

RAPPORT

2024

ÅRSRAPPORT 2023

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner

ÅRSRAPPORT 2023

Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for smittevern, Avdeling for smittevern og vaksine
April 2024

Tittel:

Årsrapport 2023
Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner i Norge

Skrevet av:

Dominique Caugant
Hilde Kløvstad
Øivind Nilsen
Anne Olaus Olsen
Beatriz Valcárcel Salamanca
Robert Neil Whittaker

Bestilling:

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

Grafisk design omslag:

Fete Typer

SBN elektronisk utgave:

978-82-8406-446-8

Emneord(MeSH):

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

Sitering: Folkehelseinstituttet. Årsrapport 2023 «[Overvåkning av blod- og seksuelt overførbare infeksjoner]». [Annual Surveillance Report 2023 for bloodborne- and Sexually Transmitted infections] Rapport 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2024.

Innhold

1 Sammendrag	6
Gonoré	6
Klamydia	7
LGV	7
Syfilis	7
Hiv/aids	7
Hepatitt B	7
Hepatitt C	8
Mpox	8
2 Executive summary (English)	9
Gonorrhea	10
Genital chlamydia infections	10
LGV	10
Syphilis	10
HIV/AIDS	10
Hepatitis B	11
Hepatitis C	11
Mpox	11
2 Gonoré	12
Bakgrunn	12
Meldte tilfeller av gonoré	12
Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte	12
Meldte tilfeller etter bostedsfylke	14
Meldte tilfeller etter smittested	15
Homoseksuelt smittede	15
Heteroseksuelt smittede	16
Meldte tilfeller etter fødeland	17
Meldte tilfeller etter diagnosetidspunkt	18
Meldte tilfeller etter lokalisasjon	18
Mikrobiologisk diagnostikk og overvåking	19
Vurdering og tiltak	19
3 Klamydia	21
Bakgrunn	22
Meldte tilfeller av klamydia	22
Meldte tilfeller og antall testede etter kjønn og alder	22
Meldte tilfeller etter bostedsfylke	24
Meldte tilfeller etter lokalisasjon	25

Meldte tilfeller etter diagnosetidspunkt	26
Vurdering og tiltak	26
4 LGV	28
Bakgrunn	28
Meldte tilfeller av LGV	28
Meldte tilfeller etter alder og fødeland	28
Meldte tilfeller etter bostedsfylke og smittested	28
Mikrobiologisk diagnostikk	28
Vurdering og tiltak	29
5 Syfilis	30
Bakgrunn	30
Meldte tilfeller av syfilis	30
Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte	30
Meldte tilfeller etter bostedsfylke	31
Meldte tilfeller etter smittested	32
Heteroseksuelt smittede	32
Homoseksuelt smittede	32
Meldte tilfeller etter fødeland	33
Heteroseksuelt smittede	33
Homoseksuelt smittede	33
Mikrobiologisk diagnostikk og overvåking	33
Vurdering og tiltak	34
6 Hiv/aids	35
Bakgrunn	35
Meldte tilfeller av hiv	35
Meldte tilfeller bosatt i Norge ved smittetidspunkt	37
Menn som har sex med menn	38
Heteroseksuell smitte	39
Meldte tilfeller smittet før innvandring til Norge	40
Menn som har sex med menn	41
Heteroseksuell smitte	42
Personer som injiserer rusmidler	42
Mor-barn smitte	42
Meldte tilfeller av aids	42
Overvåking av antiviral resistens	43
Vurdering og tiltak	43
7 Hepatitt B	46
Bakgrunn	46
Meldte tilfeller av akutt hepatitt B	46
Meldte tilfeller av kronisk hepatitt B	47

