 10. Det

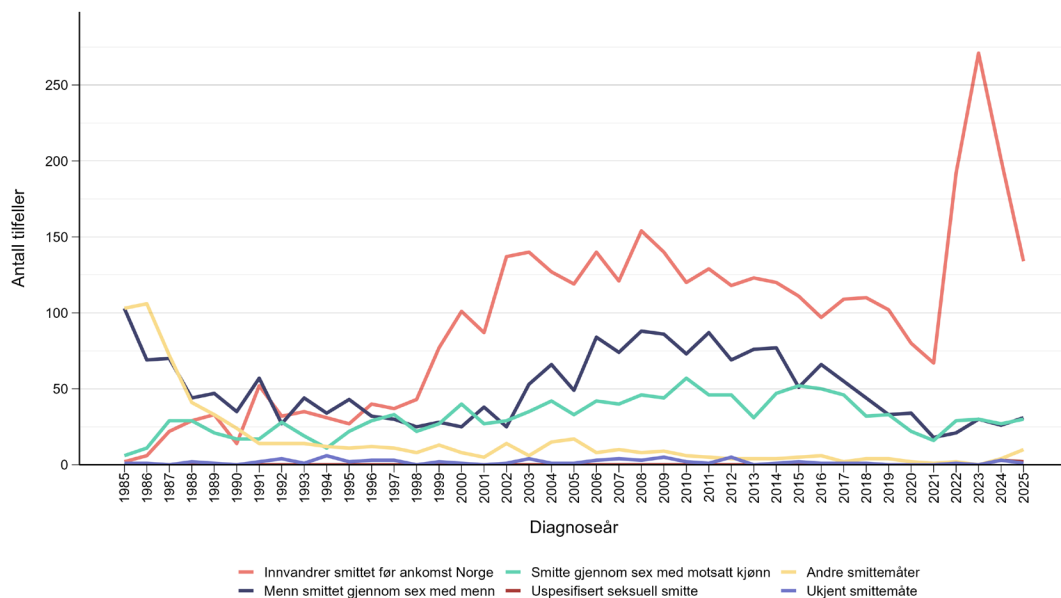
var i alt 49 meldte tilfeller med ukjent smittebakgrunn, hvorav 48 var innvandrere smittet før innvandring.

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



Figur 9. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon etter diagnoseår, Norge 1985 – 2025.

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.



Figur 10. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon etter diagnoseår og smittemåte, Norge 1985 – 2025.

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 13. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon etter alder, kjønn, fødested, smittested og smittemåte, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	38 (30 - 48)	37 (30 - 45)	37 (30 - 47)	38 (31 - 49)	38 (32 - 49)	38 (30 - 49)	40 (34 - 47)	40 (33 - 50)	41 (33 - 47)	40 (32 - 48)
Kjønn										
Kvinne	63	58	69	60	46	38	109	127	93	77
Mann	157	155	122	112	92	64	136	204	171	131
Fødested										
Norge	89	73	58	53	37	23	37	34	29	35
Utlandet	131	139	133	119	101	79	208	297	233	166
Ukjent	0	1	0	0	0	0	0	0	2	7
Smittested										
Oslo	31	25	17	17	13	9	12	12	10	7
Øvrige Norge	26	28	18	11	16	6	10	12	4	9
Norge, ikke nærmere angitt	0	2	0	0	0	0	0	0	6	8
Utlandet	162	157	156	143	108	87	223	307	243	177
Ukjent	1	1	0	1	1	0	0	0	1	7
Smittemåte										
Mann, smittet gjennom sex med menn	87	88	73	61	64	36	59	71	64	60
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	63	58	37	43	23	23	48	64	33	29
Mann, uspesifisert seksuell smitte	0	0	0	0	0	0	0	1	10	8
Kvinne, seksuell smitte	57	57	64	57	43	35	90	88	58	41
Injisierende rusmiddelbruk	8	7	6	8	8	4	24	31	20	9
Stikkskade eller annen blodeksponering	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5
Blodprodukt eller organtransplantasjon	0	0	0	0	0	0	0	6	8	2
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Mor/Barn	2	2	6	2	0	4	5	12	6	5
Annet	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
Ukjent ¹	3	1	5	0	0	0	18	56	59	49
Totalt antall tilfeller	220	213	191	172	138	102	245	331	264	208

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

Tabell 14. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon, etter bostedsfylke på diagnosetidspunktet, 2016 – 2025.

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Agder	6	9	10	8	7	4	14	22	10	9
Akershus	23	19	26	18	14	12	26	14	23	17
Buskerud	14	12	7	9	3	8	14	17	9	8
Finnmark-Finnmarku	1	4	3	2	1	1	7	8	4	4
Innlandet	2	5	10	7	4	6	11	22	18	11
Møre og Romsdal	12	6	8	6	2	3	12	18	8	12
Nordland	11	7	1	2	2	5	9	15	18	9
Oslo	83	70	67	48	51	25	62	63	47	54
Rogaland	18	21	18	18	13	14	29	38	36	20
Telemark	6	2	3	3	3	1	5	7	6	5
Troms	2	4	5	2	4	1	6	13	11	10
Trøndelag	5	20	5	9	10	8	12	17	24	16
Vestfold	7	3	1	9	1	1	6	13	8	8
Vestland	17	21	22	17	13	6	26	39	31	13
Østfold	13	10	5	14	10	6	6	24	11	12
Ukjent fylke ¹	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Totalt antall tilfeller	220	213	191	172	138	102	245	331	264	208

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke. ¹ Ukjent fylke inkluderer tilfeller uten personnummer og registrert bostedsfylke.

5.3.1 Meldte tilfeller bosatt i Norge ved smittetidspunkt

Av de 208 tilfellene meldt i 2025 var 61 antatt smittet mens de var bosatt i Norge (enten fordi de er norskfødte eller utenlandsfødte registrert som smittet etter innvandring) (Tabell 15). I tillegg var det ytterligere 13 tilfeller som enten hadde ukjent fødeland eller var født i utlandet og hadde ukjent data om smittetidspunkt. Blant de 61 var 24 (39 %) angitt smittet i Norge. Årlig antall meldte tilfeller med angitt smittested Norge har holdt seg relativt stabilt mellom 14 – 29 per år siden 2019 (Tabell 15). Seks av de 24 angitt smittet i Norge var rapportert smittet i 2025 og tre i 2024. For 13 var smitteår ukjent. Blant de 24 var 16 født i Norge. Det var 17 menn (hvorav 10 rapportert som smittet gjennom sex med menn) og syv kvinner. Av de 61 antatt smittet mens bosatt i Norge ble 20 (33 %) diagnostisert sent, dvs. CD4 tall <350 og/eller en aids-definerende sykdom samtidig som hivdiagnosen, i fravær av en negativ test ila. siste 12 måneder [8]. Trenden i antall sene diagnoser hvert år har vært stabil siden 2019 (Tabell 15).

Menn smittet gjennom sex med menn

I 2025 ble det meldt 28 hivtilfeller blant menn smittet gjennom sex med menn mens de var bosatt i Norge (Tabell 15). Medianalder var 37 år. Blant de 28 var 15 (54 %) født i Norge. Fra 2021 har trenden vært stabil, med 18 – 30 tilfeller rapportert årlig og rundt halvparten av disse født i Norge. Blant de 28 var 10 (36 %) angitt smittet i Norge, hvorav fem i Oslo. Antallet meldte tilfeller smittet gjennom sex med menn angitt smittet i Oslo har vært under 10 siden 2020. Blant de 28 ble 8 (29 %) diagnostisert sent.

Smitte gjennom sex med motsatt kjønn

Det ble meldt om 28 tilfeller smittet gjennom sex med motsatt kjønn (Tabell 15), hvorav 19 menn (medianalder 47 år) og ni kvinner (medianalder 39 år). Blant de 28 var 17 norskfødte (12 menn og fem kvinner) og 10 var rapportert smittet i Norge. Siden 2020 har mellom 16 – 30 tilfeller per år blitt meldt smittet gjennom sex med motsatt kjønn mens de var bosatt i Norge. For mennene er Thailand fortsatt det vanligste smittested i utlandet med syv tilfeller i 2025 etter 10 tilfeller i 2024 og ni i 2023. Blant de 28 ble 10 (36 %) diagnostisert sent.

Tabell 15. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon for personer som er smittet mens de bodde i Norge etter alder, kjønn, fødested, smittested, smittemåte, CD4 tall og aids ved diagnositidspunkt og sen diagnose, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	39	41	39	42	40	45	50	43	40	40
(øvre-nedre kvartil)	(30 - 51)	(33 - 51)	(32 - 52)	(33 - 55)	(32 - 56)	(36 - 55)	(38 - 60)	(35 - 58)	(32 - 56)	(32 - 53)
Kjønn										
Kvinne	17	10	11	10	9	2	9	9	8	10
Mann	106	93	70	60	46	33	43	51	51	51
Fødested										
Norge	89	73	58	53	37	23	37	34	29	35
Utlandet	34	30	23	17	18	12	15	26	30	26
Smittested										
Oslo	31	25	17	17	13	9	12	12	10	7
Øvrige Norge	26	27	18	11	16	6	10	12	4	9
Norge, ikke nærmere angitt	0	2	0	0	0	0	0	0	6	8
Utlandet	65	48	46	41	25	20	30	36	38	32
Ukjent	1	1	0	1	1	0	0	0	1	5
Smittemåte										
Mann, smittet gjennom sex med menn	66	55	44	33	32	18	21	30	26	28
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	37	36	23	23	12	14	20	21	18	19
Mann, uspesifisert seksuell smitte	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Kvinne, seksuell smitte	13	10	9	10	9	2	8	9	7	9
Injisierende rusmiddelbruk	6	1	2	4	2	1	2	0	3	1
Stikkskade eller annen blod-eksponering	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mor/Barn	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ukjent ¹	1	1	1	0	0	0	1	0	2	0
CD4 tall ved diagnositidspunkt²										
<200	0	0	0	19	13	14	22	19	14	11
200-349	0	0	0	9	4	3	5	7	6	8
350-499	0	0	0	6	9	4	9	15	9	8
+500	0	0	0	9	12	13	16	19	16	19
Ukjent	123	103	81	27	17	1	0	0	14	15
Aids-definerende sykdom samtidig som hivdiagnosen										
Ja	11	8	5	10	8	9	10	10	9	9
Nei	109	92	70	43	30	14	20	26	40	44
Ukjent	3	3	6	17	17	12	22	24	10	8
Sen diagnose³										
Ja	0	0	0	29	17	17	28	27	20	20
Nei	0	0	0	25	25	10	11	20	30	34
Ukjent ⁴	123	103	81	16	13	8	13	13	9	7
Totalt antall tilfeller	123	103	81	70	55	35	52	60	59	61

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke. ² CD4 tall har vært rapportert siden mars 2019. ³ Med sen diagnose menes et CD4 tall <350 og/eller en AIDS definerende sykdom samtidig som hivdiagnosen, i fravær av en negativ test ilt. siste 12 måneder [8]. ⁴ Ukjent er når det mangler data om enten CD4 tall og data om hvorvidt tilfellet hadde en AIDS-definerende sykdom samtidig som hivdiagnosen.

