

**RAPPORT**

2026

ÅRSRAPPORT:

Tuberkulose i Norge 2025 –  
med behandlingsresultater  
for 2024

**Årsrapport**

**Tuberkulose i Norge 2025 –  
med behandlingsresultater for 2024**

Karine Nordstrand

Anne Torunn Mengshoel

Åse Marie Wikman Strand

Trude Miljeteig Ingebrigtsen

**Utgitt av Folkehelseinstituttet**

Område for smittevern

Avdeling for smittevern og vaksine

Juni 2026

**Tittel:**

Tuberkulose i Norge 2025 - med behandlingsresultater for 2024

**Forfattere:**

Karine Nordstrand

Anne Torunn Mengshoel

Åse Marie Wikman Strand

Trude Miljeteig Ingebrigtsen

**Publikasjonstype:**

Rapport

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**ISSN 1894-4868**

**Sitering:** Nordstrand K, Mengshoel AT, Strand ÅM, Ingebrigtsen TM. "Tuberkulose i Norge 2025 – med behandlingsresultater for 2024" Årsrapport.

Oslo: Folkehelseinstituttet, 2026

# Innhold

<b>Innhold</b>	<b>3</b>
<b>Hovedbudskap</b>	<b>4</b>
<b>Key messages</b>	<b>5</b>
<b>1 Bakgrunn</b>	<b>6</b>
<b>2 Forekomst av tuberkulosesykdom</b>	<b>7</b>
2.1 Forekomst etter fødested	7
2.2 Forekomst etter alder og kjønn	8
2.3 Forekomst etter årsak til opphold	10
2.4 Forekomst etter oppholdstid i Norge før diagnose	10
2.5 Fylkesfordeling	11
2.6 Indikasjon for tuberkuloseundersøkelse	11
2.7 Hiv-status	12
2.8 Organfordeling	12
<b>3 Mikrobiologisk diagnostikk</b>	<b>13</b>
3.1 Dyrkningsbekreftelse	13
3.2 Smittsomhet	14
3.3 Referansediagnostikk	14
3.4 Antibiotikaresistens og multiresistent tuberkulose	15
3.5 IGRA (interferon gamma release assay)	17
<b>4 Smittesporing og utbruddsetterforskning</b>	<b>17</b>
4.1 Genetisk slektskap	19
4.2 Nysmitte i Norge	20
<b>5 Behandlingsresultater for 2024</b>	<b>20</b>
5.1 Behandling av multiresistent tuberkulose	21
<b>6 Forebyggende tiltak</b>	<b>22</b>
6.1 Behandling for latent tuberkulose	22
6.1.1 Utviklingstrekk ved forebyggende behandling i Norge	23
6.1.2 Mottakere av forebyggende behandling	23
6.2 BCG-vaksinasjon	24
6.2.1 BCG-vaksinasjon og tuberkulosesykdom	25
<b>7 Kort om tuberkuloseregistreringen i MSIS</b>	<b>25</b>
<b>Referanser</b>	<b>27</b>

## Hovedbudskap

I 2025 ble det rapportert 155 pasienter med tuberkulose i Norge, hvilket er på omtrent samme nivå som perioden under og etter pandemien. Forekomsten er betydelig lavere enn årene før 2019. Forekomsten i befolkningen som helhet (insidensrate på 2,8 per 100 000 innbyggere) og blant norskfødte (insidensrate på 0,45 per 100 000 innbyggere) er en av de laveste i verden.

Flertallet av de som blir syke av tuberkulose i Norge er utenlandsfødte (86 % i 2025), og født i land med høy forekomst av sykdommen. Utenom Norge var Filippinene, Eritrea og Ukraina de vanligste fødelandene for personer med tuberkulose i Norge i 2025, hvor personer født i disse tre landene utgjorde henholdsvis 13 %, 8 % og 8 % av tilfellene.

Det er flest i alderen 20 til 50 år som får diagnosen tuberkulose i Norge, og forekomsten i gruppen under 20 år har gått betydelig ned de siste ti årene. Det ble ikke meldt om noen barn under ti år med tuberkulose i Norge i 2025. Blant norskfødte ble det i 2025 rapportert 21 tilfeller av tuberkulosesykdom, en økning fra 12 tilfeller i 2024. Ettersom det er få norskfødte tuberkulosepasienter, må endringer fra år til år i denne gruppen tolkes med forsiktighet.

Tuberkulosesykdom kan være vanskelig å oppdage, og screening og smittesporing er viktig for tidlig diagnose. I 2025 ble en fjerdedel av tuberkulose tilfellene oppdaget gjennom forskjellige rutineundersøkelser, inkludert gjennom rutineundersøkelse av flyktninger og asylsøkere. Genetiske analyser av tuberkulosebakterier og rapporter fra smittesporing rundt tuberkulosepasienter indikerer at svært få blir syke med tuberkulose som følge av innenlands smitte. Kun to av de 21 norskfødte personene meldt med tuberkulosesykdom i 2025 er antatt å være smittet i Norge.

Mellom 2021 og 2024 var det en økning i antall og andel tilfeller av multiresistent tuberkulose (MDR-TB). I 2025 ble det rapportert seks tilfeller av MDR-TB i Norge, hvilket er lavere enn nivået de foregående årene. Også her må tallene tolkes med forsiktighet, ettersom antall tilfeller er lavt.

De aller fleste som behandles for tuberkulose i Norge, inkludert MDR-TB, blir friske. I 2024 hadde 86 % vellykket resultat av behandlingen, og alle de 15 pasientene som ble behandlet for MDR-TB fullførte behandlingen. Nyere, kortere og mer pasientvennlige behandlingsregimer for MDR-TB er sannsynligvis en av årsakene til den høye suksessraten.

Forebyggende tiltak, inkludert gratis undersøkelse og behandling, samt smittesporing, bidrar til å forebygge tuberkulose i Norge. Bruken av forebyggende behandling har økt siden 2003, og siden 2019 har antall personer som mottar forebyggende behandling vært mer enn tre ganger høyere enn antall personer som behandles for tuberkulosesykdom. De fleste mottakere av forebyggende behandling er personer mellom 30 og 40 år som er født utenfor Norge.

## Key messages

In 2025, 155 patients with tuberculosis were reported in Norway, which is at approximately the same level as the period during and after the pandemic. The incidence is significantly lower than the years before 2019. The incidence in the population as a whole (incidence rate of 2,8 per 100,000 inhabitants) and among Norwegian-born individuals (incidence rate of 0.45 per 100,000 inhabitants) is one of the lowest in the world.

The majority of those who become ill from tuberculosis in Norway (86 % in 2025) are foreign-born and come from countries with a high prevalence of the disease. Apart from Norway, the Philippines, Eritrea, and Ukraine were the most common countries of birth for people with tuberculosis in Norway in 2025, with individuals born in these three countries accounting for 13 %, 8 %, and 8 % of cases, respectively.

Most of the people who develop tuberculosis in Norway are between 20 and 50 years old. The incidence among those under 20 has declined significantly over the past ten years. No cases of tuberculosis were reported in children under ten years in Norway in 2025. Among individuals born in Norway, 21 cases of tuberculosis disease were reported in 2025, an increase from 12 cases in 2024. Since there are few Norwegian-born tuberculosis patients, changes from year to year in this group need to be interpreted with caution.

Tuberculosis disease can be difficult to detect, and screening and contact tracing are important for early diagnosis. In 2025, a quarter of tuberculosis cases were detected through various routine examinations, including routine examinations for refugees and asylum seekers. Genetic analyses of tuberculosis bacteria and reports from contact tracing around tuberculosis patients indicate that very few become sick with tuberculosis due to domestic transmission. Only two of the 21 Norwegian-born individuals reported with tuberculosis disease in 2025 are presumed to have been infected in Norway.

Between 2021 and 2024, there was an increase in the number and proportion of cases of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). In 2025, six cases of MDR-TB were reported in Norway, which is lower than the levels in previous years. These figures also need to be interpreted with caution, as the total number of MDR-TB cases each year is low.

The vast majority of those treated for tuberculosis in Norway, including MDR-TB, recover. In 2024, 86% had a successful treatment outcome, and all 15 patients treated for MDR-TB completed the treatment. Newer, shorter, and more patient-friendly treatment regimens for MDR-TB are likely one of the reasons for the high success rate.

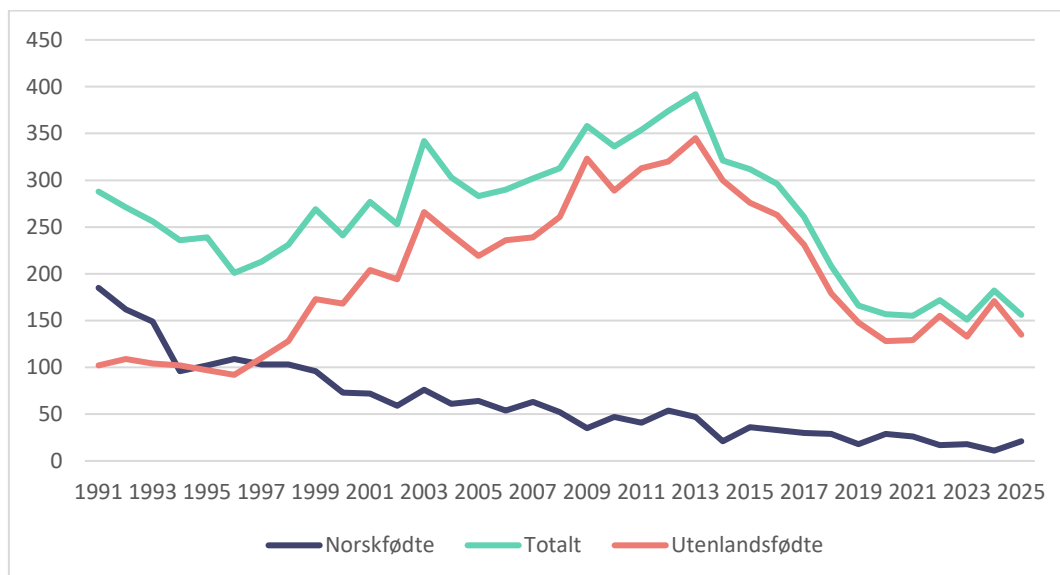
Preventive measures, including free examination and treatment, as well as contact tracing, contribute to preventing tuberculosis in Norway. The use of preventive treatment has increased since 2003, and since 2019, the number of people receiving preventive treatment has been over three times greater than the number of people treated for tuberculosis disease. Most recipients of preventive treatment are individuals between 30 and 40 years old who were born outside of Norway.