Meldte tilfeller etter fødeland	49
Meldte tilfeller blant personer født i Norge	49
Meldte tilfeller blant personer født i utlandet	50
Overvåking av antiviral resistens	51
Vaksinasjonsdekning	51
Vurdering og tiltak	51
8 Hepatitt C	53
Bakgrunn	53
Meldte tilfeller av hepatitt C	53
Meldte tilfeller etter fødeland	56
Meldte tilfeller blant personer født i Norge	56
Meldte tilfeller blant personer født i utlandet	58
Behandlingsopptak	59
Hepatitt C-relaterte dødsfall	60
Overvåking av antiviral resistens	61
Vurdering og tiltak	61
9 Mpox	63
Bakgrunn	63
Meldte tilfeller av mpox	63
Mikrobiologisk diagnostikk	64
Vurdering og tiltak	64
10 Referanser	66

1 Sammendrag

I 2023 fortsatte økningen fra fjoråret i antall meldte tilfeller av gonoré, syfilis, lymfogranuloma venereum (LGV) og hiv mens det var en nedgang i meldte tilfeller av genitale klamydiainfeksjoner (klamydia). Antall meldte tilfeller av gonoré økte mest blant heteroseksuelt smittede, spesielt blant kvinner i alderen 20 – 24 år, men antall tilfeller er fortsatt høyest blant menn som har sex med menn (msm). Antall meldte tilfeller av klamydia fortsetter å øke i aldersgruppen 15 – 19 år, mens det har vært en nedgang i meldte tilfeller blant personer 20 år og eldre. Økningen i antall meldte hiv-tilfeller skyldes i all hovedsak økende ankomster av personer fra Ukraina med kjent hiv-infeksjon fra tidligere. Blant msm øker forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner primært blant utenlandsfødte smittet etter ankomst Norge. Mpox utbruddet fra 2022 er over, hovedsakelig sporadiske tilfeller ble meldt i 2023. Det er særlig unge som rammes av seksuelt overførte sykdommer og genitale infeksjoner skaper seksuell uhelse og unødvendig mye bruk av antibiotika. Bruk av kondom, målrettet testing og behandling samt grundig smittesporing er viktig for å forbygge smitte av seksuelt overførbare infeksjoner. PrEP (forebyggende hiv-behandling) ansees som et effektivt tiltak og bør tilbys personer med høy smitterisiko. Det er fortsatt nødvendig med god overvåking av mpox-situasjonen i Norge og i utlandet og høy årvåkenhet blant helsepersonell og særlig utsatte grupper. Vaksinasjon mot mpox reduserer risikoen for smitte og alvorlig sykdom.

Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B og hepatitt C har økt siste par år. Majoriteten av tilfellene var smittet før ankomst Norge og flest med fødeland Ukraina. Trenden i meldte tilfeller av hepatitt C blant personer smittet i Norge har generelt vært nedadgående siden 2008. Blant norskfødte er de fleste smittet via sprøytebruk og regelmessige prevalensundersøkelse i denne gruppa viser en nedadgående trend. Kronisk hepatitt B og hepatitt C kan føre til alvorlig sykdom. For å forebygge videre smittespredning er det særlig viktig at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerstyr, og får tilbud om test for hepatitt C minst én gang årlig og at diagnostiserte tilfeller med hepatitt C tilbys behandling etter nasjonale retningslinjer. Det er viktig å opprettholde høy dekning av hepatitt B vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet. Alle gravide bør tilbys test for hepatitt B og alle diagnostiserte og barn født av mødre med hepatitt B bør følges opp etter gjeldende retningslinjer.

Alle innvandrere fra land med høy forekomst av hiv, hepatitt B, hepatitt C og syfilis bør tilbys test ved ankomst.

Gonoré

Den kraftige økningen i antall meldte tilfeller av gonoré fra siste halvår av 2022 fortsetter i 2023. Det ble i 2023 meldt totalt 2 985 gonorétilfeller, 54 per 100 000 innbyggere. Dette er en økning fra 1 857 tilfeller i 2022 og 555 tilfeller i 2021. Samlet var det 1883 menn og 1102 kvinner (mot hhv 1 358 og 499 i 2022) som ble meldt smittet. Den sterke økningen blant kvinner ses spesielt i aldersgruppen 20 – 24 år. Blant mennene var 1188 (63 %) smittet homoseksuelt (mot 74 % i 2022) hvorav en relativt høy andel innvandrere. Faren for utvikling av multiresistente bakteriestammer gjør det ekstra viktig med forebygging av smitte gjennom bruk av kondom og godt testtilbud spesielt til unge ved partnerbytte.