5.3.2 Meldte tilfeller smittet før innvandring til Norge

Meldte tilfeller blant personer smittet før innvandring til Norge fordelt på alder, kjønn, fødested, smittemåte og tidligere kjent hivstatus for de siste 10 årene presenteres i Tabell 16.

Ukraina var hyppigste fødeland (65, 49 %) blant de 134 meldte tilfellene smittet før innvandring til Norge i 2024. Det er færre med fødeland Ukraina enn i 2024 (n=111). Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina økte fra fire eller færre per år før 2022 til 96 i 2022 og 167 i 2023. Medianalder blant de 65 i 2025 var 42 år og 27 (42 %) var menn. Smittemåten var kjent for 38 (58 %), hvorav 17 kvinner smittet seksuelt, syv var smittet via injiserende rusmiddelbruk og fem var menn smittet seksuelt. Det var rapportert færre enn fem tilfeller for øvrige smittemåter. Blant personene med fødeland Ukraina var 43 (66 %) kjent hivpositiv før første hivdiagnose i Norge. Etter Ukraina var hyppigste fødeland Polen, Brasil og Kenya (seks tilfeller hver).

Blant alle 134 tilfeller smittet før innvandring ble 11 diagnostisert med aids samtidig som de ble diagnostisert med hivinfeksjon, hvorav seks født i Ukraina.

Tabell 16. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon for personer som er smittet før ankomst i Norge etter alder, kjønn, fødested, smittemåte og hvorvidt tilfellene var kjent hivpositive før første hivdiagnose i Norge, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	36	34	37	35	38	37	39	40	41	40
(øvre-nedre kvartil)	(30 - 43)	(28 - 40)	(29 - 42)	(29 - 44)	(33 - 46)	(29 - 44)	(33 - 44)	(33 - 48)	(34 - 46)	(33 - 47)
Kjønn										
Kvinne	46	47	58	50	37	36	100	118	83	64
Mann	51	62	52	52	43	31	92	153	118	70
Fødested										
Afrika	47	48	46	44	20	34	34	38	18	19
Asia	22	23	27	23	17	14	16	16	20	11
Europa	20	24	23	18	32	15	132	205	141	87
Nord-Amerika	3	2	2	2	2	0	0	0	5	1
Oseania	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	5	12	12	14	9	4	9	11	12	15
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1
Smittemåte										
Mann, smittet gjennom sex med menn	21	33	29	28	30	18	38	41	37	26
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	26	22	14	20	10	9	27	43	15	8
Mann, uspesifisert seksuell smitte	0	0	0	0	0	0	0	1	7	5
Kvinne, seksuell smitte	44	46	55	47	34	33	82	79	49	29
Injiserende rusmiddelbruk	2	6	4	4	6	3	22	31	17	8
Stikkskade eller annen blod-eksponering	0	0	0	0	0	0	1	0	4	3
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	0	0	0	0	0	0	0	6	8	2
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Mor/Barn	2	2	4	2	0	4	5	12	6	5
Annet	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
Ukjent ²	2	0	4	0	0	0	17	56	56	48

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kjent hivpositiv før første hivdiagnose i Norge										
Ja	33	48	52	51	48	38	152	215	145	91
Nei	64	61	58	51	32	29	40	56	56	43
Totalt antall tilfeller	97	109	110	102	80	67	192	271	201	134

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ 'Ukjent' fødested er tilfeller registrert som født i 'Utlandet'. ² Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

5.4 Meldte tilfeller av aids

Aids er en selvstendig nominativt meldepliktig tilstand som skal meldes i henhold til den europeiske aidsdefinisjonen [7].

Det er viktig å poengtere at det er underrapportering av aids til MSIS [9], bl.a. fordi effektiv behandling mot hiv fører som regel til rask klinisk bedring og god prognose. De fleste aidsmeldinger de siste 20 årene er initiert av FHI der vi på bakgrunn av hivmeldingen ser at pasienten trolig fyller aidskriteriene og dermed også anmoder om en aidsmelding. Aidstilfeller meldt til MSIS representerer derfor hovedsakelig aids diagnostisert samtidig som hiv [9].

Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.04.2026.

Antall meldte tilfeller av aids etter alder, kjønn og fødested de siste 10 årene er presentert i Tabell 17. De som nå utvikler aids kommer i stor grad fra udiagnostiserte hivtilfeller, det såkalte mørketallet. Folkehelseinstituttet har estimert dette til å være rundt 250 individer [10]. I siste 10-årsperiode er Pneumocystis jirovecii pneumoni (PCP) hyppigste aidsdefinerende diagnose (98, 53 %; i 2025: 12, 52%), etterfulgt av tuberkulose (20, 11 %) candidaøsofagitt (11, 6 %) og kaposi sarkom (10, 5 %).

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

Tabell 17. Antall meldte tilfeller av aids etter alder, kjønn og fødested, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	52 (41 - 55)	43 (40 - 53)	42 (36 - 49)	40 (38 - 46)	57 (34 - 63)	43 (35 - 50)	45 (37 - 53)	52 (41 - 62)	41 (35 - 58)	46 (40 - 52)
Kjønn										
Kvinne	7	5	3	5	1	9	9	6	10	7
Mann	10	13	9	14	10	13	11	12	14	16
Fødested										
Norge	3	7	5	4	8	9	7	9	6	9
Afrika	6	2	1	6	1	2	1	3	5	3
Asia	5	2	5	5	1	9	5	2	3	2
Europa (eksl. Norge)	3	5	0	2	1	2	7	4	9	9
Nord-Amerika	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Oseania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt antall tilfeller	17	18	12	19	11	22	20	18	24	23

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

5.5 Overvåking av antiviral resistens

Nasjonalt referanselaboratorium for hiv ved Oslo universitetssykehus, Ullevål har ansvar for å utføre eller videreføre mikrobiologiske undersøkelser på vegne av andre laboratorier i Norge, samt tilby råd, informasjon og tilbakemeldinger vedrørende hivdiagnostikk, rutiner og anbefalinger. Data fra overvåkingen av resistens mot antivirale midler oppsummeres årlig i Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN) rapporten [11].

5.6 Vurdering og tiltak

Trenden i antall meldte tilfeller av hiv i Norge reflekterer nå i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra høyendemiske land. Det forklarer økningen i meldte tilfeller blant personer født i Ukraina i siden 2022. Antall personer født i Ukraina og bosatt i Norge har økt fra rundt 6 000 i 2021 til 65 000 i 2024 og 85 000 i 2026 [12]. Prevalensen av hiv i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være ca. 1,0 % [13], sammenlignet med rundt 0,1 % i Norge [10]. Majoriteten av personer fra Ukraina som er blitt diagnostisert med hiv i Norge var kjent hivpositive og under hivbehandling fra hjemlandet. Andel kjent hivpositive blant de øvrige innvandrere smittet før ankomst Norge var også høy. Disse representerer derfor i liten grad smittevernmessige utfordringer i Norge, men må i likhet med andre hivpositive ha regelmessig oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy smitterisiko tilbys test [14]. For asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente bør tilbudet gis i forbindelse med helsekartlegging i ankomstfasen og i forbindelse med tilbud om helseundersøkelse tre måneder etter ankomst [15]. En registerstudie om hepatitt B ved FHI tyder på at det tilbudet bidrar til raskere diagnostisering [16].

De mikrobiologiske laboratoriene og legene må melde alle som diagnostiseres med hiv i Norge til MSIS, uansett om de er kjent hivpositive før innvandring eller er nyopplaget i Norge. Dette for å få full oversikt over totalt antall hivpositive som diagnostiseres i Norge.

Antall meldte hivtilfeller smittet mens de var bosatt i Norge har ligget på et relativt stabilt nivå siden 2020. Med et estimert 250 udiagnostiserte tilfeller i landet [10] er en stabil lav trend i nydiagnostiserte tilfeller ikke uventet. Msm har helt siden 80-tallet vært den mest utsatte gruppen for hivsmitte i Norge. Etter en lang periode med nedadgående trend, særlig blant norskfødte msm, er det nå en lav stabil forekomst i nye diagnoser i gruppen. Dataene indikerer at det nå er relativt få aktive smittekilder i Norge og at de som er mest utsatt for hivsmitte fortsatt er msm, spesielt utenlandsfødte, og menn smittet gjennom sex med kvinner på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia. Rundt halvparten av meldte tilfeller blant msm de senere år er født utenfor Norge og rundt halvparten ble smittet i utlandet. Utenlandsfødte msm bør derfor fortsatt gis høy prioritet i forebyggingsarbeidet. Blant hivtilfeller smittet mens de var bosatt i Norge er det stabilt rundt 30 – 50 % hvert år som meldes med aids eller lav CD4-tall ved diagnosetidspunktet, noe som tyder på et behov for bedre å sikre tidlig diagnose.

For å bedre sørge for tidlig diagnose er det viktig med økt bevissthet om smitterisiko og sykdomstegn. Personer som kan ha vært i risiko for smitte bør tilbys test og noen grupper oppfordres til å sjekke seg regelmessig [17]. F.eks. oppfordres menn med flere partnere eller hyppig partnerskifte å undersøke seg årlig [18]. Tilbud om forebyggende medikamentell behandling (PrEP) medfører at mange risikoutsatte msm testes regelmessig for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. For enkelte andre grupper kan det også være selvstendige indikasjoner for testing, enten på klinisk indikasjon (f.eks. personer med symptom, ved kliniske

funn som kan gi mistanke om infeksjon), eller rutinemessig av smittevern hensyn (f.eks. gravide, blodgivere og organdonorer). Lavterskeltilbud for hivtesting er fortsatt viktige for å nå ut til personer med høy smitterisiko og som av ulike grunner velger å ikke teste seg i helsetjenesten. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt hvert nyoppdaget hivtilfelle som er smittet i Norge er viktigere enn noen gang for å komme videre i hivforebyggingen.

Raskest mulig oppstart med behandling etter diagnose ifølge kliniske retningslinjer [19] er vesentlig for å forebygge videre smitte. De aller fleste diagnostisert med hiv i Norge er på vellykket antiretroviral behandling [9, 20]. Et annet viktig tiltak er tilbud om PrEP til spesielt risikoutsatte. Ifølge Helsedirektoratet fikk rundt 3 800 individer i Norge PrEP på H-resept minst én gang 1. januar 2025, en økning fra rundt 3 500 i 2024, 2 400 i 2022 og 1 800 i 2021. Av de 3 800 er 98 % menn, 61 % er 30 – 49 år gammel og 53 % har bostedsadresse i Oslo. Hyppigst bostedsfylke etter Oslo var Akershus (10 %) og Vestland (9 %). Helsetjenesten bør kunne tilby veiledning om PrEP til de med indikasjon [19]. Det inkluderer f.eks. menn som har sex med kvinner og som har regelmessig ubeskyttet sex i Thailand eller andre høyendemiske områder for hiv. Kondombruk er likevel det viktigste primærforebyggende tiltak fordi det også beskytter mot andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Det er viktig å fortsatt jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerstyr og for overgang til andre måter å innta rusmidler. Til tross for høy dekning av skadereduserende tiltak, viser undersøkelser i Oslo at litt under 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr [21]. Endringer i rusmiddelbruk kan innebære økt smittefare. For eksempel vil økt bruk av sentralstimulerende midler kunne øke risikoen for blod- og seksuell smitte, både via endringer i injeksjonshyppighet eller i forbindelse med sex. I de senere år har flere land rapportert om utbrudd av hiv blant personer som injiserer sentralstimulerende midler [22, 23] og i helseundersøkelsen i Oslo i 2021 var injisering av amfetamin assosiert med høyere prevalens av HCV RNA [24]. Tiltak må tilpasses etter slike endringer.