## 1 Bakgrunn

Tuberkulose skyldes bakteriearter i *Mycobacterium tuberculosis*-komplekset, og spres hovedsakelig ved luftbåren smitte fra en pasient med smittsom lungetuberkulose til nærkontakter.

Historisk sett har tuberkulose vært en av sykdommene som har tatt aller flest liv og leveår. Statistisk Sentralbyrå anslår at i 1900 var omtrent hvert femte dødsfall i Norge forårsaket av tuberkulose, og at 60 % av de døde var under 30 år. Som følge av generell bedring i levestandard sank forekomsten og dødeligheten betydelig utover 1900-tallet, og fra slutten av 1940-tallet enda raskere med tillegg av effektive medikamenter, røntgenundersøkelser for tidlig diagnostikk og BCG-vaksinasjon.

Nedgangen i tuberkuloseforekomsten her i landet flatet ut mot slutten av 60-tallet, men fortsatte likevel frem til 1996. Siden steg forekomsten jevnt frem til 2013, for så å synke igjen til et foreløpig historisk bunnivå i 2023. Mens utenlandsfødte kun utgjorde en marginal andel av tuberkulosestilfellene her til lands på 1970 og 80-tallet, er situasjonen nå omvendt, slik at det i dag er de norskfødte som er i fåtall (Figur 1). Endringen i forekomst av tuberkulose de siste par tiårene gjenspeiler i stor grad endringer i innvandringsmønsteret.



**Figur 1. Antall meldte tuberkulosestilfeller totalt i Norge, fordelt på norsk- og utenlandskfødte, fra 1991 til 2025. Kilde: MSIS.**

Mens tuberkulose siden midten av forrige århundre har vært på rask retur i særlig Vest-Europa og Nord-Amerika, ser man dessverre få tegn til bedring i et globalt perspektiv. Tuberkulose er fremdeles den infeksjonssykdommen som tar flest liv på verdensbasis, og multiresistent tuberkulose er et voksende problem. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at 10,7 millioner mennesker ble syke av tuberkulose i 2024, og at 1,23 millioner døde av sykdommen inkludert 150 000 med samtidig hiv-infeksjon (1). Sørøst-Asia og Afrika er de to områdene i verden med høyest andel syke. Grunnet et høyt befolkningsantall ses flest tilfeller i Sørøst-Asia. I Afrika sør for Sahara er dobbeltinfeksjon med hiv og tuberkulose et betydelig problem, og også i land som Russland og Ukraina ses en høy andel dobbeltinfeksjon. Andelen pasienter med multiresistente bakterier er høyest i landene i det tidligere Sovjetsamveldet, mens det absolutte antallet også er høyt i land som India, Filippinene og Kina.

Forekomsten av tuberkulosesykdom er tett knyttet opp til sosioøkonomiske forhold, noe som er med på å forklare situasjonen globalt. Derfor er også forekomsten oftest svært skjevfordelt i en befolkning, slik at det kan være områder eller befolkningsgrupper med høy forekomst i land der tuberkulose ellers er sjelden.

Det er estimert at en fjerdedel av verdens befolkning er smittet av tuberkulosebakterien uten å ha blitt syke (2). Man antar at 80 % av de smittede bor i land i Afrika og Asia. Ved å tilby forebyggende behandling til personer med latent tuberkulose som er nysmittet (f.eks. nærkontakter og barn) eller immunsupprimerte (f.eks. hiv-smittede), kan man redusere andelen som utvikler tuberkulosesykdom.

## 2 Forekomst av tuberkulosesykdom

I 2025 ble det meldt 155 tilfeller av tuberkulosesykdom til MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer). De to foregående årene var tilsvarende tall på 180 (2024) og 151 (2023). I Norge har insidensraten for tuberkulose sunket gradvis siden 2013, og har siden 2019 ligget på ca. 3 per 100 000 innbyggere (2,8 per 100 000 i 2025). Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike befolkningsgrupper innad i Norge.

### 2.1 Forekomst etter fødested

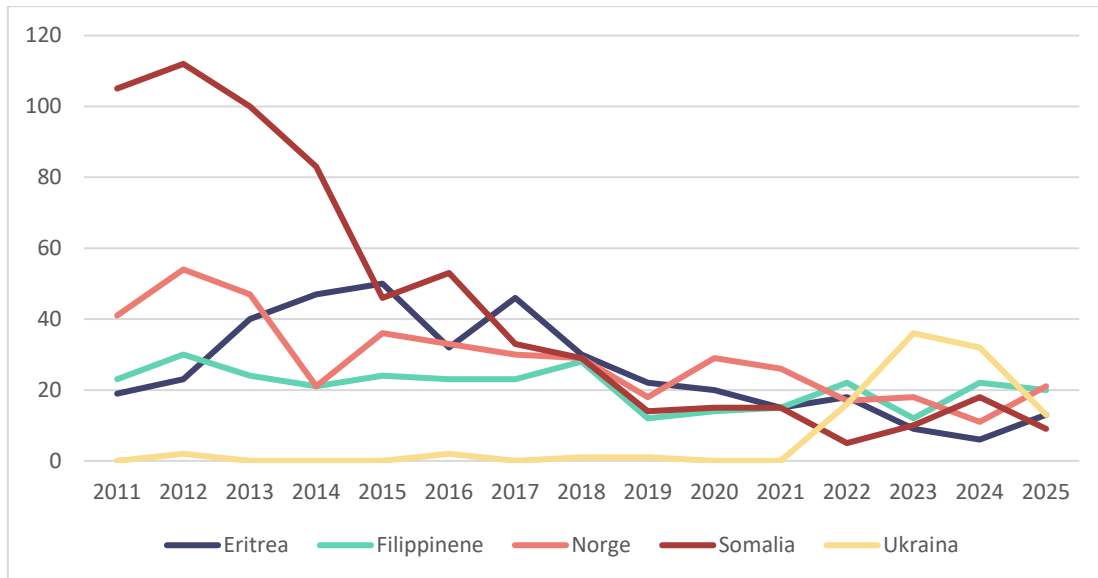
Forekomsten blant norskfødte er svært lav, og enda lavere blant norskfødte med norskfødte foreldre. Insidensraten blant norskfødte, også blant barn med utenlandsfødte foreldre, er en av verdens laveste, og var i 2025 på 0,45 per 100 000 innbyggere. Til tross for en økning i antall tuberkulosestilfeller blant utenlandsfødte siden midten av 1990-tallet og frem til 2013, har forekomsten blant norskfødte fortsatt å gå jevnt tilbake (Figur 1).

I 2025 ble det meldt 21 tilfeller av tuberkulosesykdom blant norskfødte, det vil si 14 % av det totale antallet tilfeller. Dette er høyere enn i 2024, men lavt sammenliknet med perioden frem til 2021. Av de 21 hadde 11 to norskfødte foreldre, tre hadde to utenlandsfødte foreldre, én hadde både norskfødt og utenlandsfødt forelder, mens det for seks manglet informasjon om begge foreldre. Kun to av de norskfødte er antatt å være smittet i Norge (se avsnitt 4.2 for mer informasjon om vurdering rundt innenlands smitte).

Andelen utenlandsfødte var 86 % i 2025, en reduksjon fra 94 % året før, men på samme nivå som i 2023. For utenlandsfødte gjenspeiler forekomsten i Norge i stor grad forekomsten på fødestedet. Foruten Norge var Filippinene, Eritrea og Ukraina de vanligste fødelandene for personer med tuberkulose i Norge i 2025, og personer født i disse tre landene utgjorde henholdsvis 13 %, 8 % og 8 % av det totale antallet tilfeller i 2025 (Figur 2).

Fra og med 2022 har personer født i Ukraina utgjort en høy andel av de som diagnostiseres med tuberkulosesykdom i Norge. Dette henger sammen med det store antallet ukrainske flyktninger som har kommet til Norge samme periode. Alle flyktninger har plikt til tuberkuloseundersøkelse ved ankomst. Også for gruppen ukrainere gjenspeiler forekomsten i Norge forekomsten i hjemlandet, og er som forventet ut ifra WHO's estimater for tuberkulose i Ukraina (1).

I 2025 kom det tre personer til Norge som allerede var under tuberkulosebehandling ved ankomst. Disse kommer i tillegg til de 155 personene som ble meldt med tuberkulosesykdom. Helsemyndighetene i landet der de startet behandling rapporterer tuberkulosesykdom hos disse personene til WHO. De telles derfor ikke med i den norske statistikken.



**Figur 2. Antall tuberkulosestilfeller de siste 15 årene fra de fem vanligste fødelandene i 2025. Kilde: MSIS.**

Blant de utenlandsfødte utgjorde personer født i Asia nesten halvparten i 2025 (Tabell 1). Antall tuberkulosestilfeller blant personer fra Afrika har vært nedadgående, og denne gruppen utgjorde i underkant av en tredjedel i 2025. Det har vært en midlertidig økning de siste årene blant personer født i Europa utenfor Norge, knyttet til ankomstene av ukrainske flyktninger. I 2025 gikk denne andelen ned sammenliknet med foregående år, i takt med reduksjonen i antall nyankomne ukrainske flyktninger til landet.