Klamydia

Etter en forbigående nedgang under pandemien, etterfulgt av en betydelig økning i antall meldte klamydiainfeksjoner i 2022, har det i 2023 vært en nedgang i antall meldte tilfeller. I 2023 ble det meldt 28 159 tilfeller av klamydiainfeksjoner i Norge, 513 per 100 000 innbyggere. Dette er en nedgang fra 29 271 i 2022, og omtrent på nivå med 2019 (28 446), året før pandemien. Personer under 25 år utgjorde 67 % av alle tilfellene. Nedgangen i meldte tilfeller siste året ses primært i aldersgruppen 20 – 24 år, mens økningen fra fjoråret i aldersgruppen 15 – 19 år fortsetter i 2023. Det meldes flest tilfeller ift. folketallet fra Finnmark, Oslo og Troms.

LGV

LGV smitter i all hovedsak homoseksuelt. Det ble i 2023 meldt 43 tilfeller (mot 36 tilfeller i 2022), alle blant menn som har sex med menn hvorav halvparten er født utenfor Norge. Halvparten smittes innenlands hvorav de fleste er smittet i Oslo. De fleste som smittes i utlandet, oppgir Spania som smittested.

Syfilis

I 2023 ble det meldt totalt 208 tilfeller av syfilis mot 192 tilfeller i 2022. Antall meldte tilfeller er nå tilbake på samme nivå som før pandemien. Menn som har sex med menn utgjør 81 % av alle meldte tilfeller. Det er en økning i meldte tilfeller av heteroseksuelt smittede menn (30 tilfeller mot 21 i 2022). Om lag halvparten av alle menn som smittes er født i utlandet. Fortsatt smittes flest msm i Norge, hvorav majoriteten i Oslo mens heteroseksuelle menn smittes i utlandet.

Hiv/aids

Det ble i 2023 meldt 332 nye tilfeller av hivsmitte mot 245 tilfeller i 2022. De fleste 273 (82 %) var smittet før ankomst Norge (mot 192 (78 %) i 2022), hvorav 170 personer fra Ukraina. Blant personer bosatt i Norge, er risikoen for å bli smittet høyest blant msm, særlig msm født i utlandet og blant heteroseksuelle menn på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia. Det er fortsatt stabil, lav hiv-forekomst blant personer som tar stoff med sprøyter, blant norskfødte kvinner og blant ungdom. Totalt er det meldt 7 457 hivpositive i Norge siden 1984, 4 990 menn og 2 467 kvinner, og det lever om lag 5 100 med diagnosen i Norge i dag.

I alt 19 personer (13 menn og seks kvinner) ble meldt med aids i 2023. Av disse var 10 født i Norge (åtte menn og to kvinner) og ni født i utlandet (fem menn og fire kvinner). Av disse ni er åtte antatt hivsmittet før ankomst Norge.

Hepatitt B

I 2023 ble det meldt ni tilfeller av akutt hepatitt B, etter at det i de tre foregående år har blitt meldt fire tilfeller årlig. Det ble meldt 435 tilfeller av kronisk hepatitt B i 2023, en økning fra 357 i 2022 og 251 i 2021. Størst økning i meldte tilfeller var blant personer med fødeland Ukraina (fem eller færre per år før 2022 til 55 i 2022 og 96 i 2023). Trenden i meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge har generelt vært stabil og lav de siste 10 årene (12–30 årlig). Medianalder ligger rundt 40 – 60 år og majoriteten er menn smittet i Norge.