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

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

6 Hepatitt B

Infeksjon med hepatitt B virus (HBV) meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. MSIS har data om tilfeller av hepatitt B siden 1977. Vurderingen om nye tilfeller var akutt eller kronisk infeksjon ble opprinnelig gjort av MSIS. Akutt og kronisk hepatitt B ble meldingspliktig hver for seg i 1992. Meldingskriteriene har stort sett vært uendret siden den tiden. Akutt hepatitt B er nysmitte innen siste 6 måneder. Kronisk hepatitt B defineres som en HBsAg (hepatitt B-virus surface antigen) -positiv infeksjon som varer i minst 6 måneder. Tilfeller av akutt hepatitt B som utvikler kronisk hepatitt meldes på nytt til MSIS. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.04.2025.

Data om testaktivitet for HBsAg er basert på data fra MSIS labdatabase. I tillegg presenteres testaktivitet for hepatitt D-virus (HDV), som bare forekommer samtidig med HBV-infeksjon. Infeksjon med HDV forårsaker vanligvis et alvorligere forløp enn isolert HBV-infeksjon. HDV-infeksjon er ikke meldingspliktig til MSIS.

6.1 Bakgrunn

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

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

6.2 Testaktivitet for hepatitt B og hepatitt D

Testing for hepatitt B er anbefalt for flere grupper med høyere risiko for smitte (f.eks. personer som injiserer rusmidler og innvandrere fra land med høy smitterisiko), på klinisk indikasjon (f.eks. personer med symptom, ved kliniske funn som kan gi mistanke om infeksjon, før immunosupprimerende behandling) eller rutinemessig av smittevern hensyn (f.eks. gravide, blodgivere og organdonorer). [Smittevernhandboka](#) lister grupper med særlig indikasjon for testing for HBV. Testing for HBsAg skjer også blant kjente tilfeller under oppfølging i helsetjenesten [25]. Alle som tester positiv for hepatitt B bør testes for HDV antistoff. Kronisk HDV-infeksjon bekreftes med påvisning av HDV RNA [25].

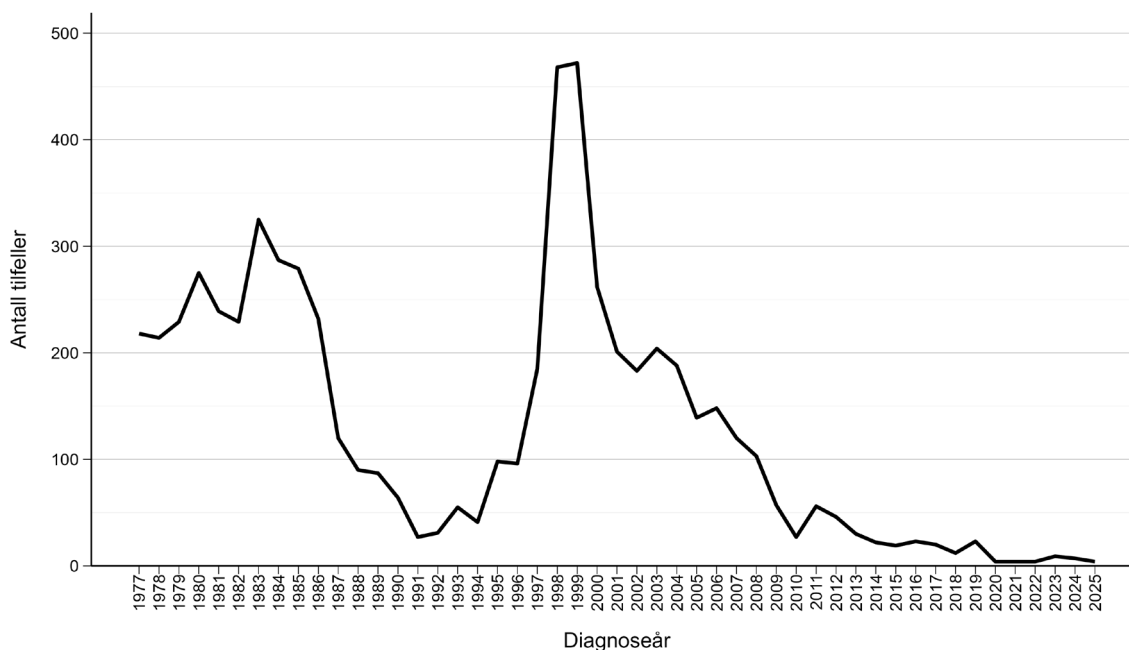
I 2025 ble 193 328 personer testet for HBsAg (35 per 1000 i befolkningen), ekskludert blodgivere. Testing blant blodgivere presenteres i [årsrapporten for blodtransfusjonstjenesten i Norge](#) (Direktoratet for medisinske produkter). Av disse 193 328 hadde 3 118 (1,6 %) positiv HBsAg. Disse inkluderer både personer som er nydiagnostisert med HBV-infeksjon og kjente tilfeller under oppfølging.

Totalt ble 931 personer testet for HDV antistoff i 2025, hvorav 17 (1,8 %) var positive. Totalt ble 65 personer testet for HDV RNA, hvorav 39 var positive. Disse 39 inkluderer kjente HDV-positive infeksjoner, i tillegg til nye diagnoser.

6.3 Meldte tilfeller av akutt hepatitt B

I 2025 ble det meldt tre tilfeller av akutt hepatitt B (Figur 11). Det er meldt om ≤ 30 tilfeller hvert år siden 2013 og < 10 hvert år siden 2020. Alle tre tilfeller var menn. Én var meldt som smittet via sex med kvinner i Europa. Smittemåte og smittested var ukjent for de øvrige to.

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



Figur 11. Antall meldte tilfeller av akutt hepatitt B, etter diagnoseår, Norge, 1977 – 2025

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

6.4 Meldte tilfeller av kronisk hepatitt B

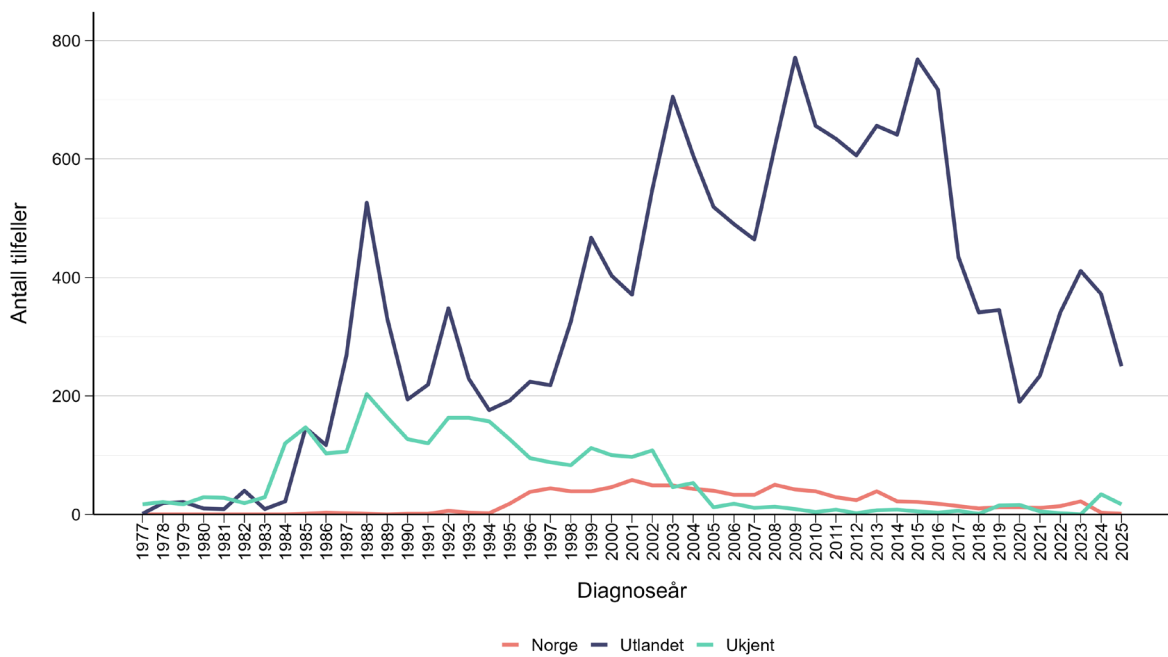
Totalt ble 269 tilfeller av kronisk hepatitt B meldt i 2025, sammenlignet med 409 tilfeller i 2024 (Figur 12, Figur 13, Tabell 18). Meldte tilfeller fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke, fødested, smittested og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Figur 13, Tabell 18 og Tabell 19. De fleste var født og smittet i utlandet.

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



Figur 12. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår, Norge, 1977 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.



Figur 13. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår og smittested, Norge, 1977 – 2025.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 18. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested og smittemåte, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	31	34	35	34	36	38	40	39	40	41
(øvre-nedre kvartil)	(24 – 38)	(28 – 44)	(29 – 44)	(29 – 44)	(30 – 45)	(31 – 48)	(33 – 49)	(33 – 46)	(31 – 49)	(34 – 50)
Kjønn										
Kvinne	228	178	160	172	108	96	148	184	174	100
Mann	510	277	192	200	110	154	209	249	235	169
Fødested										
Norge	25	22	13	18	14	12	16	23	9	12
Utlandet	630	401	309	312	189	226	327	402	383	242
Ukjent	83	32	30	42	15	12	14	8	17	15
Smittested										
Oslo	2	2	0	2	4	1	4	3	1	0
Øvrige Norge	13	8	7	9	7	10	9	12	1	0
Norge, ikke nærmere angitt	3	4	3	1	1	0	1	7	1	1
Utlandet	717	435	341	345	190	234	341	411	372	250
Ukjent	3	6	1	15	16	5	2	0	34	18
Smittemåte										
Injisierende rusmiddelbruk	12	6	0	3	5	1	1	5	1	0
Stikkskade eller annen blod-eksponering	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	0	1	0	0	2	6	4	8	4	6
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0
Mann, smittet gjennom sex med menn	1	0	0	1	1	0	3	0	0	0
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	2	1	0	2	3	3	1	6	2	2
Mann, uspesifisert seksuell smitte	2	3	3	0	2	0	2	3	1	2
Kvinne, seksuell smitte	0	0	1	0	3	3	3	2	3	0
Mor/Barn	34	27	29	30	19	10	15	21	15	13
Annet	2	2	0	0	6	7	7	6	1	2
Ukjent ¹	685	415	319	335	177	218	319	378	380	244
Totalt antall tilfeller	738	455	352	372	218	250	357	433	409	269

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

Tabell 19. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår og bostedsfylke, 2016 – 2025.