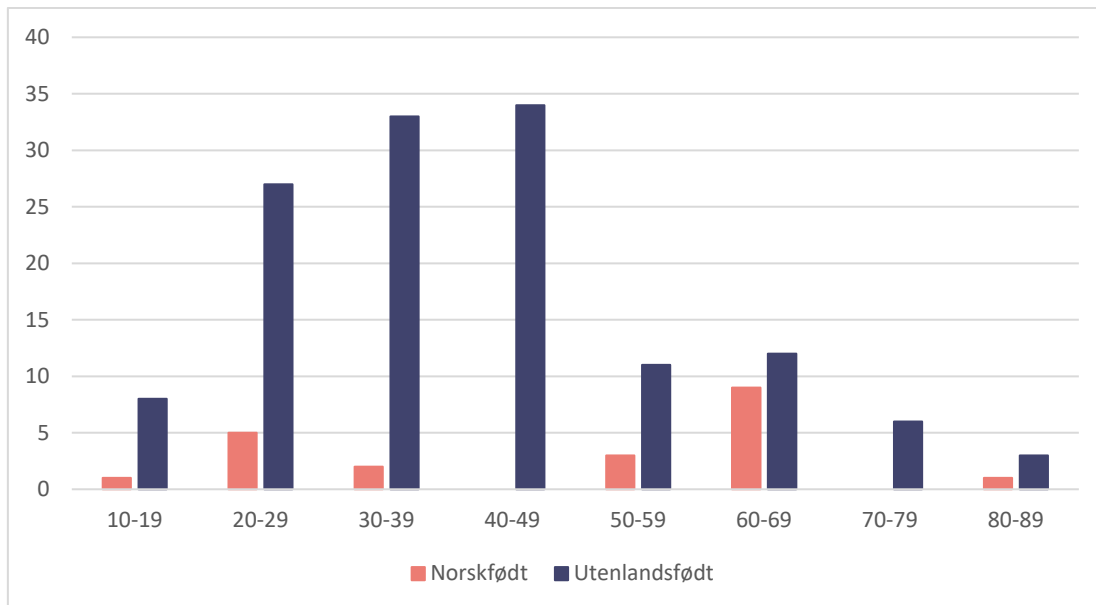
**Tabell 1. Antall tuberkulosestilfeller født utenfor Norge etter fødeverdensdel, fra 2021 til 2025. Kilde: MSIS.**

Verdensdel	2021	2022	2023	2024	2025
Afrika	53	46	34	39	39
Asia	56	66	40	76	66
Europa utenfor Norge	17	43	58	52	25
Nord-Amerika	1	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	2	0	1	2	4
<b>Totalt</b>	<b>129</b>	<b>155</b>	<b>133</b>	<b>169</b>	<b>134</b>

## 2.2 Forekomst etter alder og kjønn

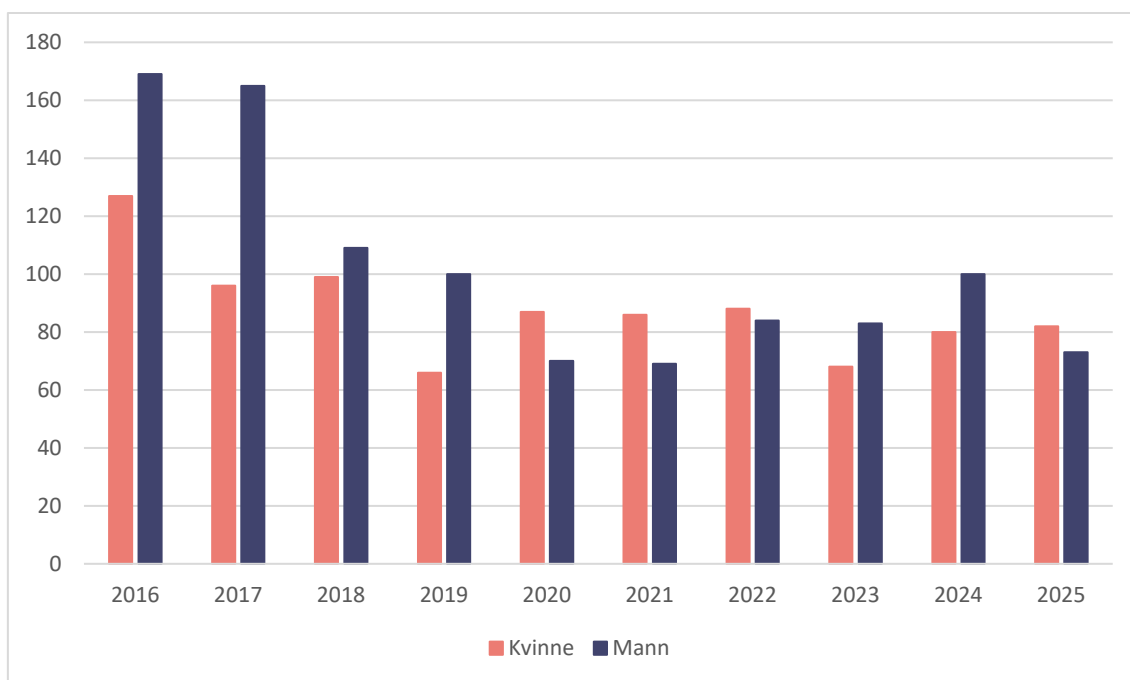
Alderssammensetningen blant personer med tuberkulose i Norge har holdt seg relativt uendret over flere år. Blant de utenlandsfødte (og dermed også totalt sett) er det flest i alderen 20 til 50 år som får diagnosen tuberkulose (Figur 3). Dette har sammenheng med at det er flest yngre voksne blant de som migrerer. De fleste av de utenlandsfødte er smittet før ankomst til Norge og risikoen for aktivering av latent tuberkulose er størst de første par årene etter at man er smittet eller re-smittet.

Median alder har ligget mellom 35 og 40 år siden 2021, og var 40 år i 2025. Hos norskfødte ses en langt større spredning i alder (Figur 3) enn blant de utenlandsfødte. Forekomsten blant barn, både norskfødte og utenlandsfødte, er svært lav. I 2025 ble det ikke meldt noen barn med tuberkulosesykdom under ti år, og blant norskfødte med norskfødte foreldre er det ikke meldt noen personer med tuberkulosesykdom i aldersgruppen under 20 år siden 2021.



**Figur 3. Antall meldte tuberkulosestilfeller i Norge 2025, fordelt på aldersgrupper og fødested. Kilde: MSIS.**

På verdensbasis er det flest menn som blir syke av tuberkulose, og forekomsten blant menn er nesten dobbel så høy som blant kvinner. Denne trenden har også vært gjeldende i Norge med unntak av perioden 2020 til og med 2022, og i 2025, da det ble meldt flere kvinner enn menn med tuberkulosesykdom i Norge (Figur 4).



**Figur 4. Antall meldte tuberkulosestilfeller i Norge 2016-2025, fordelt på kjønn. Kilde: MSIS.**

### 2.3 Forekomst etter årsak til opphold

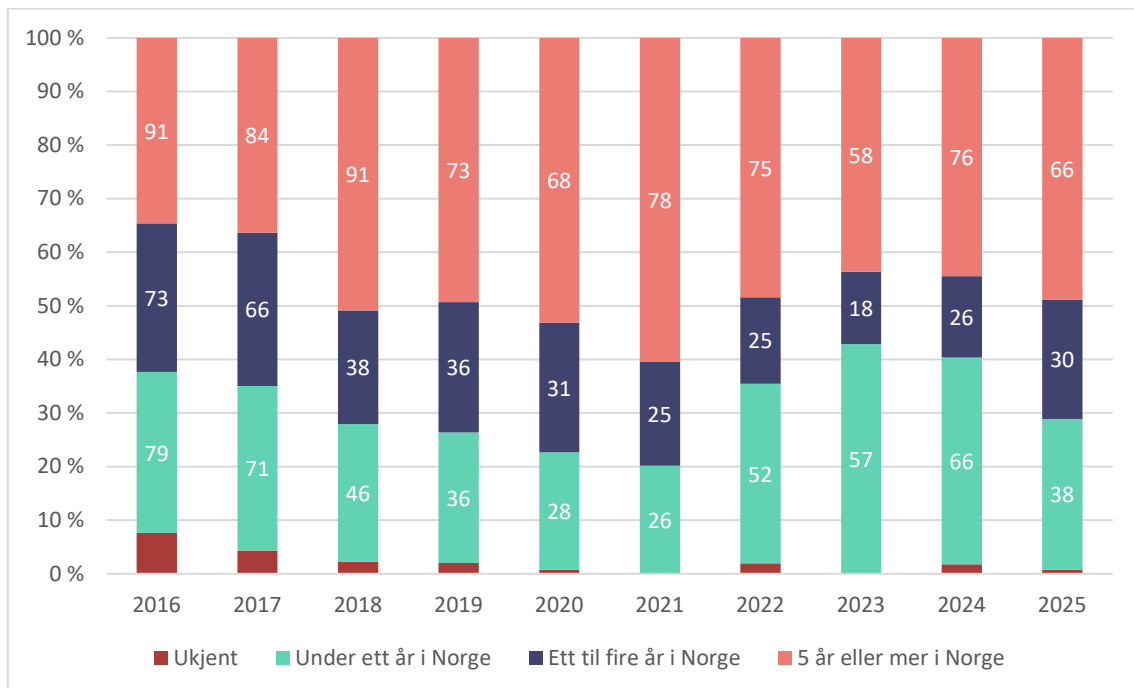
Av de 134 utenlandsfødte tuberkulosepasientene som ble meldt til MSIS i 2025, var 50 meldt som asylsøker eller flyktning (Tabell 2). Informasjon om årsak til opphold er hentet fra MSIS klinikermeldinger, og ikke fra Utlendingsdirektoratets registre over juridisk status i Norge.

**Tabell 2. Utenlandsfødte tuberkulosestilfeller etter årsak til opphold, fra 2021 til 2025. Kilde: MSIS.**

Herkomst	2021	2022	2023	2024	2025
Asylsøker/flyktning	46	59	67	70	54
Familiegjenforent	36	34	18	24	39
Innvandrere/arbeidsinnvandrere	22	33	30	35	18
Midlertidig opphold	9	11	4	9	8
Annet	0	0	2	1	0
Ukjent/ikke utfylt	16	18	12	30	15
<b>Totalt</b>	<b>129</b>	<b>155</b>	<b>133</b>	<b>169</b>	<b>134</b>

### 2.4 Forekomst etter oppholdstid i Norge før diagnose

Blant utenlandsfødte personer med tuberkulose var det mellom 2022 og 2024 en økning i både andel og antall med oppholdstid under ett år i Norge. Dette kan forklares med en økning av innvandring til Norge, blant annet som følge av gjenåpning etter koronavirus-pandemien og krigen i Ukraina. I 2025 gikk denne andelen tilbake, og 72 % av de utenlandsfødte som ble diagnostisert med tuberkulose i fjor hadde bodd i Norge ett år eller lenger.