Hepatitt C

Totalt ble 628 tilfeller av hepatitt C meldt til MSIS i 2023, en økning fra 476 i 2022 og 382 i 2021. I 2023 ble det meldt 243 tilfeller blant personer født i Norge, majoriteten menn smittet i Norge via sprøytebruk. Dette er svak økning fra 2022 (224), men trenden i meldte tilfeller av hepatitt C blant norskfødte har generelt vært nedadgående siden 2008. Blant de 366 meldte tilfellene blant personer født i utlandet i 2023 var 227 fra Ukraina (62 %). Antall meldte tilfeller blant personer fra Ukraina har økt fra mellom 1 – 7 i perioden 2016 – 2021 til 124 i 2022 og 226 i 2023. Rundt 85 % av årlige meldte tilfeller har blitt behandlet for hepatitt C. Det ble registrert 44 'hepatitt-C relaterte dødsfall' blant personer diagnostisert med hepatitt C i 2022 (0,8 per 100 000). Tilsvarende data for 2023 foreligger ikke.

Mpox

I 2023 ble det meldt 10 tilfeller av mpox til MSIS. Sykdommen har vært meldingspliktig til MSIS siden juni 2022, etter at det i mai samme år ble varslet om et verdensomspennende utbrudd av mpox. I løpet av 2022 ble det totalt meldt 94 tilfeller i Norge, og det har vært en betydelig nedgang etter det. De ti tilfellene rapportert i 2023 var menn i alderen 23 – 62 år, med en medianalder på 31 år. De fleste var rapportert som seksuelt overført, og 60 % var blant menn som har sex med menn. Alle tilfellene var bosatt i Oslo. 40 % ble smittet i Norge, og 40 % i ulike andre land.

2 Executive summary (English)

In 2023, reported cases of gonorrhea, syphilis, lymphogranuloma venereum (LGV) and HIV continued to increase from the previous year, whereas there was a decrease in reported cases of genital chlamydial infections (chlamydia). The number of reported cases of gonorrhea increased the most among heterosexually infected individuals, especially among women aged 20-24, however the number of cases was still highest among men who have sex with men (MSM). The number of reported cases of chlamydia continues to increase in the 15-19 age group, while there has been a decrease in reported cases among people aged 20 and above. The increase in reported HIV cases is primarily due to increasing arrivals of people from Ukraine with known history of HIV infection. Among MSM, the incidence of sexually transmitted infections increased primarily among foreign-born individuals infected after arrival to Norway. The mpox outbreak from 2022 is over, with mainly sporadic cases reported in 2023. It is especially young people who are affected by sexually transmitted diseases and genital infections create sexual discomfort and an unnecessarily high use of antibiotics. The use of condoms, targeted testing and treatment, as well as thorough contact tracing, are important measures to prevent the spread of sexually transmitted infections. PrEP (preventive HIV treatment) is considered an effective measure and should be offered to people at high risk of infection. Continued monitoring of the mpox situation in Norway and internationally remains crucial, along with maintaining a high level of vigilance among healthcare professionals and especially vulnerable populations. Vaccination against mpox reduces the risk of infection and serious illness.

The number of reported cases of chronic hepatitis B and hepatitis C has increased in the last couple of years. The majority of the cases were infected prior to arrival in Norway and most with Ukraine as the country of birth. The trend in reported cases of hepatitis C among Norwegian-born individuals has generally been decreasing since 2008. Among Norwegian-born, most are infected via injection use and regular prevalence surveys in this group show a decreasing trend. Chronic hepatitis B and hepatitis C can lead to severe disease outcomes. It is particularly important that people who inject drugs do not share syringes or other equipment, and are offered a test for hepatitis C at least once a year. Diagnosed cases of hepatitis C should be offered treatment according to national guidelines. It is important to maintain high coverage of hepatitis B vaccine in the childhood vaccination programme. All pregnant women should be offered a test for hepatitis B, and all diagnosed individuals and children born to mothers with hepatitis B should be followed up according to current guidelines.

All immigrants from countries with a high incidence of HIV, hepatitis B, hepatitis C and syphilis should be offered a test on arrival to Norway.