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Agder	64	23	11	20	8	15	15	29	23	11
Akershus	60	44	46	37	33	27	41	62	42	36
Buskerud	39	24	22	19	15	14	16	20	23	11
Finnmark-Finnmarku	10	7	1	5	1	3	7	8	3	1
Innlandet	48	13	21	21	14	7	27	29	29	19
Møre og Romsdal	15	13	5	11	4	6	3	12	10	5
Nordland	49	19	9	21	13	9	23	22	27	5
Oslo	123	99	99	78	47	64	69	67	73	61
Rogaland	57	41	40	36	24	33	42	42	36	29
Telemark	17	17	8	8	0	7	14	6	20	3
Troms	35	7	1	6	8	4	13	26	14	4
Trøndelag	69	61	29	30	8	11	9	33	34	17
Vestfold	22	21	8	16	14	6	8	16	12	13
Vestland	82	40	31	39	23	26	41	35	41	36
Østfold	48	26	21	25	6	14	19	22	22	17
Ukjent fylke ¹	0	0	0	0	0	4	10	4	0	1
Totalt antall tilfeller	738	455	352	372	218	250	357	433	409	269

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke. ¹ Ukjent fylke inkluderer tilfeller uten personnummer og registrert bostedsfylke.

6.4.1 Meldte tilfeller etter fødested

Hepatitt B-epidemien i Norge er hovedsakelig konsentrert blant innvandrere fra land med høy smitterisiko. Under presenterer vi derfor mer detaljerte data om de meldte tilfellene etter fødested. Norskfødte personer ble i stor grad smittet i Norge, mens innvandrere ble oftest smittet i utlandet før de kom til Norge.

Meldte tilfeller blant personer født i Norge

Trenden i meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge har generelt vært stabil og lav de siste årene. Medianalder har ligget rundt 40 – 60 år og majoriteten har vært menn. Både smittested og smittemåte var ikke rapportert for de fleste tilfellene i 2025, samt 2024. Fra 2016 – 2023 var smittemåte også ikke ofte rapportert, men de fleste tilfellene var meldt smittet i Norge (Tabell 20).

Meldte tilfeller blant personer født utenfor Norge

Meldte tilfeller blant personer født utenfor Norge fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested, smittetidspunkt og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 21. De aller fleste var smittet i utlandet før innvandring til Norge. Av de 242 meldte tilfellene blant personer født utenfor Norge i 2025 var hyppigste fødeland Ukraina (38, 16 %). Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina økte fra fem eller færre per år før 2022 til 55 i 2022, 96 i 2023, 89 i 2024. Medianalder blant de 38 var 42 år og 24 (63 %) var menn. Smittemåten var ukjent for 35 (92 %). Etter Ukraina var de hyppigste fødeland Romania (15), Vietnam (15), Eritrea (11), Thailand (11) og Somalia (11).

Tabell 20. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, smittested og smittemåte, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	48	48	64	58	44	63	56	41	35	70
(øvre-nedre kvartil)	(39 – 56)	(34 – 61)	(35 – 71)	(47 – 66)	(22 – 70)	(59 – 69)	(36 – 65)	(33 – 62)	(29 – 45)	(56 – 76)
Kjønn										
Kvinne	3	4	5	5	5	4	3	6	6	2
Mann	22	18	8	13	9	8	13	17	3	10
Smittested										
Oslo	2	2	0	2	1	0	4	3	0	0
Øvrige Norge	13	8	7	9	7	10	8	12	0	0
Norge, ikke nærmere angitt	3	4	3	1	1	0	1	7	1	1
Utlandet	4	2	2	2	2	2	2	1	0	2
Ukjent	3	6	1	4	3	0	1	0	8	9
Smittemåte										
Injisierende rusmiddelbruk	12	6	0	2	2	0	1	4	0	0
Stikkskade eller annen blod-eksponering	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mann, smittet gjennom sex med menn	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	2	1	0	1	1	1	0	1	0	1
Mann, uspesifisert seksuell smitte	2	3	2	0	0	0	1	2	1	0
Kvinne, seksuell smitte	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Mor/Barn	2	4	2	2	0	2	0	8	2	0
Annet	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Ukjent ¹	7	8	8	12	10	8	11	7	6	11
Totalt antall tilfeller	25	22	13	18	14	12	16	23	9	12

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

Tabell 21. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født utenfor Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested, smittetidspunkt og smittemåte, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	31	34	35	34	36	38	39	39	40	41
(øvre-nedre kvartil)	(25 – 38)	(28 – 43)	(29 – 43)	(29 – 42)	(31 – 44)	(31 – 47)	(33 – 47)	(33 – 45)	(32 – 49)	(35 – 48)
Kjønn										
Kvinne	209	166	142	145	95	87	140	174	164	91
Mann	421	235	167	167	94	139	187	228	219	151
Fødested										
Afrika	185	123	66	107	50	59	79	77	80	63
Asia	322	175	145	102	74	75	101	130	117	79
Europa	118	101	98	102	63	77	132	172	181	94
Nord-Amerika	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0
Oseania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	5	0	0	1	1	1	2	2	2	6
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	13	12	20	3	0

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Smittested										
Oslo	0	0	0	0	3	1	0	0	1	0
Øvrige Norge	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Norge, ikke nærmere angitt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utlandet	630	401	309	308	174	220	326	402	355	235
Ukjent	0	0	0	4	12	5	1	0	26	7
Smittetidspunkt										
Smittet før ankomst Norge	630	400	308	307	173	220	325	401	357	231
Smittet etter ankomst Norge	0	1	1	1	4	1	1	1	2	0
Ukjent smittetidspunkt	0	0	0	4	12	5	1	0	24	11
Smittemåte										
Injisierende rusmiddelbruk	0	0	0	1	3	1	0	1	1	0
Stikkskade eller annen blod-eksponering	0	0	0	1	0	2	0	1	1	0
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	0	1	0	0	2	6	4	7	4	6
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0
Mann, smittet gjennom sex med menn	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	0	0	0	1	2	2	1	5	2	1
Mann, uspesifisert seksuell smitte	0	0	1	0	2	0	1	1	0	2
Kvinne, seksuell smitte	0	0	0	0	3	3	3	2	3	0
Mor/Barn	30	23	26	28	19	8	15	13	13	13
Annet	2	2	0	0	4	6	7	6	1	2
Ukjent ²	597	375	282	281	153	198	294	363	357	218
Totalt antall tilfeller	630	401	309	312	189	226	327	402	383	242

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ 'Ukjent' fødested er tilfeller registrert som født i 'Utlandet'. ² Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

6.5 Overvåking av antiviral resistens

Nasjonale referansefunksjoner for hepatitt B er lagt til Folkehelseinstituttet som mottar prøver til kvantifisering, genotyping og resistenstesting av HBV. Data fra overvåkingen av resistens mot antivirale midler oppsummeres årlig i RAVN rapporten [11].

6.6 Vaksinasjonsdekning

Allmenn vaksinasjon mot hepatitt B ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2017 for alle barn født fra og med 1. november 2016. Fra 2007 – oktober 2016 omfattet tilbudet kun barn av foreldre fra land med høy smitterisiko av hepatitt B. Data om dekning for hepatitt B-vaksine presenteres i barnevaksinasjonsprogrammet sine årsrapporter [26].

6.7 Vurdering og tiltak

Hepatitt B skal elimineres som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene, WHO sin strategiplan [27] og nasjonal strategi i Norge [28] (som er under revisjon). Med 'eliminasjon' menes reduksjon av smitte og sykdom til et så lavt nivå at det ikke lenger utgjør et problem for folkehelsen.

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

Trenden i antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B i Norge reflekterer i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra land med høy smitterisiko. Det forklarer økningen i meldte tilfeller blant personer født i Ukraina i siden 2022. Antall personer født i Ukraina og bosatt i Norge har økt fra rundt 6 000 i 2021 til 65 000 i 2024 og 85 000 i 2026 [12]. Prevalensen av hepatitt B i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være rundt 1,0 %, sammenlignet med 0,3 % i Norge [29]. Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy smitterisiko tilbys test [14]. For asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente bør tilbudet gis i forbindelse med i forbindelse med helsekartlegging i ankomstfasen og i forbindelse med tilbud om helseundersøkelse tre måneder etter ankomst [15]. En registerstudie ved FHI tyder på at det tilbudet bidrar til raskere diagnostisering [16]. Det er behov for økt kunnskap om epidemiologien av hepatitt B i Norge, inkludert prevalensen av kronisk hepatitt B blant innvandrere fra land med høy smitterisiko.

Noen tilfeller av hepatitt B blir hvert år meldt blant norskfødte. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt nyoppdagede tilfeller av akutt eller kronisk hepatitt B er viktig. Data fra barnevaksinasjonsprogrammet viser at dekning av posteksponeringsprofilaks for nyfødte av mødre med hepatitt B er for lavt [26]. I 2024 hadde 59 % av de nyfødte fått fødselsdose, og 69 % hadde fått 4-ukers dosen. I 2023 ble det meldt ett tilfelle av mor-barn smitte i Norge, som skyldes manglende posteksponeringsprofilaks. En ny norsk studie har kartlagt hindringer og fremmede faktorer for å få gitt korrekt PEP til disse barna. Hindringer inkluderte manglende kunnskap, manglende rutiner for dokumentasjon, bruk av ulike journalsystemer og dårlig kommunikasjon mellom de ulike yrkesgruppene både innen primær- og spesialisthelsetjenesten, og mellom tjenestene [30]. Det bør være økt fokus på at alle gravide testes for hepatitt B, at de gravide som tester positiv får oppfølging i svangerskapet som anbefalt, og at alle barn født av hepatitt B-positiv mor får riktig posteksponeringsprofilaks, som startes innen 24 timer etter fødsel [31]. Alle helseforetak bør kvalitetssikre sine rutiner for dette.

Det er viktig å fortsatt jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerstyr og for overgang til andre måter å innta rusmidler. Til tross for høy dekning av skadereduserende tiltak, viser undersøkelser i Oslo at litt under 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr [21]. Undersøkelsene tyder også på at det er behov for å øke vaksinasjonsdekningen i denne gruppen [32]. Endringer i rusmiddelbruk kan innebære økt smittefare. For eksempel vil økt bruk av sentralstimulerende midler kunne øke risikoen for blod- og seksuell smitte, både via endringer i injeksjonshyppighet eller i forbindelse med sex. I de senere år har flere land rapportert om utbrudd av hiv blant personer som injiserer

sentralstimulerende midler [22, 23] og i helseundersøkelsen i Oslo i 2021 var injisering av amfetamin assosiert med høyere prevalens av HCV RNA [24].