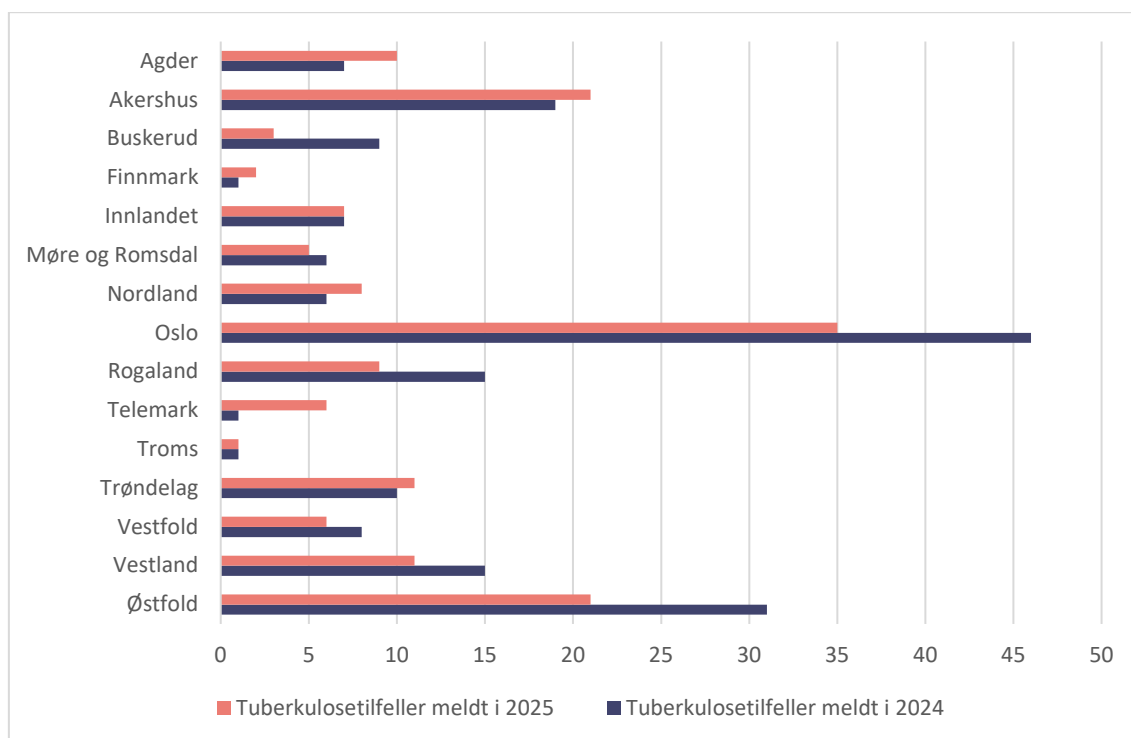
**Figur 5. Oppholdstid i Norge for utenlandsfødte før tidspunkt for tuberkulosediagnose i perioden 2016-2025, vist i prosent og totalt antall meldte pasienter per kategori og år. Kilde: MSIS.**

Av disse hadde drøyt to tredjedeler vært i Norge fem år eller lenger (Figur 5).

Sannsynligheten for å bli syk av tuberkulose er høyest i løpet av det første året etter smitte, for siden å avta. Personer som allerede er smittet når de kommer til Norge, vil derfor ha størst risiko for å utvikle tuberkulose sykdom i løpet av den første tiden etter ankomst. Den svært lave tuberkuloseforekomsten her i landet gjør at risikoen for smitte etter ankomst generelt er lav.

## 2.5 Fylkesfordeling

I 2025 ble det, som foregående år, meldt flest tuberkulose tilfeller fra Oslo (Figur 6). Fylkesfordelingen av tuberkulose tilfeller må ses i sammenheng med innvandrerbefolkningens bosettingsmønster. Det er klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo, både relativt og absolutt. Lokaliseringen av Nasjonalt ankomstsenter i Råde i Østfold spiller også inn, ettersom en høy andel av den lovpålagte tuberkuloseundersøkelsen ved ankomst foregår der.



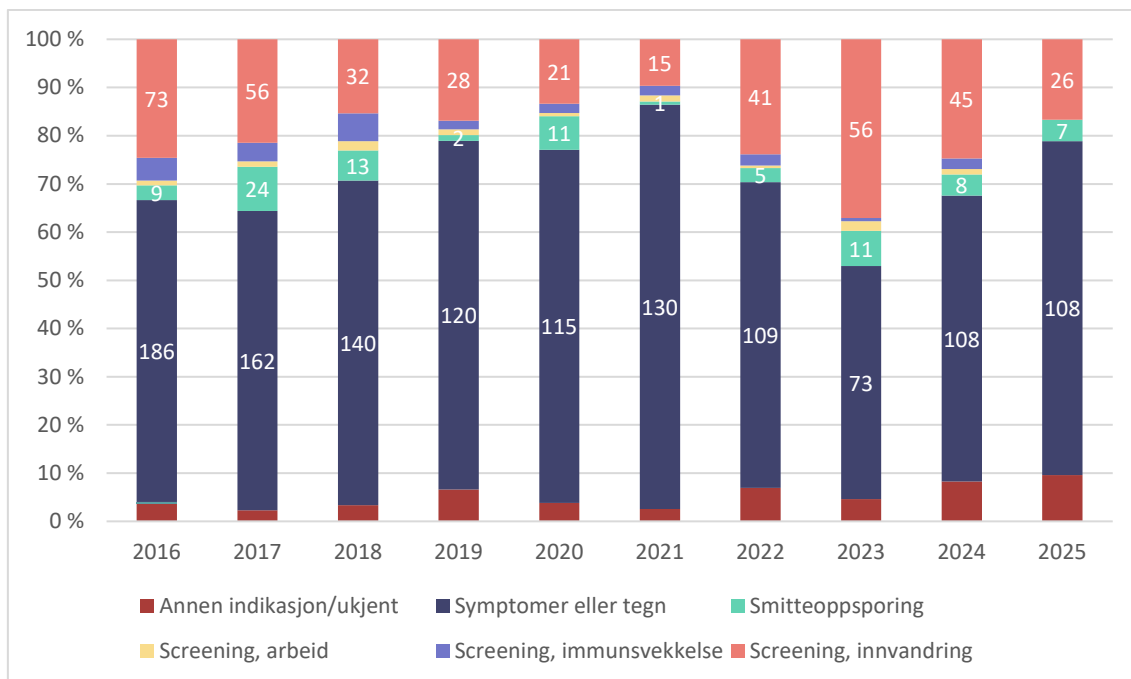
Figur 6. Antall meldte tuberkulose tilfeller fordelt på fylke i 2024 og 2025. Kilde: MSIS

## 2.6 Indikasjon for tuberkuloseundersøkelse

I grupper med økt risiko for tuberkulose er det ideelle at en høyest mulig andel tuberkulose syke identifiseres ved aktiv leting (screening og smittesporing), før symptomer fører til at pasienten selv oppsøker lege. Videre må man sørge for at alle personer som utvikler tegn til tuberkulose sykdom har lett tilgang til diagnostikk og behandling. Tuberkulose sykdom kan være vanskelig å påvise, og enkelte går lenge med udiagnostisert sykdom.

I 2025 var screening av innvandrere årsak til 17 % av meldte tuberkulose tilfeller, mens symptomer og tegn førte til undersøkelse og diagnose av 69 % (Figur 7). Smittesporing var årsak til 5 % av meldte tilfeller.

For lungetuberkulose ble 23 % av tilfellene i 2025 funnet ved screening av innvandrere, og 3 % i forbindelse med smittesporing. 63 % ble funnet på grunn av symptomer og tegn.



**Figur 7. Indikasjon for tuberkuloseundersøkelse fordelt på årstall, i prosent og totalt antall meldte pasienter per kategori i perioden 2016-2025. Kilde: MSIS.**

## 2.7 Hiv-status

Det er anbefalt at alle som får påvist tuberkulosesykdom eller latent tuberkulose skal testes for hiv. Tall for 2025 viser at testaktiviteten er litt høyere enn foregående år, men det er fremdeles rom for forbedring.

Av de som ble diagnostisert med tuberkulosesykdom, var hiv-status kjent hos 145 (94 %) i 2025. Av de med kjent status hadde åtte (6 %) en positiv test.

Av de som startet behandling for latent tuberkulose, var hiv-status kjent hos 480 (84 %) i 2025. Av de med kjent status hadde 20 (4 %) en positiv test.

## 2.8 Organfordeling

Det er i praksis bare tuberkulose i lungene som smitter andre, og det er derfor denne manifestasjonen man er mest opptatt av i et folkehelseperspektiv. I 2025 hadde 102 (66 %) av de meldte tilfellene lungetuberkulose (med eller uten ekstrapulmonal tuberkulose), mot 53 (34 %) som kun hadde ekstrapulmonal form (Tabell 3).

**Tabell 3. Organfordeling av tuberkulosesykdom hos pasienter meldt i 2024 og 2025. Kilde: MSIS.**

Organ		2024	2025
Lunge	Kun lunge	106	90
	Både lunge og ekstrapulmonal	22	12
Kun ekstrapulmonal <sup>1</sup>	Lymfeknuter-hilusglandler	30	29
	Buk-tarm	8	3
	Pleura	4	8
	Columna-ben/ledd	1	2
	Meninger-CNS	0	0
	Uro-genital	3	3
	Miliær-disseminert	0	1
	Annet ekstrapulmonalt organ	6	7
Ukjent organ		0	0
<b>Totalt</b>		<b>180</b>	<b>155</b>

<sup>1</sup> Organfordeling er basert på første organ listet i MSIS-meldingsskjema. Flere organ kan være rammet hos den enkelte.

### 3 Mikrobiologisk diagnostikk

Mikrobiologisk diagnostikk er vesentlig for å bekrefte tuberkulosesmitte og -sykdom. For påvisning av tuberkulosesmitte tas blodprøve til immunologisk undersøkelse (IGRA). IGRA kan ikke benyttes for å skille mellom aktiv (pågående) tuberkulosesykdom og latent tuberkulosesmitte. Ved mistanke om tuberkulosesykdom bør innsending av prøvemateriale til bakteriologisk undersøkelse for påvisning av tuberkulosebakterien alltid prioriteres.

#### 3.1 Dyrkningsbekreftelse

Tuberkulosesykdom bør bekreftes ved påvisning av tuberkulosebakterier ved dyrkning, som er den mest sensitive metoden for agenspåvisning. Av Tabell 4 ser vi at dyrkningsbekreftelsen av de meldte tilfellene de siste årene har ligget på 80 % eller mer, som er ønskelig.