Gonorrhea

The substantial increase in the number of reported cases of gonorrhea from the second half of 2022 continued in 2023. In 2023, a total of 2,985 gonorrhea cases were reported, equivalent to 54 per 100 000 inhabitants. This is an increase compared to 1,857 cases in 2022 and 555 cases in 2021. In total, there were 1,883 cases among men and 1,102 among women (compared to 1,358 and 499, respectively in 2022). The large increase among women is seen especially in the 20 – 24 age group. Among men, 1188 (63%) were infected through homosexual transmission (compared to 74% in 2022), of which a high proportion born outside of Norway. The risk of developing multidrug-resistant bacterial strains makes it particularly important to prevent infection through condom use and to provide comprehensive testing services, especially for young individuals when changing sexual partners.

Genital chlamydia infections

After a temporary decrease during the pandemic, followed by a significant increase in the number of reported chlamydia cases in 2022, there has been a decrease in the number of reported cases in 2023. In 2023, there were 28,159 cases of chlamydia infections reported in Norway, equivalent to 513 per 100,000 inhabitants. This is a decrease from 29,271 in 2022, and approximately on par with 2019 (28,446), the year before the pandemic. Persons under the age of 25 accounted for 67% of all cases. The decrease in reported cases the past year is primarily seen in the age group 20 – 24, while the increase from last year in the age group 15–19 continues in 2023. The notification rate was highest in Finnmark, Oslo and Troms.

LGV

LGV is predominantly transmitted homosexually. In 2023, 43 cases were reported (compared to 36 cases in 2022), all among men who have sex with men, half of whom were born outside of Norway. Approximately half of the notified cases were infected domestically, most of whom were infected in Oslo. Most people infected abroad state Spain as the place of infection.

Syphilis

In 2023, a total of 208 cases of syphilis were reported, compared to 192 cases in 2022. The number of reported cases has now returned to pre-pandemic levels. MSM account for 81% of all reported cases. There has been an increase in reported cases of heterosexually infected men (30 cases compared to 21 in 2022). Approximately half of all infected men were born outside of Norway. Most MSM infections occur within Norway, the majority in Oslo, while heterosexual men are usually infected abroad.

HIV/AIDS

There were 332 new cases of HIV infection reported in 2023, compared to 245 cases in 2022. The majority, 273 (82%), were infected prior to arriving in Norway (an increase from 192 (78%) in 2022), of which 170 were individuals from Ukraine. In terms of people living in Norway, the risk of becoming infected is highest among MSM, especially among those born outside Norway and among heterosexual men traveling abroad, especially to Southeast Asia. There is still a stable, low incidence of HIV among people who inject drugs,

among Norwegian-born women, and among young people. A total of 7,457 HIV positives have been reported in Norway since 1984, with 4,990 among men and 2,467 among women. Approximately 5,100 individuals in Norway are living with an HIV diagnosis today.

A total of 19 individuals (13 men and six women) were reported with AIDS in 2023. Of these, 10 were born in Norway (eight men and two women) and nine were born abroad (five men and four women). Of the nine born abroad, eight are believed to have been infected with HIV prior to arriving in Norway.

Hepatitis B

In 2023, nine cases of acute hepatitis B were reported, compared to four cases annually the previous three years. There were 435 reported cases of chronic hepatitis B in 2023, an increase from 357 in 2022 and 251 in 2021. The largest increase in reported cases was among people born in Ukraine (an increase from five or fewer per year prior to 2022, to 55 cases in 2022 and 96 in 2023). The trend in reported cases of chronic hepatitis B among people born in Norway has generally been stable and low during the past 10 years (12 – 30 annually). The median age is around 40 – 60 years and the majority are men infected in Norway.

Hepatitis C

A total of 628 cases of hepatitis C were reported to MSIS in 2023, an increase from 476 in 2022 and 382 in 2021. In 2023, 243 cases were reported among people born in Norway, the majority men infected in Norway via injecting drug use. This is a slight increase from 2022 (224), but the trend in reported cases of hepatitis C among those born in Norway has generally been decreasing since 2008. Among the 366 reported cases among people born outside of Norway in 2023, 227 were from Ukraine (62%). The number of reported cases among people from Ukraine has increased from between 1-7 in the period 2016-2021, to 124 in 2022 and 226 in 2023. Approximately 85% of notified cases each year start treatment for hepatitis C. There were 44 'hepatitis-C related deaths' registered among people diagnosed with hepatitis C in 2022 (0.8 per 100,000). Corresponding data for 2023 are not available.