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

Alle diagnostisert med HBV-infeksjon i Norge bør følges opp regelmessig i helsetjenesten for å forebygge videre smittespredning og alvorlig sykdom, jf. kliniske retningslinjer [25]. Koblede nasjonale registerdata, analysert ved FHI, viser at rundt 90 % av nydiagnostiserte tilfeller av kronisk hepatitt B har hatt en konsultasjon for hepatitt B i spesialisthelsetjenesten etter diagnose, men at rundt halvparten av diagnostiserte tilfeller som var bosatt i Norge ved slutten av 2022 ikke følges opp i regelmessig helsetjenesten [33]. Alle som følges opp for hepatitt B bør ha regelmessig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Ca. en femtedel av alle diagnostiserte tilfeller er på behandling [33], men det er ukjent hvor mange som har en klinisk indikasjon for å være på behandling behandles.

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

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

7 Hepatitt C

Infeksjon med hepatitt C virus (HCV) meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. Hepatitt C har vært meldingspliktig til MSIS siden 1990. Meldingskriteriene for hepatitt C har blitt endret flere ganger over tid. I perioden 1990 – 1991 ble alle personer med anti-HCV antistoff meldt som en prøveordning. I perioden 1992 – 2007 var kun akutt hepatitt C meldingspliktig. Fra 2008 var påvisning av anti-HCV og/eller HCV-RNA meldingspliktig. Siden 2016 har bare påvisning av HCV-RNA eller hepatitt C core-antigen, dvs. en påvist aktiv infeksjon, vært meldingspliktig. Vi vet ikke hvor mange av de meldte tilfellene før 2016 med anti-HCV som testmetode som hadde en aktiv infeksjon ved diagnose. Det skilles ikke mellom akutte og kroniske tilfeller. Personer som får en reinfeksjon (dvs. blir smittet på nytt etter spontan tilfriskning eller vellykket behandling av en tidligere hepatitt C infeksjon) meldes som et nytt tilfelle. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 07.04.2026. Data om testaktivitet for hepatitt C er basert på data fra MSIS labdatabase.

7.1 Bakgrunn

HCV overføres ved perkutan (gjennom huden) eksponering for infisert blod, som gjennom kontaminerte sprøytespisser ved sprøytedeling, stikkuhell og kontaminerte blodprodukter. Seksuell og perinatal smitte kan også forekomme. Infeksjonen blir kronisk i 55 % – 85 % av tilfeller, og ubehandlet kan gi få eller ingen symptomer, eller kronisk hepatitt med påfølgende leverskade. Smitte gir ikke varig immunitet, og reinfeksjon kan forekomme.

Trenden i meldte tilfeller av hepatitt C reflekterer hovedsakelig endringer i meldingskriterier over tid (se ovenfor) og at epidemien i Norge har vært konsentrert blant personer som noen gang har injisert rusmidler. Etter at effektiv, trygg og kortvarig behandling ble tilgjengelig for alle diagnostisert med hepatitt C i Norge i 2018 har prevalensen av infeksjon og insidensen av nysmitte blant personer som injiserer rusmidler gått ned [32, 34-36], og en større andel av meldte tilfeller nå ses blant innvandrere fra land med høy smitterisiko.

7.2 Testaktivitet for hepatitt C

Testing for hepatitt C er anbefalt for flere grupper med høyere risiko for smitte (f.eks. personer som injiserer rusmidler og innvandrere fra land med høy smitterisiko), på klinisk indikasjon (f.eks. personer med symptom, ved kliniske funn som kan gi mistanke om infeksjon) eller rutinemessig av smittevern hensyn (f.eks. blodgivere og organdonorer). [Smittevernhandboka](#) lister grupper med særlig indikasjon for testing for HCV. Som regel testes det først for HCV antistoff og ved positiv bekreftes en aktiv infeksjon med påvisning av HCV RNA. Har man tilgang på HCV RNA hurtigtest kan denne benyttes uten først å teste for HCV antistoffer. Testing for HCV RNA skjer også blant kjente tilfeller under oppfølging i helsetjenesten [37].

I 2025 ble 150 092 personer testet for HCV antistoff eller RNA (27 per 1000 i befolkningen), ekskludert blodgivere. Testing blant blodgivere presenteres i [årsrapporten for blodtransfusjonstjenesten i Norge](#) (Direktoratet for medisinske produkter). Av disse ble 148 595 testet for HCV antistoff, hvorav 3 609 (2,4 %) var positive. Disse inkluderer både aktive

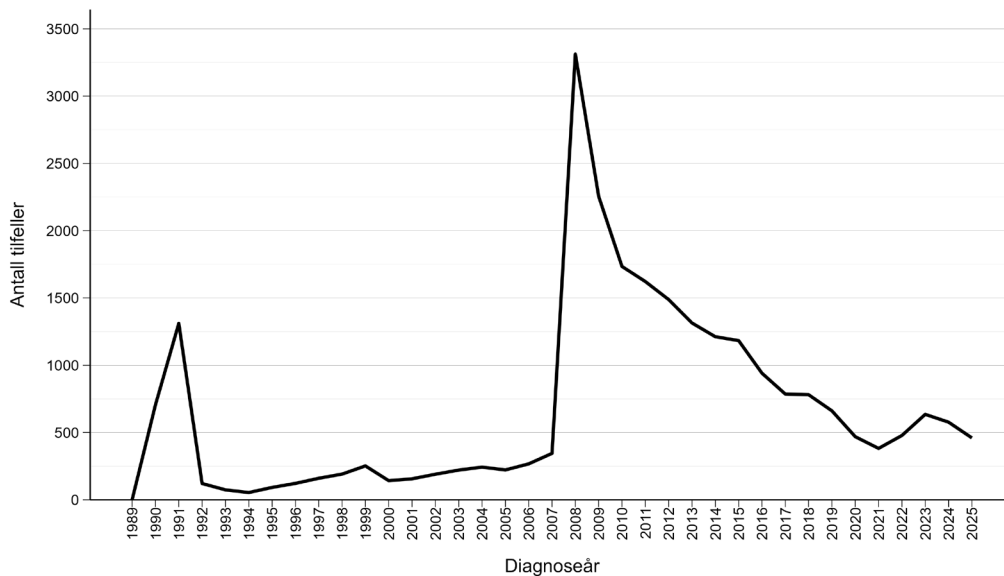
infeksjoner og personer med gjennomgått infeksjon. Totalt ble 7 900 personer testet for HCV RNA, hvorav 889 (11 %) var positive. Disse inkluderer både personer som er nydiagnostisert med HCV-infeksjon og kjente tilfeller under oppfølging.

7.3 Meldte tilfeller av hepatitt C

Totalt ble 461 tilfeller av hepatitt C meldt til MSIS i 2025, en nedgang fra 577 i 2024 og 635 i 2023 i 2023 (Figur 14, Figur 15 og Tabell 22). Meldte tilfeller fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke, fødested, smittested, smittemåte og reinfeksjon for de siste 10 årene presenteres i Figur 15, Tabell 22 og Tabell 23. Fra 2022 – 2025 var majoriteten av tilfellene med kjent data født og smittet i utlandet.

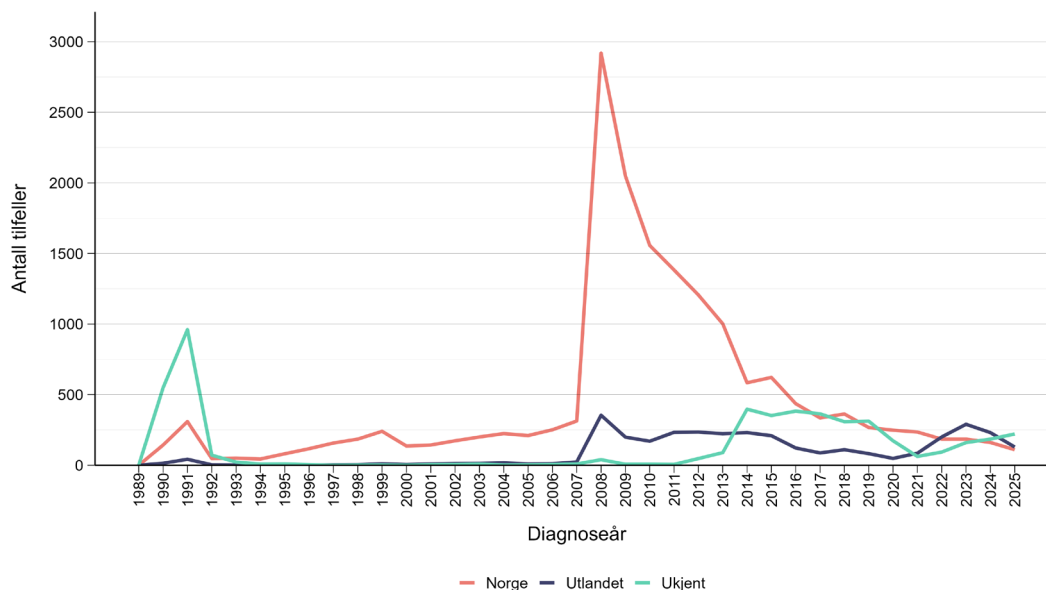
Blant de 112 tilfeller meldt smittet i Norge var 19 rapportert smittet i 2025 og 5 i 2024, mens antatt smitteår var ukjent for 82. Smittemåte for de 19 rapportert smittet i 2025 var sprøyter for 17 og ukjent for to. Blant de 112 var 16 meldt smittet i Rogaland, 15 i Vestland, 13 i Agder og 10 i Trøndelag. Tallet var under 10 for alle øvrige fylker, men smittested i Norge var ukjent for 32 tilfeller.

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



Figur 14. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår, Norge, 1989 – 2025.

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



Figur 15. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår og smittested, Norge, 1989 – 2025.