**Tabell 4. Antall meldte og dyrkningsbekreftede tuberkulose tilfeller fra 2021 til 2025. Kilde: MSIS.**

	2021	2022	2023	2024	2025
Antall meldte	155	172	151	180	155
Antall dyrkningsbekreftede	123	138	124	155	127
% Dyrkningsbekreftede	<b>79 %</b>	<b>80 %</b>	<b>82 %</b>	<b>86%</b>	<b>82 %</b>

### 3.2 Smittsomhet

Fra et smittevernperspektiv har lungetuberkulose størst betydning. Pasienter med lungetuberkulose regnes som smittsomme dersom det observeres tuberkulosebakterier (syrefaste staver) i luftveismateriale ved direkte mikroskopi (direkte mikroskopi positive). Dersom pasienten er direkte mikroskopi negativ, og *M. tuberculosis*-komplekset kun påvises ved PCR eller dyrkning, regnes pasienten som svært lite smittsom. Mikroskopieresultatene er derfor viktige for å planlegge smittesporingsarbeidet og for å vurdere behov for isolering.

I dag utføres det nesten alltid en forutgående screening med PCR for påvisning av *M. tuberculosis*-komplekset direkte i luftveismateriale. Av Tabell 5 ser vi at det ble meldt 102 tilfeller av lungetuberkulose i 2025. Av disse var 89 (87 %) bekreftet med dyrkning, og 93 (91 %) PCR positive.

**Tabell 5. Tilfeller av lungetuberkulose meldt til MSIS i 2025 med prøveresultater for dyrkning og PCR direkte i prøvematerialet (tall for 2024 i parentes).**

Dyrkning	PCR			
	Negativ	Positiv	Ukjent / ikke utført	Totalt
Negativ	2 (4)	5 (6)	0 (0)	<b>7 (10)</b>
Positiv	3 (6)	86 (110)	0 (1)	<b>89 (117)</b>
Ukjent / ikke utført	0 (0)	2 (1)	4 (0)	<b>6 (1)</b>
<b>Totalt</b>	<b>5 (10)</b>	<b>93 (117)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>102 (128)</b>

Av Tabell 6 ser vi at det foreligger resultat av direkte mikroskopi for de aller fleste hvor *M. tuberculosis*-komplekset er påvist direkte i prøvematerialet med PCR. Av de PCR positive i 2025 var 56 % (52 av 93) direkte mikroskopi positive. Sett i forhold til totalt antall meldte tilfeller med lungetuberkulose, hadde altså 51 % i 2025 (52 av 102) smittsom lungetuberkulose.

**Tabell 6. Tilfeller av lungetuberkulose meldt til MSIS i 2025 med prøveresultater for mikroskopi og PCR direkte i prøvematerialet (tall for 2024 i parentes).**

Mikroskopi	PCR			
	Negativ	Positiv	Ukjent / ikke utført	Totalt
Negativ	2 (9)	37 (63)	0 (0)	<b>39 (72)</b>
Positiv	0 (0)	52 (49)	0 (1)	<b>52 (50)</b>
Ukjent / ikke utført	3 (1)	4 (5)	4 (0)	<b>11 (6)</b>
<b>Totalt</b>	<b>5 (10)</b>	<b>93 (117)</b>	<b>4 (1)</b>	<b>102 (128)</b>

### 3.3 Referansediagnostikk

Nasjonalt referanselaboratorium for mykobakterier (NRL) ved FHI mottar fortløpende isolat tilhørende *M. tuberculosis*-komplekset (MTBC) fra landets mikrobiologiske laboratorier, fra nydiagnostiserte pasienter i Norge.

Ved NRL utføres artsidentifikasjon, resistenstesting (fenotypisk og genotypisk) og kartlegging av genetisk slektskap. Alle isolat oppbevares i stammebank. Tabell 7 gir en oversikt over MTBC-arter for de dyrkningsbekreftede tilfellene de siste fem årene.

**Tabell 7. Påviste MTBC-arter hos dyrkningsbekreftede meldte tuberkulose tilfeller, fra 2021 til 2025.**

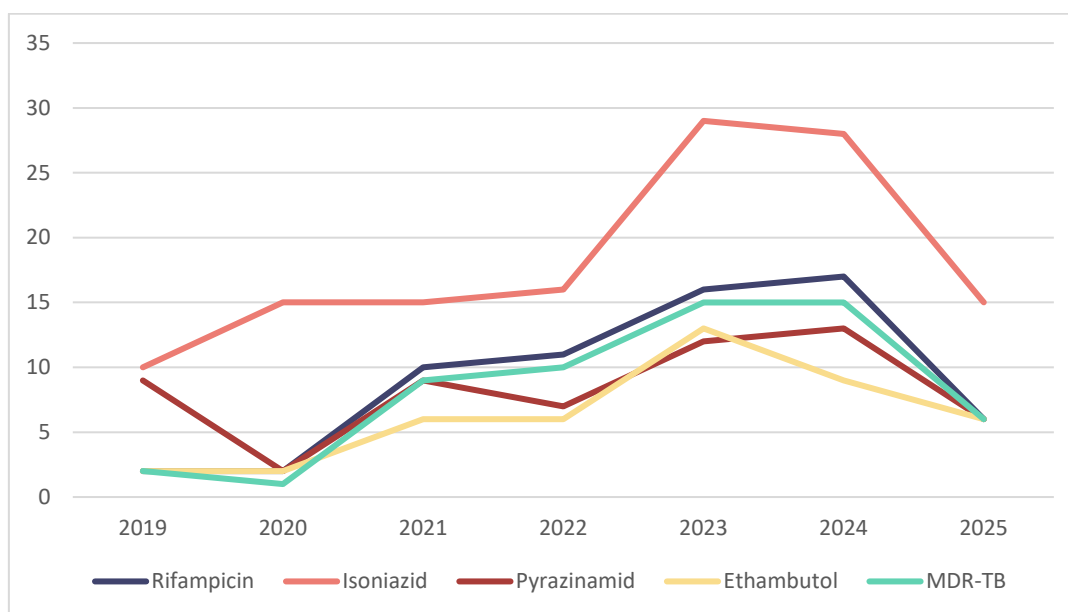
Kilde: MSIS og NRL.

Arter	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt siste 5 år
<i>M. africanum</i> / <i>M. orygis</i>	1	2	2	1	0	6
<i>M. bovis</i> (ikke BCG)	0	0	1	0	0	1
<i>M. tuberculosis</i>	122	136	121	154	127	660
<b>Totalt</b>	<b>123</b>	<b>138</b>	<b>124</b>	<b>155</b>	<b>127</b>	<b>667</b>

### 3.4 Antibiotikaresistens og multiresistent tuberkulose

Resistens mot rifampicin og isoniazid, de to hovedmedikamentene i tuberkulosebehandling, kan foreligge separat som monoresistens, eller i kombinasjon. Sistnevnte betegnes multiresistent tuberkulose (MDR-TB). Rifampicin-resistens uten isoniazid-resistens (RR-TB), behandles på samme måte som MDR-TB. Isoniazid uten rifampicin-resistens, er den vanligste monoresistens for førstelinjemedikamentene.

I Figur 8 er total resistens for hvert av førstelinjemedikamentene angitt, mens det i Tabell 8 er oppgitt ulike kombinasjoner av resistens for rifampicin og isoniazid.



**Figur 8. Prosentvis andel av dyrkningsbekreftet resistens av totalt antall dyrkningsbekreftede tuberkulose tilfeller, fra 2019 til 2025. Kilde: MSIS.**

I 2025 ble det totalt meldt seks tilfeller av MDR-TB, mot 15 i 2024 og 2023. Det ble ikke registrert noen pasienter med monoresistens for rifampicin i 2025.

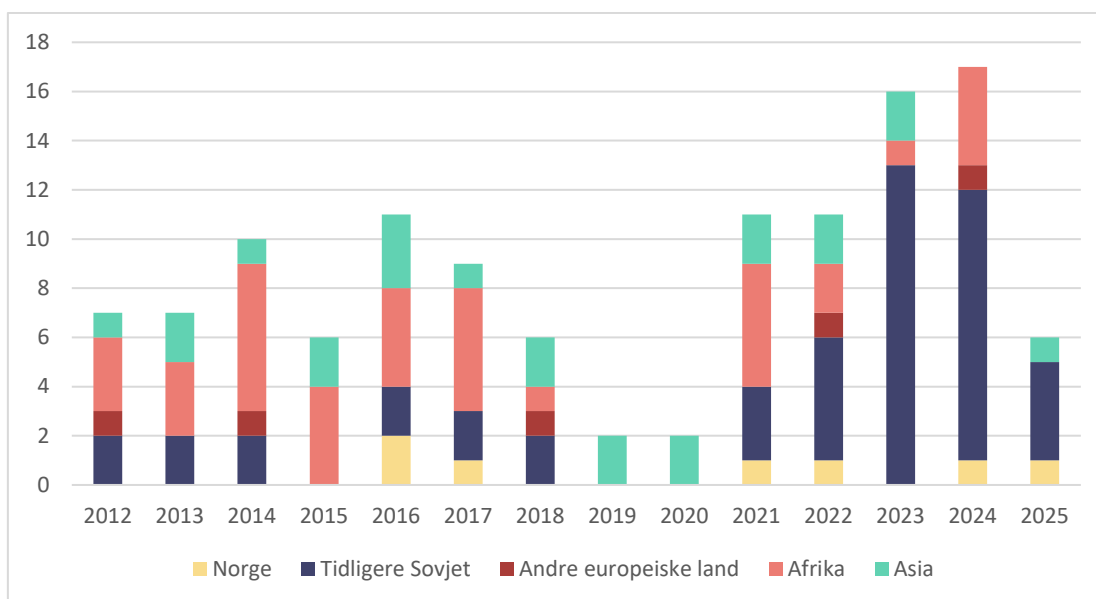
**Tabell 8. Antall og andel (%) dyrkningsbekreftet resistens for ulike kombinasjoner førstelinjemedikamenter av totalt antall dyrkningsbekreftede tuberkulosestilfeller, fra 2019 til 2025.**  
Kilde: MSIS.

	Dyrknings- bekreftede prøver	MDR	%	RR <sup>?</sup>	%	Isoniazid*	%
2019	139	2	1	0	0	8	6
2020	134	1	1	1	1	14	10
2021	123	9	7	1	1	6	5
2022	138	10	7	1	1	6	4
2023	124	15	12	1	1	14	11
2024	155	15	10	2	1	13	8
2025	127	6	5	0	0	9	7
<b>Totalt</b>	<b>940</b>	<b>58</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>70</b>	<b>7</b>

? Rifampicin uten isoniazid-resistens.