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

Tabell 22. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested, smittemåte og reinfeksjon, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	45	45	43	45	46	45	46	45	46	47
(øvre-nedre kvartil)	(34 – 54)	(34 – 55)	(33 – 53)	(34 – 55)	(36 – 56)	(34 – 56)	(37 – 56)	(37 – 56)	(38 – 57)	(38 – 59)
Kjønn										
Kvinne	329	266	245	219	144	106	175	215	189	168
Mann	598	519	532	435	325	276	303	420	388	293
Fødested										
Norge	697	594	554	473	357	261	224	247	229	221
Utlandet	224	176	209	168	105	116	250	375	340	235
Ukjent	20	16	18	20	7	5	4	13	8	5
Smittested										
Oslo	39	32	27	26	26	35	20	11	13	3
Øvrige Norge	179	163	194	145	183	188	136	97	95	77
Norge, ikke nærmere angitt	218	140	142	96	39	12	29	77	53	32
Utlandet	122	87	110	82	48	85	200	290	231	130
Ukjent	383	364	308	312	173	62	93	160	185	219
Smittemåte										
Injisierende rusmiddelbruk	425	348	366	277	229	217	164	187	136	155
Stikkskade eller annen blod-eksponering	27	32	19	15	8	3	9	13	16	7
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	26	11	14	13	4	6	9	18	4	17
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mann, smittet gjennom sex med menn	4	3	7	6	3	6	5	0	4	3
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	0	1	1	4	6	5	6	1	3	2
Mann, uspesifisert seksuell smitte	5	5	4	4	1	0	1	2	5	3
Kvinne, seksuell smitte	14	5	8	7	9	5	10	8	12	6
Mor/Barn	2	2	1	3	0	2	2	0	2	3
Annet	0	2	2	7	10	5	4	3	4	3
Ukjent ¹	438	377	359	325	199	133	268	400	391	259
Reinfeksjon										
Ja	4	6	15	16	8	3	10	24	28	25
Ikke meldt som reinfeksjon	937	780	766	645	461	379	468	611	549	436
Totalt antall tilfeller	941	786	781	661	469	382	478	635	577	461

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

Tabell 23. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår og bostedsfylke, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Agder	97	69	87	80	37	30	30	50	49	40
Akershus	77	73	54	56	48	37	45	49	40	34
Buskerud	31	29	33	36	27	22	25	31	34	24
Finnmark-Finnmarku	35	13	19	22	15	15	13	16	11	11
Innlandet	60	66	51	33	34	30	30	56	28	36
Møre og Romsdal	22	23	23	14	8	12	17	30	33	26
Nordland	50	32	26	32	30	22	27	53	33	20
Oslo	142	123	125	91	58	58	65	51	65	40
Rogaland	75	68	65	44	29	27	45	44	48	37
Telemark	33	38	42	40	37	23	36	18	31	18
Troms	82	44	37	39	24	15	21	50	36	29
Trøndelag	45	40	40	42	30	16	29	67	57	51
Vestfold	43	39	43	26	20	18	5	25	25	19
Vestland	61	66	86	48	42	21	50	53	62	52
Østfold	74	57	44	42	27	31	23	28	24	24
Ukjent fylke ¹	14	6	6	16	3	5	17	14	1	0
Totalt antall tilfeller	941	786	781	661	469	382	478	635	577	461

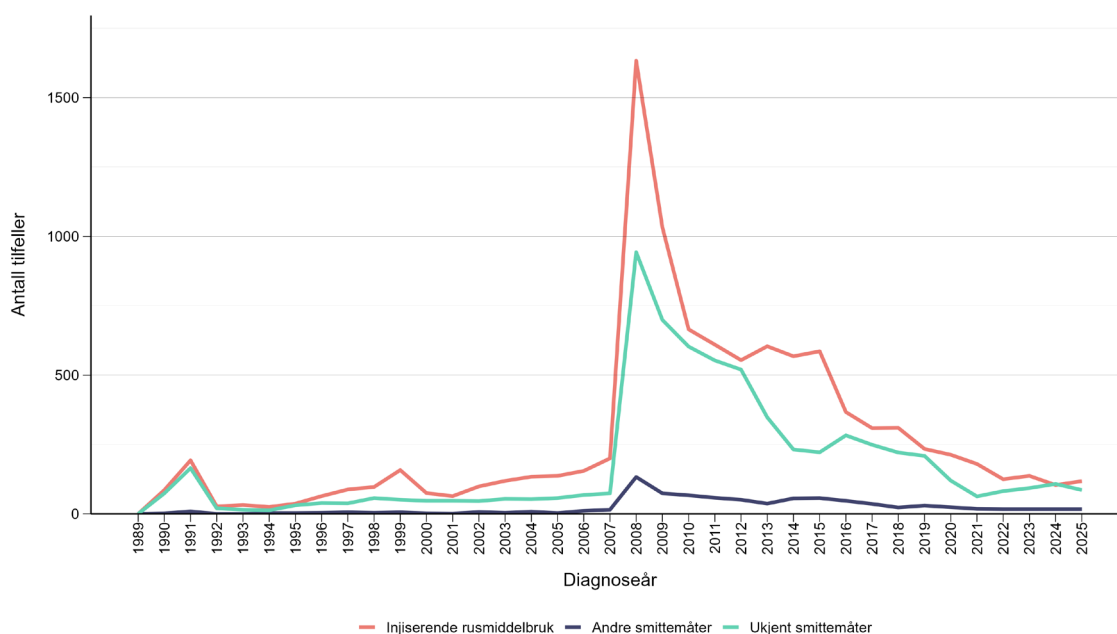
Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke. ¹ Ukjent fylke inkluderer tilfeller uten personnummer og registrert bostedsfylke.

7.3.1 Meldte tilfeller etter fødested

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

Meldte tilfeller blant personer født i Norge

I 2025 ble det meldt 221 tilfeller blant personer født i Norge. Siden 2021 har trenden vært stabil (Figur 16 og Tabell 24). I 2025, som i tidligere år, var majoriteten av de meldte tilfellene menn med en medianalder rundt 45 år og smittet i Norge via sprøytebruk (Figur 16 og Tabell 24). Tolv (5,4 %) var under <25 år. Andel årlige tilfeller <25 år ved diagnosetidspunkt har ligget mellom 4 % – 10 % siden 2016.



Figur 16. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i Norge, etter diagnoseår og smittemåte, Norge, 1989 – 2025.

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

Tabell 24. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, smittested, smittemåte og reinfeksjon, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder	46	46	43	45	46	45	48	44	48	47
(øvre-nedre kvartil)	(34 – 54)	(34 – 55)	(33 – 53)	(34 – 55)	(35 – 55)	(32 – 57)	(36 – 57)	(33 – 58)	(35 – 60)	(35 – 61)
Kjønn										
Kvinne	241	186	169	158	105	75	66	83	60	77
Mann	456	408	385	315	252	186	158	164	169	144
Smittested										
Oslo	31	27	19	23	23	26	16	8	9	2
Øvrige Norge	167	154	183	138	176	181	131	88	83	67
Norge, ikke nærmere angitt	200	132	131	82	36	12	27	70	46	31
Utlandet	14	14	10	6	6	3	6	8	6	4
Ukjent	285	267	211	224	116	39	44	73	85	117
Smittemåte										
Injisierende rusmiddelbruk	367	309	310	234	213	180	125	137	104	118
Stikkskade eller annen blod-eksponering	13	21	5	8	6	2	2	5	4	3
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	12	1	2	5	1	0	2	5	0	4
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mann, smittet gjennom sex med menn	2	2	6	2	2	4	2	0	3	2

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	0	1	0	3	3	5	3	0	3	1
Mann, uspesifisert seksuell smitte	5	4	2	2	1	0	0	0	3	1
Kvinne, seksuell smitte	13	5	7	6	6	4	6	5	2	2
Mor/Barn	2	1	1	2	0	1	1	0	0	1
Annet	0	1	0	2	5	2	1	2	2	2
Ukjent ¹	283	249	221	209	120	63	82	93	108	86
Reinfeksjon										
Ja	3	5	12	14	8	3	10	22	22	21
Ikke meldt som reinfeksjon	694	589	542	459	349	258	214	225	207	200
Totalt antall tilfeller	697	594	554	473	357	261	224	247	229	221

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.¹ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

Meldte tilfeller blant personer født utenfor Norge

Meldte tilfeller blant personer født utenfor Norge fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, fødeland, smittested, smittetidspunkt og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 25. Etter en økning fra 116 til 375 mellom 2021 – 2023, gikk antall nye tilfeller ned til 234 i 2025. De aller fleste med kjent smittested og smittetidspunkt var smittet i utlandet før innvandring til Norge.

Blant de 235 meldte tilfellene født utenfor Norge i 2025 var hyppigste fødeland Ukraina (127, 54 %). Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina økte fra 1 – 7 tilfeller i perioden 2016 – 2021 til 126 i 2022, 233 i 2023 og 204 i 2024. Medianalderen blant de 127 meldt med fødeland Ukraina i 2024 var 47 år (nedre og øvre kvartil: 40 – 54 år) og 66 (52 %) tilfeller var menn. Av de 127 meldt i 2025 var 90 registrert som smittet i utlandet, ett som smittet i Norge og 36 hadde ukjent smittested. Smittemåten var ukjent for 92 (72 %), injiserende rusmiddelbruk for 18 (14 %), annen blodeksponering for 11 (8,7 %), seksuelt for 3 (2,4 %) og en annen smittemåte for 3 (2,4 %).

Etter Ukraina var de hyppigste fødeland i 2025 Litauen (20) og Russland (14).

Tabell 25. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født utenfor Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødested, smittested, smittetidspunkt og smittemåte, 2016 – 2025.

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	41 (34 – 52)	43 (32 – 54)	42 (33 – 53)	45 (36 – 53)	45 (36 – 56)	44 (37 – 53)	45 (39 – 55)	45 (39 – 53)	45 (39 – 54)	47 (40 – 56)
Kjønn										
Kvinne	83	75	71	58	39	31	107	128	127	89
Mann	133	101	136	108	66	85	143	247	213	146
Fødested										
Afrika	26	25	13	13	18	9	9	8	10	2
Asia	48	51	51	42	18	15	24	21	23	20
Europa	139	90	133	106	65	88	207	335	295	208
Nord-Amerika	2	3	5	3	1	0	1	2	4	2
Oseania	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	8	6	7	4	3	3	2	4	6	3
Ukjent ¹	0	1	0	0	0	1	7	5	2	0

	Diagnoseår									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Smittested										
Oslo	8	5	8	3	3	9	4	3	4	1
Øvrige Norge	12	9	11	7	7	6	5	9	12	10
Norge, ikke nærmere angitt	18	8	10	14	3	0	2	6	7	1
Utlandet	101	69	96	71	41	81	192	282	225	125
Ukjent	85	85	84	73	51	20	47	75	92	98
Smittetidspunkt										
Smittet før ankomst Norge	84	56	87	60	36	76	184	249	198	107
Smittet etter ankomst Norge	57	33	36	39	18	15	14	29	42	18
Ukjent smittetidspunkt	83	87	86	69	51	25	55	97	102	110
Smittemåte										
Injisierende rusmiddelbruk	58	39	54	42	15	35	39	50	32	37
Stikkskade eller annen blod-eksponering	14	9	14	6	2	1	7	8	12	4
Blodprodukt eller organ-transplantasjon	13	10	12	8	3	6	7	13	4	13
Via medisinsk utstyr	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2
Mann, smittet gjennom sex med menn	2	1	1	4	1	2	3	0	1	1
Mann, smittet gjennom sex med kvinner	0	0	1	1	3	0	3	1	0	1
Mann, uspesifisert seksuell smitte	0	1	2	2	0	0	1	2	2	2
Kvinne, seksuell smitte	1	0	1	1	3	1	4	3	10	4
Mor/Barn	0	1	0	1	0	1	1	0	2	2
Annet	0	1	2	5	5	3	3	1	2	1
Ukjent ²	136	114	122	98	73	67	182	294	275	168
Totalt antall tilfeller	224	176	209	168	105	116	250	375	340	235

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ 'Ukjent' fødested er tilfeller registrert som født i 'Utlandet'. ² Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger til MSIS, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke.