\* Isoniazid uten rifampicin-resistens.

Fra 2021 til 2024 var det en økende trend i både andel og antall pasienter med MDR-TB (Figur 9). Mens denne gruppen utgjorde under 5 % av det totale antall dyrkningspositive tuberkulosepasienter i årene før 2020, har andelen ligget mellom 7 og 12 % mellom 2021 og 2024 (Tabell 8).



**Figur 9. Antall meldte rifampicin-resistente og multiresistente tuberkulosestilfeller, fra 2012 til 2025. Inkluderer også resistens påvist genotypisk uten dyrkning. Kilde: MSIS.**

I 2025 gikk andelen pasienter med MDR-TB tilbake, og denne gruppen utgjorde 5 % av alle dyrkningsbekreftede tuberkulose tilfeller i fjor. I 2024 og 2025 var henholdsvis seks og to av MDR-isolatene også resistente for fluorokinoloner, altså pre-XDR (extensively drug-resistant tuberculosis).

I 2023 og 2024 var det særlig mange MDR-TB pasienter med fødeland Ukraina (12 i 2023 og ni i 2024). I 2025 ble det imidlertid bare registrert to MDR-TB pasienter med fødeland Ukraina, noe som må ses i sammenheng med en nedgang i antallet ukrainske flyktninger til landet. Andelen pasienter med MDR-TB av det totale antallet tuberkulosepasienter i Norge med fødeland Ukraina mellom 2021 og 2025 er 29 %. De norske tallene gjenspeiler i stor grad forekomsten av MDR-TB i Ukraina, ettersom WHO estimerer at 27 % av alle nye tuberkulose tilfeller i Ukraina er MDR-TB (1).

I 2025 hadde alle seks pasienter med MDR-TB lungetuberkulose, og tre var direkte mikroskopi positive i luftveismateriale. Fire hadde tuberkulose for første gang, mens to hadde blitt behandlet for tuberkulose tidligere. Bare én hadde bodd i Norge kortere enn ett år. Fem ble oppdaget på grunn av symptomer eller tegn, og én ble oppdaget gjennom screening.

### 3.5 IGRA (interferon gamma release assay)

Latent tuberkulose diagnostiseres enten ved hjelp av immunologisk blodtest (IGRA; interferon gamma release assay) eller tuberkulin hudtest (Mantoux). Det foreligger to ulike IGRA tester; QuantiFERON-TB Gold Plus (QFT-Plus) og T-SPOT®. TB (T-spot), som måler det samme (interferon gamma produksjon fra blodets T-celler etter stimulering med spesifikke antigen), men måleprinsippet er ulikt. Testene benyttes som henholdsvis første- og andrehånds IGRA.

T-spot utføres ved FHI som sekundær test ved mistanke om tuberkulosesmitte eller behov for å utelukke dette (f.eks. ved oppstart av immunmodulerende behandling), uten at QFT-Plus testen har gitt entydig resultat. Det blir etter avtale utført slik test på utvalgte pasienter og antall undersøkte prøver per år har de siste fem årene vært fra 98 til 163. IGRA er mer spesifikk enn Mantoux-testen, fordi den ikke kryssreagerer med BCG-stammen og de fleste ikke-tuberkuløse mykobakterier. IGRA brukes i dag i langt større utstrekning enn Mantoux-test.

## 4 Smittesporing og utbruddsetterforskning

I Norge gjøres smittesporing rundt hvert tilfelle av lungetuberkulose. I tillegg gjøres en begrenset smittesporing rundt barn med tanke på å finne smitekilden.

I tabell 9 vises samlede resultater fra kommunelegenes [rapport om smittesporing](#) for perioden 2016 til 2025. I smittesporingene som er rapportert i denne perioden, ble til sammen 10 816 kontakter identifisert. Det foreligger svar på IGRA fra 9 263 av dem, hvorav 1 387 var IGRA positive. Disse 1 387 vurderes som ny- eller re-smittet. Antallet som er henvist til spesialist er høyere enn antallet med positiv IGRA, spesielt blant gruppen særlig sårbare kontakter. Det er fordi det for denne gruppa kan være aktuelt med forebyggende behandling uavhengig av svar på IGRA. I forbindelse med smittesporing ble det til sammen i perioden startet opp 677 forebyggende behandlinger og det ble påvist og igangsatt behandling for 103 tilfeller av

tuberkulose. Det vil si at omkring 7 % (780 av 10 816) av de som ble inkludert i smittesporing i perioden 2016-2025 ble behandlet forebyggende eller kurativt.

**Tabell 9. Resultat av smittesporinger rundt pasienter med tuberkulosesykdom meldt til MSIS fra 2016 til og med 2025.**

Grad av eksponering	Antall	Svar på IGRA	IGRA positive	Henvist videre	Startet forebyggende behandling	Diagnostisert med TB
<b>Særlig sårbare kontakter</b>						
Spesielt smitteeksponerte	761	671	155	304	151	28
Andre smitteeksponerte	763	698	50	132	37	3
Tilfeldige kontakter	42	39	3	3	1	1
<b>Andre kontakter</b>						
Spesielt smitteeksponerte	1 931	1 672	458	534	258	51
Andre smitteeksponerte	6 776	5 945	684	681	224	15
Tilfeldige kontakter	543	238	37	31	6	5
<b>Totalt</b>	<b>10 816</b>	<b>9 263</b>	<b>1 387</b>	<b>1 685</b>	<b>677</b>	<b>103</b>

Tabell 10 viser de samme data for 2024. Smittesporing i 2024 førte til at omkring 8 % (65 av 771) ble behandlet enten forebyggende eller kurativt.

**Tabell 10. Resultat av smittesporinger rundt pasienter med tuberkulosesykdom meldt til MSIS i 2024.**

Grad av eksponering	Antall	Svar på IGRA	IGRA positive	Henvist videre	Startet forebyggende behandling	Diagnostisert med TB
<b>Særlig sårbare kontakter</b>						
Spesielt smitteeksponerte	44	44	8	12	8	1
Andre smitteeksponerte	32	32	7	10	5	0
Tilfeldige kontakter	6	6	2	1	1	0
<b>Andre kontakter</b>						
Spesielt smitteeksponerte	231	160	44	46	30	8
Andre smitteeksponerte	440	360	27	32	12	0
Tilfeldige kontakter	18	16	2	1	0	0
<b>Totalt</b>	<b>771</b>	<b>618</b>	<b>90</b>	<b>102</b>	<b>56</b>	<b>9</b>

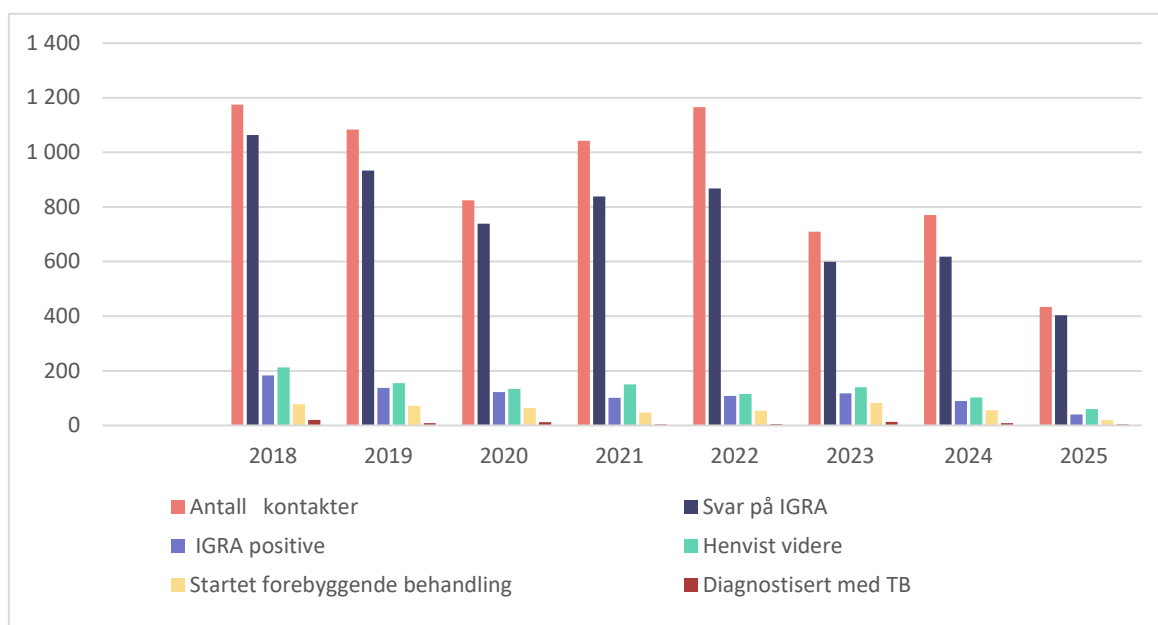
Tabell 11 viser utviklingen fra 2018. Hvis man sammenlikner antall smittesporinger og antall pasienter diagnostisert med lungetuberkulose per år, ser man at det gjennomføres omtrent like mange smittesporinger som det diagnostiseres pasienter med lungetuberkulose. Vi mangler fortsatt en del rapporter om smittesporing for de siste tre årene, slik at tallene her, og særlig for 2025, er ufullstendige.

Det er verdt å merke seg at antallet tuberkulose tilfeller og antallet forebyggende behandlinger meldt fra kommunene i rapport om smittesporing ikke samsvarer med antallet meldt til MSIS av kliniker med indikasjon "smittesporing" i Figur 7 og Tabell 16. Dette skyldes i hovedsak at tallene for resultat av smittesporing for de siste to årene foreløpig er ufullstendige.

**Tabell 11. Resultat av til sammen 757 smittesporinger etter året indekspasientene med tuberkulose sykdom ble meldt til MSIS 2018-2025 (foreløpige tall for 2025)**

År	Antall smittesporinger	Antall kontakter	Svar på IGRA	IGRA pos	Henvist videre	Startet forebyggende behandling	Diagnostisert med TB
2018	124	1 175	1 063	183	213	78	20
2019	111	1 084	933	137	155	72	9
2020	92	824	739	122	134	64	12
2021	87	1 043	838	101	151	47	4
2022	107	1 165	868	108	115	54	5
2023	90	710	599	118	140	82	13
2024	97	771	618	90	102	56	9
2025	49	434	404	40	60	19	4
<b>Totalt</b>	<b>757</b>	<b>7 206</b>	<b>6 062</b>	<b>899</b>	<b>1 070</b>	<b>472</b>	<b>76</b>

I figur 10 gjengis tallene fra tabell 12 grafisk.



**Figur 10. Resultat av smittesporinger etter året indekspasientene ble meldt til MSIS 2018-2025 (foreløpige tall for 2025).**

#### 4.1 Genetisk slektskap

Nasjonalt referanselaboratorium for mykobakterier utfører fortløpende molekylærepidemiologisk undersøkelse av mottatte isolat tilhørende *M. tuberculosis*-komplekset med helgenomsekvensering i kombinasjon med egnet analyseverktøy, for å karakterisere genetisk likhet/ulikhet med tidligere mottatte isolat. Disse dataene sammenliknes med data fra MSIS og informasjon fra smittevernansvarlige i kommunene for vurdering av innenlands smitte. Dette gjøres gjennom regelmessige møter mellom de ansvarlige på referanselaboratoriet og for sykdomsovervåkingen.

## 4.2 Nysmitte i Norge

For de dyrkningsbekreftede, ny-diagnostiserte tuberkulosepasientene i 2025, viste isolat fra 14 av 127 pasienter (11 %) nært genetisk slektskap ( $\leq 5$  SNP forskjeller) med andre isolat fra ny-diagnostiserte pasienter siste 3-4 år (Tabell 12). Disse 14 pasientene var fordelt på ni ulike klynger. Ut ifra en totalvurdering som beskrevet over, ble det sannsynliggjort at det forelå innenlands smitte innenfor den angitte perioden for tre av de dyrkningsbekreftede ny-diagnostiserte tuberkulosepasientene i 2025. Ytterligere to var sannsynligvis smittet innenlands, men lenger tilbake i tid.

**Tabell 12. Antall nær beslektede tuberkuloseisolat og antatt innenlands nysmittede siste 3-4 år, for ny-diagnostiserte dyrkningsbekreftede tilfeller i perioden 2022-2025. Kilde: MSIS og NRL.**

	2022	2023	2024	2025
Nye dyrkningsbekreftede	138	124	155	127
Antall i klynge	13 (9 %)	16 (13 %)	15 (10 %)	14 (11 %)
Antatt innenlands smittede siste 3-4 år	6 (4 %)	5 (4 %)	7 (5 %)	3 (2 %)

## 5 Behandlingsresultater for 2024

Behandlingsresultat ble meldt MSIS for alle unntatt fem personer (3 %) i 2024. I 2024 hadde 86 % vellykket resultat (fullført med eller uten negativ dyrkningsprøve ved avslutning av behandlingen) (Tabell 13).

**Tabell 13. Behandlingsresultater for tuberkulosepasienter, fra 2019 til 2024. Kilde: MSIS.**

Behandlingsresultat	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fullført med neg. bakt. ved avslutning	65	52	53	62	68	73
Fullført uten neg. bakt. ved avslutning	76	90	88	77	69	82
Død under behandling*	7	5	4	10	0	6
Behandlingssvikt	0	0	0	1	0	0
Reist frivillig fra landet	10	6	6	7	6	10
Avsluttet pga. bivirkninger	3	1	2	2	1	1
Bortvist fra landet	0	0	0	0	0	0
Forsvunnet fra behandling	3	0	1	2	3	1
Ikke startet behandling	1	0	0	2	2	1
Ikke rapportert/annet	1	3	1	9	2	6
<b>Totalt</b>	<b>166</b>	<b>157</b>	<b>155</b>	<b>172</b>	<b>151</b>	<b>180</b>

\*Død under behandling inkluderer dødsfall av tuberkulose og dødsfall av annen og ukjent årsak.

Andelen med fullført behandling var høyere blant norskfødte enn utenlandsfødte (hhv. 100 % og 85 %) (Tabell 14). Ettersom det er få norskfødte tuberkulosepasienter må endringer fra år til år i denne gruppen tolkes med forsiktighet.

Blant pasienter med lungetuberkulose fullførte 106 av 128 (83 %) personer behandlingen i 2024. Tallene viser at andelen som fullfører behandlingen i Norge er høy. Andelen kan bli enda høyere ved å styrke koordineringen med helsemyndighetene i landene pasientene frivillig reiser til slik at endelig resultat kan kartlegges, og gjennom styrket dialog og samarbeid for å sikre at pasienter ikke forsvinner fra behandlingen.

**Tabell 14. Andel (%) tuberkulosepasienter fordelt på behandlingsresultater og fødested, fra 2019-2024. Kilde: MSIS.**

Resultat (%)		2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt	Suksess	85	90	91	81	91	86
	Forsvant fra behandlingen	1	0	1	1	2	1
	Død under behandling*	5	3	3	6	0	3
	Reist frivillig ut av landet	5	4	4	4	4	6
	Ikke rapportert	1	2	1	5	1	3
Norskfødte	Suksess	78	86	96	65	94	100
	Død under behandling*	22	10	4	24	0	0
	Annet	0	3	0	0	6	0
	Ikke rapportert	0	0	0	12	0	0
Utenlandsfødte	Suksess	86	91	90	83	90	85
	Forsvant	2	0	1	1	2	1
	Reist frivillig	7	4	5	5	5	6
	Død under behandling*	2	2	2	4	0	4
	Ikke rapportert	1	2	1	5	2	3

\*Død under behandling inkluderer dødsfall av tuberkulose og dødsfall av annen og ukjent årsak.

## 5.1 Behandling av multiresistent tuberkulose

Av 52 pasienter meldt med dyrkningsbekreftet MDR-TB i perioden 2019-2024 (Tabell 15), har 44 (85 %) fullført behandlingen, noe som er høyt i europeisk sammenheng. Alle de 15 pasientene som ble behandlet for MDR-TB i 2024 fullførte behandlingen. Nyere, kortere og mer pasientvennlige behandlingsregimer for MDR-TB er sannsynligvis en av årsakene til den høye suksessraten.

I tillegg til MDR-pasientene har seks pasienter i perioden 2019-2024 hatt stammer med resistens mot rifampicin, men følsomme for isoniazid. Alle seks er meldt med fullført behandling.

**Tabell 15 Behandlingsresultat for pasienter med dyrkningsbekreftet MDR-TB, fra 2019 til 2024. Kilde: MSIS.**

Resultat	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Fullført behandling	1	1	6	9	12	15	44
-med negativ bakteriologisk sluttprøve	1	1	5	7	10	11	35
-uten negativ bakteriologisk sluttprøve	0	0	1	2	2	4	9
Død under behandling*	0	0	1	0	0	0	1
Forsvunnet	0	0	1	0	2	0	3
Reist frivillig	1	0	1	0	1	0	3
Avsluttet pga. bivirkninger	0	0	0	1	0	0	1
Fortsatt under behandling	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	2	1	9	10	15	15	52
Suksess %	50	100	67	90	80	100	85

\*Død under behandling inkluderer dødsfall av tuberkulose og dødsfall av annen og ukjent årsak.

## 6 Forebyggende tiltak

En rekke tiltak er satt inn for å forebygge tuberkulosesmitte i Norge. Det aller viktigste er god tilgang til helsetjenester som er avgjørende for at syke personer raskt kan få riktig diagnose og behandling. Undersøkelse og behandling for tuberkulose er gratis i Norge.

Gjennom smittesporingsarbeidet og ankomstscreening letes det aktivt etter smittsomme tilfeller i de miljøene som har høyest forekomst. Forebyggende behandling gis til nysmittede og andre smittede med økt risiko for sykdomsutvikling etter at aktiv sykdom er utelukket. BCG-vaksine tilbys som programvaksine til barn og unge som kommer fra, eller har minst en av foreldrene fra land med høy forekomst av tuberkulose.

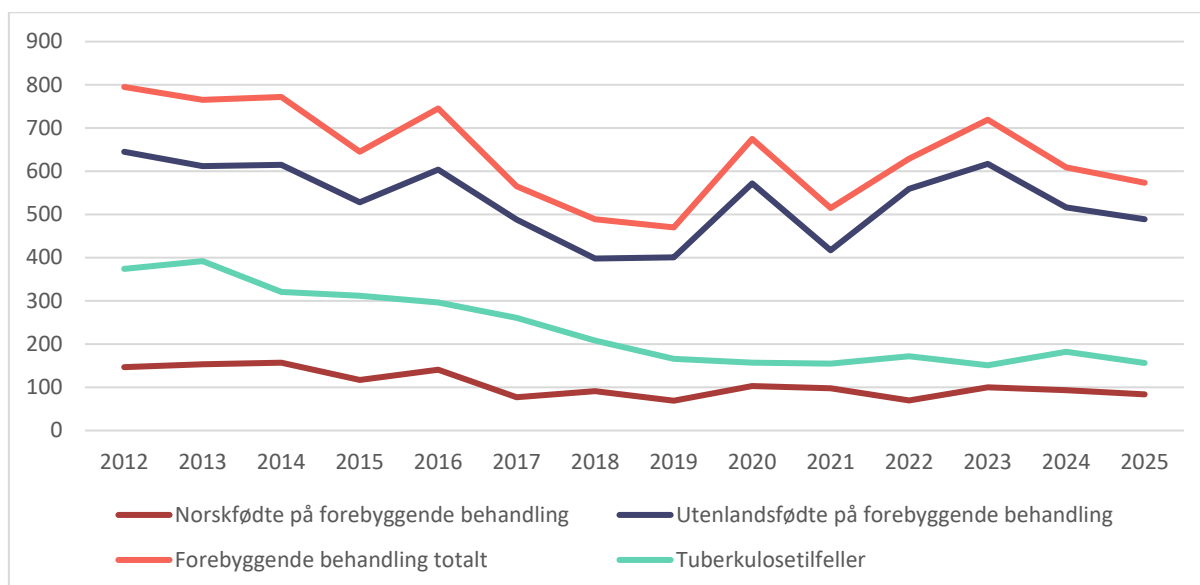
### 6.1 Behandling for latent tuberkulose

WHO anslår at rundt 5-10 % av de som er smittet med tuberkulose vil utvikle tuberkulose sykdom i løpet av livet. Sjansen for å bli syk er høyest den første tiden etter smitte, hos de aller yngste og blant de som har svekket immunforsvar.