7.4 Overvåking av antiviral resistens

Nasjonale referansefunksjoner for hepatitt C er lagt til Folkehelseinstituttet, som mottar prøver til alternativ anti-HCV-test og genotyping/resistenstesting av HCV vha. helgenomsekvensering. Folkehelseinstituttet startet overvåking av resistens mot antivirale midler brukt i behandling av HCV i mai 2022. Data fra denne overvåkingen oppsummeres årlig i RAVN rapporten [11].

7.5 Vurdering og tiltak

Hepatitt C skal elimineres som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene, WHO sin strategiplan [27] og nasjonal strategi [28] (som er under revisjon). Med 'eliminasjon' menes reduksjon av smitte og sykdom til et så lavt nivå at det ikke lenger utgjør et problem for folkehelsen. Insidensen og prevalsen av hepatitt C er lav i Norge. Flere tiltak bidrar til dette,

inkludert testing av personer som kan ha blitt utsatt for smitte, blodgiverscreening og gode rutiner ved injeksjoner og blodprøvetaking for å hindre stikkuhell i helsevesenet.

Hepatitt C-epidemien i Norge har vært konsentrert blant personer som noen gang har injisert rusmidler, med minimal smittespredning i andre risikogrupper. Det har vært en stabil trend i antall meldte tilfeller blant personer født i Norge siden 2021, de fleste smittet via sprøytebruk (når smittemåte var rapportert). Ettersom hepatitt C er en hovedsakelig kronisk og asymptomatisk sykdom, reflekterer den observerte trenden gjennom meldte tilfeller til MSIS i større grad testaktivitet enn den reelle forekomsten i befolkningen. Ulike undersøkelser i Norge har vist at prevalensen av hepatitt C er gått ned med 80 – 90 % blant personer som har injisert rusmidler de senere år, og ligger nå i nærmere 5 % [32, 34-36].

Nedgangen i prevalensen skyldes at effektiv, trygg og kortvarig behandling har vært gratis tilgjengelig for alle diagnostisert med hepatitt C i Norge siden 2018 og at flere tiltak har blitt innført i helsetjenesten og ved lavterskel og oppsøkende helse- og sosialtiltak for å gjøre testing og behandling lettere for personer som injiserer rusmidler [38-43]. Andel diagnostiserte tilfeller av hepatitt C som har fått behandling har økt markant i de senere år, og ligger nå over WHO sin eliminasjonsmålsetting på 80 %. Det er kort tid fra diagnose til behandling og de fleste fullfører behandlingen. Imidlertid er det 10 – 15 % av de nydiagnostiserte med hepatitt C hvert år som ikke starter opp i behandling, og for en fjerdedel av de som starter på behandling tar det minst seks måneder fra diagnostidspunktet [44]. Dette indikerer at det fortsatt er forbedringspotensial i tilrettelegging av behandlingstilbudet. Det er viktig at alle diagnostisert med HCV-infeksjon i Norge får tilbud om behandling for å forebygge videre smittespredning og alvorlig sykdom, jf. kliniske retningslinjer [37]. Studier blant personer som injiserer rusmidler i Oslo har vist lavere behandlingsopptak blant kvinner og personer som ikke er i legemiddelassistert rehabilitering [24, 45].

Den estimerte insidensen av nysmitte blant personer som injiserer rusmidler i Norge er lav [35]. Den høye dekningen av skadereduserende tiltak har bidratt til å redusere smittespredning og få informasjon ut til den aktuelle gruppen [32]. Allikevel, viser undersøkelser i Oslo at i underkant av 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr [21]. Dessuten viser undersøkelsene at kun rundt 40 % tester seg for hepatitt C årlig. Det er viktig å fortsette å jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerstyr, for overgang til andre måter å innta rusmidler og for at de testes minst én gang årlig.

Smitte med hepatitt C gir ikke varig immunitet. Studier fra Oslo har funnet en reinfeksjonsrate på ca. 4/100 person-år blant personer som injiserer rusmidler [46, 47]. Endringer i rusmiddelbruk kan innebære økt smittefare. For eksempel vil økt bruk av sentralstimulerende midler kunne øke risikoen for blod- og seksuell smitte, både via endringer i injeksjonshyppighet eller i forbindelse med sex. I de senere år har flere land rapport om utbrudd av hiv blant personer som injiserer sentralstimulerende midler [22, 23] og i helseundersøkelsen i Oslo i 2021 var injisering av amfetamin assosiert med høyere prevalens av HCV RNA [24]. Det er viktig at alle påviste HCV RNA- eller antigen-positive funn meldes til MSIS og at reinfeksjoner angis tydelig på meldingen.

Selv om det anses å bidra lite til nysmitte i Norge, er det også viktig at seksuell smitte ikke overses. Det gjelder spesielt menn som har sex med menn hvor seksuell praksis kan medføre slimhineskader i rektum. Personer på PrEP for hiv eller som følges opp for hivinfeksjon bør testes regelmessig for hepatitt C, jf. kliniske retningslinjer [19]. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt alle nyoppdagede tilfeller er viktig.

Fra 2022 – 2025 var majoriteten av tilfellene født og smittet i utlandet, hovedsakelig personer født i Ukraina. Antall personer født i Ukraina og bosatt i Norge har økt fra rundt 6 000 i 2021 til 65 000 i 2024 og 85 000 i 2026 [12]. Prevalensen av hepatitt C i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være 2 – 3 %, sammenlignet med 0,1 % i Norge [29, 35]. Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy smitterisiko tilbys test [14]. For asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente bør tilbudet gis i forbindelse med helsekartlegging i ankomstfasen og tilbud om helseundersøkelse tre måneder etter ankomst [15]. En registerstudie om hepatitt B ved FHI tyder på at det tilbudet bidrar til raskere diagnostisering [16].

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

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

8 M-kopper

I juni 2022 ble m-kopper en meldingspliktig sykdom, gruppe A, som meldes nominativt fortløpende til MSIS fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og fra laboratorium. I tillegg skal hvert mistenkt tilfelle varsles til kommunelegen og fra denne videre til FHI. Utbrudd skal varsles på samme måte. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 26.02.2026.

8.1 Bakgrunn

M-kopper skyldes m-koppeviruset som er et orthopoxvirus. Sykdommen er endemisk i flere afrikanske land, og ulike gnagere er naturlig vert for viruset. Smitte skjer gjennom nær fysisk kontakt, vanligvis seksuell kontakt i den vestlige delen av verden. Sykdommen er som regel selvbegrensende, men noen kan utvikle alvorlig sykdom. Dødsfall forekommer sjelden. Barn og immunsupprimerte har høyere risiko for alvorlig sykdom.

Det forekommer to genetiske varianter av viruset, subtype I og subtype II. I tillegg finnes undergrupper av disse. M-kopper var lenge en neglisjert sykdom i afrikanske land, der både zoonotisk smitte og videre spredning mellom mennesker har forekommet. Subtype I har historisk først og fremst vært rapportert fra Sentral- og Øst-Afrika, og subtype II i Vest-Afrika, men de senere årene har sykdommen spredd seg også til andre deler av verden.

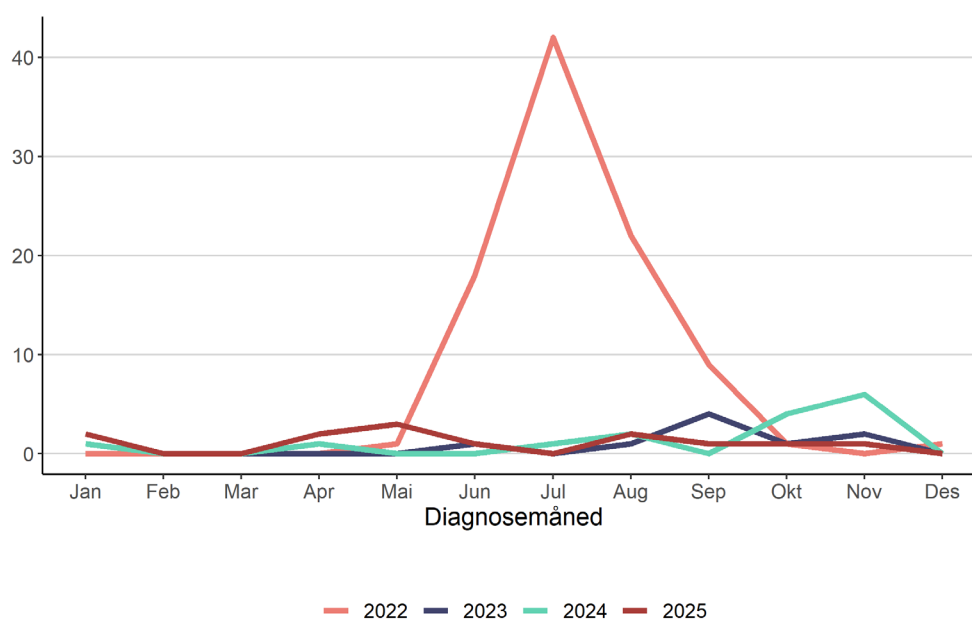
I mai 2022 startet et stort utbrudd av m-kopper subtype IIb i ikke-endemiske områder i Europa og andre deler av verden, og i løpet av året ble det rapportert nær 90 000 tilfeller globalt. Viruset spredte seg da i hovedsak ved intim kontakt, primært i enkelte grupper av msm og transpersoner. WHO erklærte sommeren 2022 utbruddet for en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC). Erklæringen ble opphevet i mai 2023 etter en betydelig nedgang i antall rapporterte tilfeller. Etter 2023 har imidlertid Den demokratiske republikken Kongo (DRC) og flere andre afrikanske land hatt en betydelig økning i antall m-koppesmitte. Økningen skyldtes subtype Ia og Ib. Disse utbruddene har ikke sammenheng med det globale utbruddet av subtype IIb fra 2022. Subtype Ia er endemisk i DRC og enkelte andre land, og har særlig rammet barn. Subtype Ib er en variant som dukket opp øst i DRC i slutten av 2023 og som siden har spredd seg raskt, først blant sexarbeidere og deres kunder, etter hvert også gjennom nær kontakt i familier, og i 2025 i stadig større grad i enkelte msm-miljøer. WHO erklærte økningen av m-kopper i Afrika som en internasjonal folkehelsekrise i perioden august 2024 – september 2025.

I 2025 ble det rapportert om tilfeller av subtype Ib i stadig flere land utenfor Afrika, og det forekommer nå begrenset lokal spredning i enkelte land i Europa og i Amerika, primært i msm-miljøer.

8.2 Meldte tilfeller av m-kopper

I 2025 ble 13 tilfeller meldt til MSIS, mot 15 i 2024, 10 i 2023 og 94 i 2022. Alle tilfellene meldt i 2025 var menn i alderen 28 – 47 år, med en medianalder på 33 år. De fleste var rapportert som seksuelt overført, 77 % blant msm. Åtte tilfeller ble rapportert smittet i utlandet og fem i Norge. Tolv av tilfellene var forårsaket av subtype II, mens det siste tilfellet er ikke typet. Antall meldte tilfeller av m-kopper etter diagnosemåned er presentert i Figur 17.