Forebyggende behandling reduserer sjansen for at en som er smittet utvikler sykdom. Etter hvert som et land nærmer seg utryddelse av tuberkulose, blir behandling av latent tuberkulose en relativt viktigere del av tuberkulosearbeidet i landet. I Norge er ikke latent tuberkulose i seg selv meldepliktig, bare forebyggende behandling.

### 6.1.1 Utviklingstrekk ved forebyggende behandling i Norge

Bruken av forebyggende behandling økte fra rundt 2003. Fra 2009 har det vært betydelig flere som blir satt på forebyggende enn på kurativ behandling i Norge (Figur 11).



**Figur 11. Antall mottatt forebyggende behandling av de med latent TB etter opprinnelse 2012-2025. Kilde: MSIS.**

I 2017 ble anbefalingen for screening ved innvandring gjort mer målrettet, og antallet forebyggende behandlinger gikk ned til under 500 i 2018 og 2019. I 2025 mottok 573 personer forebyggende behandling i Norge, en nedgang fra 611 året før.

### 6.1.2 Mottakere av forebyggende behandling

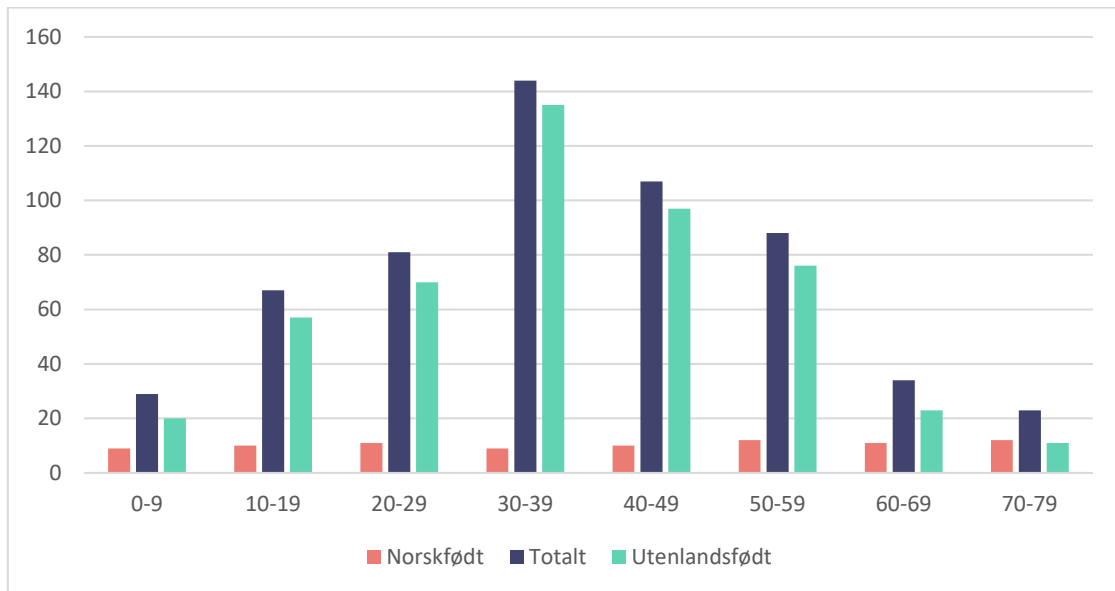
Det er ulike indikasjoner for undersøkelse som kan lede fram til at en person får forebyggende behandling (Tabell 16).

**Tabell 16. Andel pasienter som har mottatt forebyggende behandling fordelt på indikasjon for undersøkelsen, fra 2023 til 2025. Kilde: MSIS.**

Indikasjon	2023	2024	2025
Rutineundersøkelse av innvandrere	394	264	231
Immunsvekkende tilstand/behandling	188	198	193
Smittesporing (miljøundersøkelse)	89	92	99
Arbeid med pasienter eller barn	21	26	19
Symptomer eller tegn	9	9	7
Annen indikasjon	4	10	4
Rutineundersøkelse ikke nærmere angitt	14	12	20
Ukjent/ikke utfylt	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>719</b>	<b>611</b>	<b>573</b>

For 2025 (som for hele tiårsperioden), har rutineundersøkelse i forbindelse med innvandring vært foranledningen for den største andelen (40 %) av behandlingene som er gitt. Av de 573 personene som mottok forebyggende behandling i 2025, var 84 (15 %) norskfødte.

Av de 573 som fikk forebyggende behandling hadde 554 (97 %) personer positiv IGRA, ni hadde negativ IGRA, seks hadde resultat i grenseverdi eller inkonklusivt prøvesvar, mens det manglet resultat for fire personer. Den største gruppen mottakere av forebyggende behandling, er personer mellom 30 og 40 år som er født utenfor Norge (Figur 12).



Figur 12. Antall mottatt forebyggende behandling etter aldersgruppe og fødeland i 2025. Kilde: MSIS.

## 6.2 BCG-vaksinasjon

Vaksinen mot tuberkulose er en suspensjon av Bacille Calmette Guérin, som er en levende, svekket stamme av *Mycobacterium bovis* (tuberkulosebakterier fra kveg). Beskyttelsen inntreffer 6-12 uker etter vaksinasjon. Den viktigste effekten av vaksinen er å beskytte de minste barna mot de mest alvorlige formene for tuberkulose. Vaksinen er mindre effektiv når det gjelder å forhindre lungetuberkulose hos eldre barn og voksne, og grad av beskyttelse avhenger blant annet av tidspunkt for vaksineringsprogram. BCG-vaksiner tilbys i dag i program kun til barn med en eller begge foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose. For disse barna anbefales vaksinasjon ved 6 ukers alder.

Tabell 17. Antall mottatt BCG-vaksine etter alder og årstall, fra 2019 til 2025. Kilde: SYSVAK.

Alder	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-11 måneder	10 795	9601	8992	8530	7046	8249	7918
1-9 år	714	510	506	653	530	584	549
10-17 år	334	178	135	207	162	150	131
18-27 år	1598	615	759	1807	2122	1636	1561
28 år og eldre	78	47	82	57	90	116	174
<b>Totalt</b>	<b>13 519</b>	<b>10 951</b>	<b>10 472</b>	<b>11 252</b>	<b>9950</b>	<b>10 735</b>	<b>10 333</b>

I 2025 ble det registrert BCG-vaksinering av 10 333 personer i Norge (tabell 17). Langt de fleste av disse var under 12 måneder. Sammenholdt med fødselstall i Norge, betyr det at ca. 15 % av kullet ble BCG-vaksinert før de var ett år. Denne andelen har vært relativt stabil de siste årene.

### 6.2.1 BCG-vaksinasjon og tuberkulosesykdom

For å undersøke hvor mange av de syke som ble vaksinert forut for sykdom, er informasjon fra SYSVAK og MSIS-registrene sammenholdt.

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

21 av de 155 personene som ble diagnostisert med tuberkulose i 2025 var norskfødte. Ingen av disse var barn under fem år. Norskfødte med norskfødte foreldre gis ikke lenger tilbud om BCG-vaksinasjon i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Det er ikke registrert noen signifikant økning av tuberkulosesykdom blant uvaksinerte i denne gruppen (personer under 30 år) etter at endringen ble innført i 2009.

## 7 Kort om tuberkuloseregistreringen i MSIS

Dataene i årsrapporten er hentet fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og er basert på informasjon fra leger, laboratorier (inkludert NRL ved FHI) og reseptrapportering fra landets sykehusapotek. Tuberkulosesykdom og oppstart av behandling for latent tuberkulose er meldepliktig til MSIS. Meldeplikten følger av MSIS-forskriften §§ 2-1 til 2-3. Latent tuberkulose meldes bare til MSIS når tilstanden fører til behandling. Et av flere tiltak for å sikre at meldte tuberkulosestilfeller i MSIS er komplette, har vært å gjennomgå opplysninger fra sykehusapotekene om utlevering av tuberkuloselegemidler. Fra og med 2025 ble finansieringsansvaret for legemidler mot tuberkulose overført til helseforetakene, og rapporteringsplikten fra sykehusapotekene opphørte samtidig. Det har derfor vært nødvendig å utvikle en ny løsning for kvalitetssikring basert på kobling mot data fra Legemiddelregisteret. Denne løsningen skal gi tilgang til relevante opplysninger om bruk av tuberkuloselegemidler og bidra til at tilfeller meldes til MSIS. Systemet er fortsatt under utvikling, og sammenstillingen av data fra de ulike registrene for å fange opp eventuell mangelfull rapportering er derfor ikke komplett for 2025. Denne kvalitetssikringen vil fullføres så snart systemet er på plass, og sammenstillingen vil kunne føre til en viss oppjustering av antall tilfeller, særlig med hensyn på forebyggende behandling.

Det kontrolleres at alle tilfeller som er meldt fra laboratoriene også er meldt fra lege. Ved manglende opplysninger etterlyses disse hos behandlingsansvarlig lege. Vi får stor hjelp av tuberkulosekoordinatorerne i de ulike regionale helseforetakene ved innhenting av manglende opplysninger. I tillegg sammenstiller MSIS og Dødsårsaksregisteret (DÅR) årlig sine data for å finne pasienter som har tuberkulose blant dødsårsakene i DÅR, men som ikke er meldt til MSIS, og motsatt pasienter med behandlingsresultat "død" i MSIS som ikke har tuberkulose på dødsmeldingen i DÅR.

I 2019 ble MSIS oppdatert med en ny elektronisk registerløsning. Fra utgangen av 2020 er alle laboratorierapporter elektronisk, og i 2023 ble elektronisk klinikermelding utviklet også for

rapportering for tuberkulose (både aktiv sykdom, oppstart av forebyggende behandling, behandlingsresultat og smitteoppsporing). Meldeskjemaer på papir kan fortsatt benyttes. Det må fortsatt sendes kopi til de rette instanser (kommuneoverlege/bydelsoverlege/tuberkulosekoordinator/MSIS) per brevpost.

Ettersom MSIS oppdateres kontinuerlig, kan det forekomme forskjeller i datasett som er hentet ut på ulike tidspunkt.

Data i denne årsrapporten ble hentet ut fra MSIS 19.05.2026.

## Referanser

1. Verdens Helseorganisasjon. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025>
2. Houben RM, Dodd PJ. The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling. PLoS Med. 2016;13(10):e1002152

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

Rapporten kan lastes ned gratis fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)