Figur 17. Antall meldte tilfeller av m-kopper etter diagnosemåneder, 2022 – 2025.



Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

8.3 Mikrobiologisk diagnostikk

M-kopper diagnostiseres med nukleinsyreamplifiseringstest (NAT/PCR). Diagnostikk utføres ved Oslo universitetssykehus Ullevål, Haukeland universitetssykehus, Sjukehuset Nordmøre og Romsdal Hjelset og St. Olavs hospital. Folkehelseinstituttet utfører sekvensering. Det er ikke opprettet referanselaboratorium for m-koppevirus i Norge.

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

8.4 Vurdering og tiltak

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

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

Mer informasjon om m-kopper finnes på:

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

Referanser

1. Det europeiske smittevernbyrået. Gonorrhoea - Annual Epidemiological Report for 2023. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2023>. Lest 22 april 2025.
2. Folkehelsemyndigheten. Gonorré – statistik 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/statistik-och-data/hitta-statistik-och-data/gonorre-statistik/?tab=tab-region>. Lest 22 april 2025.
3. Statens Serum Institut. Overvågning i tal, grafer og kort. Tilgjengelig fra: <https://statistik.ssi.dk/>. Lest 22 april 2025.
4. Folkehelseinstituttet. NORM/NORM-VET 2024. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/00f0b4a7a3d242c89b931c3badefdaf3/norm-norm-vet-2024-komplett.pdf>. Lest 22 april 2025.
5. Det europeiske smittevernbyrået. Chlamydia - Annual Epidemiological Report for 2023. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-annual-epidemiological-report-2023>. Lest 22 april 2025.
6. Det europeiske smittevernbyrået. Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2023. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2023>. Lest 22 april 2025.
7. Folkehelseinstituttet. Meldingskriterier for aids. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ut/msis/handbok-for-meldingskriterier-til-msis/sykdommer-a-a/aids/>. Lest 22 april 2025.
8. Croxford S, Stengaard AR, Brannstrom J, Combs L, Dedes N, Girardi E, et al. Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. *HIV Med.* 2022;23(11):1202-8.
9. Rakover A, Pettersen E, Whittaker R. The continuum of care and cause-specific mortality rate among persons diagnosed with HIV in Norway until the end of 2023. *Infect Dis (Lond).* 2026:1-10.
10. Whittaker R. Using linked national registry data and the ECDC HIV modelling tool to estimate HIV incidence and the proportion diagnosed in Norway up to 2023. *BMC Infect Dis.* 2025;25(1):1115.
11. Folkehelseinstituttet. Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN). 2024. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/sm/overvaking/ravn/>. Lest 22 april 2025.
12. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, tabell 05184: Innvandrere, etter kjønn og landbakgrunn 1970 – 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/05184/>. Lest 22 april 2025.
13. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Data 2019. 2019. Tilgjengelig fra: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf. Lest 22 april 2025.
14. Folkehelseinstituttet. Anbefaling om testing av innvandrere for hiv, hepatitt B, hepatitt C og syfilis. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ss/blod-seksuelt-overforbare-infeksjoner/anbefaling-om-testing-av-innvandrere-for-hiv-hepatitt-b-hepatitt-c-og-syfilis/>. Lest 22 april 2025.
15. Helsedirektoratet. Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>. Lest 22 april 2025.

16. Salamanca BV, Johannessen A, Dalgard O, Finbråten AK, Whittaker R. Time from migration to diagnosis and the proportion presenting late among diagnosed cases of chronic hepatitis B in Norway, 2008 to 2022. *Infect Dis (Lond)*. 2025;1-12.
17. Det europeiske smittevernbyrået. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA: An integrated approach. 2018. Tilgjengelig fra: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-testing-guidance_0.pdf. Lest 22 april 2025.
18. Helse Norge. Test og hurtigtest for hiv. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/hiv-og-aids/hurtigtest-for-hiv/#derfor-bor-du-teste-deg-for-hiv>. Lest 22 april 2025.
19. Den norske legeföreningen. Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv i Norge 2024. Tilgjengelig fra: <https://hivfag.no/>. Lest 22 april 2025.
20. NORHIV. Årsrapport for 2024. 2025. Tilgjengelig fra: https://kvalitetsregistre.fnsp.nhn.no/4a8088/siteassets/dokumenter/arsrapporter/hivregisteret/arsrapport_ii-norhiv_2024_150925.pdf. Lest 22 april 2025.
21. Opheim E, Malme K, Dalgard O, Sørli H, Backe O, Foshaug T, et al. Changes in Risk Behaviour Among People With Recent Injecting Drug Use in Oslo 2002-2024. *Drug Alcohol Rev*. 2025.
22. EUs rusmiddelbyrå. Drug-related infectious diseases – the current situation in Europe (European Drug Report 2023). 2023. Tilgjengelig fra: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-related-infectious-diseases_en. Lest 22 april 2025.
23. UK Health Security Agency. Unlinked Anonymous Monitoring (UAM) survey of HIV and viral hepatitis among people who inject drugs (PWID): 2023 report. 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.gov.uk/government/publications/people-who-inject-drugs-hiv-and-viral-hepatitis-monitoring/unlinked-anonymous-monitoring-uam-survey-of-hiv-and-viral-hepatitis-among-people-who-inject-drugs-pwid-2023-report>. Lest 22 april 2025.
24. Opheim E, Dalgard O, Ulstein K, Sorli H, Backe O, Foshaug T, et al. Towards elimination of hepatitis C in Oslo: Cross-sectional prevalence studies among people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2023;123:104279.
25. Den norske legeföreningen. Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt B. 2022. Tilgjengelig fra <https://hepatittfag.no/>. Lest 22 april 2025.
26. Folkehelseinstituttet. Vaksiner til barn (barnevaksinasjonsprogrammet). Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/va/barnevaksinasjonsprogrammet/>. Lest 22 april 2025.
27. Verdens helseorganisasjon. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. 2022. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>. Lest 22 april 2025.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/01ae25a0b880457c9d2cf2b16cc5908d/nasjonal_strategi_for_arbeidet_mot_virale_leverbetennelser.pdf. Lest 22 april 2025.
29. Kasatkina L, Fedorchenko V, Sidorova I, Gomenyuk L, Yakovets O, Brandl M, et al. National representative seroprevalence of viral hepatitis B, C, and D seromarkers in Ukraine, 2021. *Euro Surveill*. 2025;30(29).
30. 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 Paediatr*. 2026.

31. Folkehelseinstituttet. Oppfølging av barn av mødre med kronisk hepatitt B-infeksjon. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/plakat/flytskiema-for-oppfolging-av-barn-av-modre-med-kronisk-hepatitt-b-infeksjon/>. Lest 22 april 2025.
32. Folkehelseinstituttet. Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge: Oppfølging av den nasjonale strategien mot virale hepatitter. 2023. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/2023/statusrapport-om-eliminasjon-av--hepatitt-b-og-c-som--folkehelseproblem-i-n/>. Lest 22 april 2025.
33. Salamanca BV, Johannessen A, Dalgard O, Whittaker R. Linkage to Care, Retention in Care and Treatment Uptake Among Patients Diagnosed With Chronic Hepatitis B in Norway, 2008-2022. *J Viral Hepat.* 2025;32(10):e70089.
34. Senter for rus- og avhengighetsforskning. SERAF statusrapport 5/2025. 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2025/seraf-rapport-nr-5-2025-statusrapport-2024.pdf.pdf>. Lest 22 april 2025.
35. Whittaker R, Midtbø JE, Kløvstad H. Monitoring Progress Towards the Elimination of Hepatitis C as a Public Health Threat in Norway: A Modelling Study Among People Who Inject Drugs and Immigrants. *J Infect Dis.* 2024;230(3):e700-e11.
36. European Union Drugs Agency. Viral hepatitis elimination barometer among people who inject drugs in Europe. Tilgjengelig fra: https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheet/viral-hepatitis-elimination-barometer-among-people-who-inject-drugs-in-europe_en. Lest 22 april 2025.
37. Den norske legeforeningen. Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt C. 2022. Tilgjengelig fra <https://hepatittfag.no/pdf-hcv>. Lest 22 april 2025.
38. Midgard H, Malme KB, Pihl CM, Berg-Pedersen RM, Tanum L, Klundby I, et al. Opportunistic treatment of hepatitis C infection among hospitalized people who inject drugs (OPPORTUNI-C): A stepped wedge cluster randomized trial. *Clin Infect Dis.* 2023.
39. Midgard H, Bjornestad R, Egeland M, Dahl E, Finbraten AK, Kielland KB, et al. Peer support in small towns: A decentralized mobile Hepatitis C virus clinic for people who inject drugs. *Liver Int.* 2022;42(6):1268-77.
40. Fadnes LT, Aas CF, Vold JH, Leiva RA, Ohldieck C, Chalabianloo F, et al. Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV). *PLoS Med.* 2021;18(6):e1003653.
41. Thingnes G, Midgard H, Dalgard O. Point of care HCV RNA Testing in a mobile low-threshold health service for people who inject drugs. Conference of the international network on health and hepatitis in substance users. 13 – 15 October 2021. Virtual conference. Tilgjengelig fra: <https://inhsu.org/wp-content/uploads/2022/04/86cbb694975246bbaba18c495ff87d34.pdf>. Lest 22 april 2025.
42. Oslo kommune. Hepatitt C-klinikken. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/behandling-og-tjenester/hepatitt-c-klinikken/#gref>. Lest 22 april 2025.
43. Nordlandssykehuset. Hepatitt C (HCV) infeksjon 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.nordlandssykehuset.no/forskning-og-innovasjon/fastlegenytt/hepatitt-c-hcv-infeksjon>. Lest 22 april 2025.
44. Whittaker R, Midgard H, Dalgard O, Kløvstad H. Treatment uptake among notified cases of hepatitis C virus infection in Norway, 1990 to 2022: a registry-based study to monitor progress towards elimination. *Euro Surveill.* 2024;29(46).

45. Malme KB, Ulstein K, Finbraten AK, Wusthoff LEC, Kielland KB, Hauge J, et al. Hepatitis C treatment uptake among people who inject drugs in Oslo, Norway: A registry-based study. *Int J Drug Policy*. 2023;116:104044.
46. Malme KB, Stene-Johansen K, Klundby I, Backe O, Foshaug T, Greve MH, et al. Virologic Response and Reinfection Following HCV Treatment among Hospitalized People Who Inject Drugs: Follow-Up Data from the OPPORTUNI-C Trial. *Viruses*. 2024;16(6).
47. Midgard H, Ulstein K, Backe O, Foshaug T, Sorli H, Vennesland K, et al. Hepatitis C treatment and reinfection surveillance among people who inject drugs in a low-threshold program in Oslo, Norway. *Int J Drug Policy*. 2021;96:103165.

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