Mpox

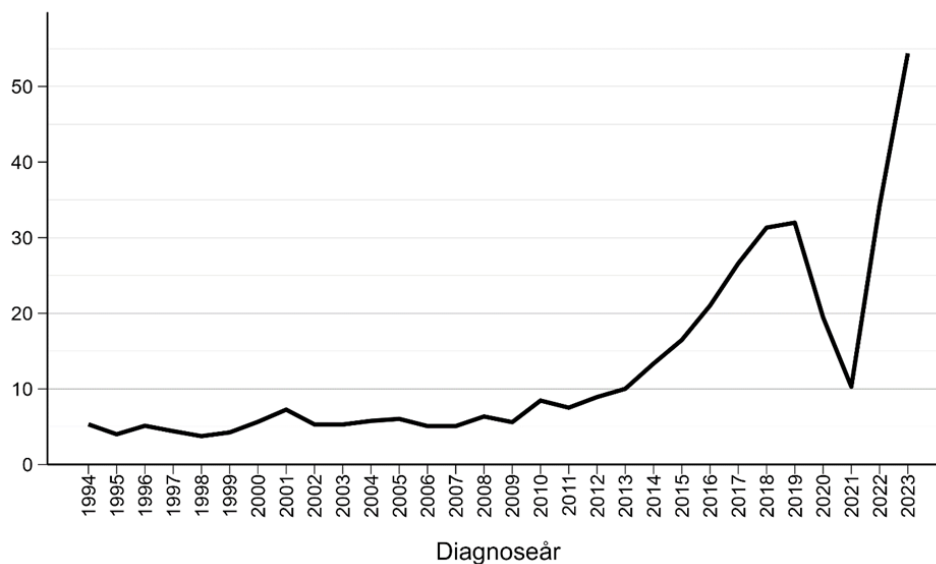
In 2023, ten cases of mpox were reported to the Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases (MSIS). Mpox has been notifiable to MSIS since June 2022, following the report of a global mpox outbreak in May the same year. During 2022, a total of 94 cases were reported in Norway, with a significant decrease since then. The ten cases reported in 2023 were all among males aged 23 – 62 years. Most cases were reported as sexually transmitted, with 60% occurring among MSM. All cases were residents of Oslo, 40% were infected in Norway, and 40% in various other countries, the remaining 20 % unknown.

2 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.

Bakgrunn

Etter en topp i antall registrerte tilfeller i 1975, har gonoré vært en lite utbredt infeksjon i befolkningen generelt og blant kvinner. Den markante økningen etter 2010, særlig blant menn som har sex med menn, kan forklares med økt smittepress 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 har fortsatt i 2023.



Figur 1. Antall meldte tilfeller av gonoré per 100 000 innbyggere, Norge, 1994 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller av gonoré

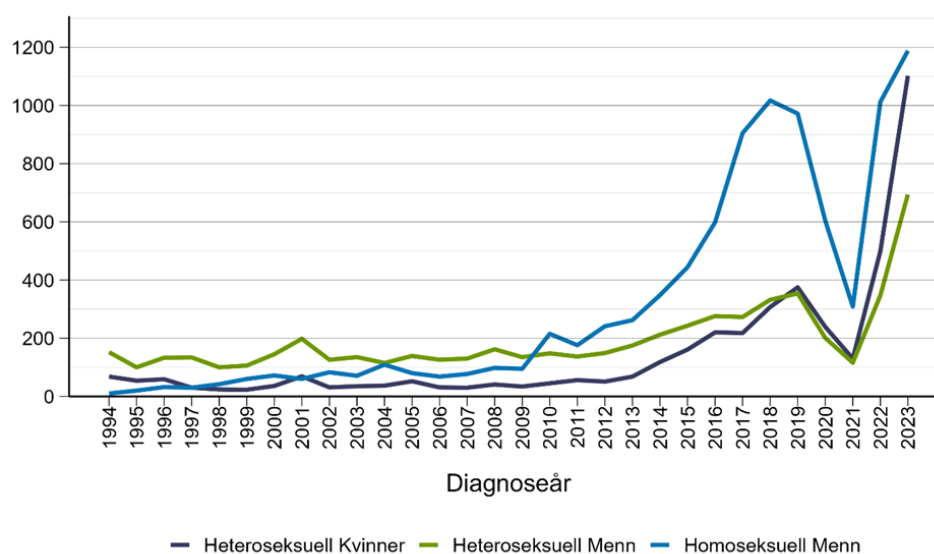
I 2023 ble det registrert til sammen 2 985 tilfeller noe som utgjør en økning på 61 % sammenliknet med 2022 (1857 tilfeller) og 438 % sammenliknet med 2021 (555 tilfeller).

Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte

Av totalt 2985 meldte tilfeller, ble det meldt 1102 blant kvinner (mot 499 i 2022, en økning på 121 %) og 1883 tilfeller blant menn. Av de meldte tilfellene blant menn, var 694 heteroseksuelt smittet (mot 347 i 2022, en økning på 100%) mens 1188 var homoseksuelt smittet (mot 1012 i 2022, en økning på 17 %) (Figur 2 og Tabell 1).

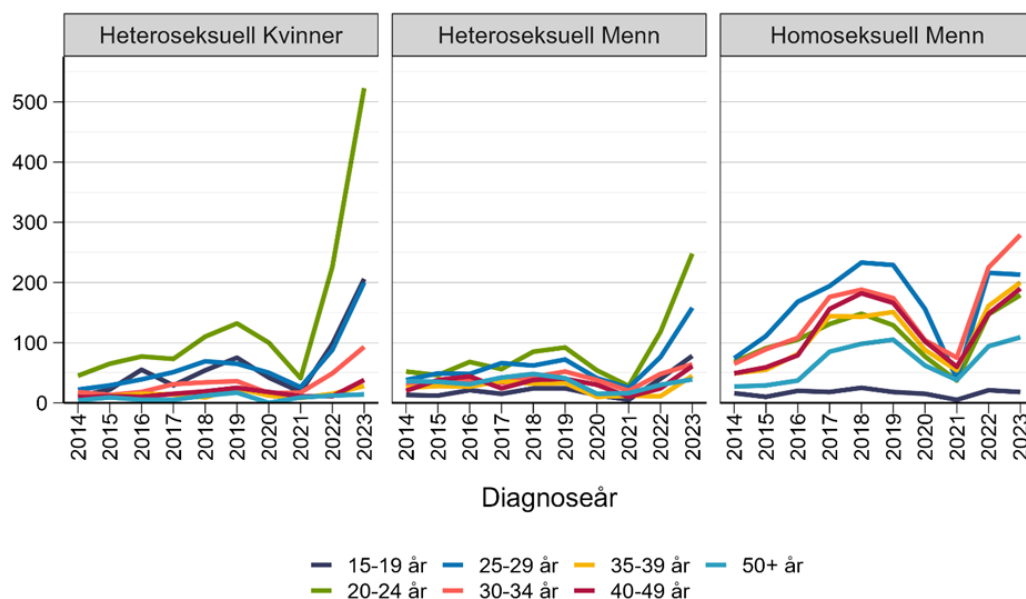
Blant heteroseksuelt smittede er flest tilfeller registrert i aldergruppen 20-24 år hvor økningen også har vært størst. Medianalder blant kvinnene er 22 år. Blant heteroseksuelt

smittede menn er medianalder 25 år mens blant menn som har sex med menn er median alder 33 år (Figur 3).



Figur 2. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter kjønn og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.



Figur 3. Antall meldte tilfeller av gonoré etter alder, kjønn og smittemåte, Norge, 1994 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 1. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter kjønn og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

Diagnoseår										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	682	851	1 096	1 399	1 659	1 704	1 045	555	1 858	2 985
Homoseksuelt Menn	348	444	598	905	1 017	972	604	309	1 012	1 188
Heteroseksuelt Menn	212	243	276	273	332	354	201	116	347	694
Heteroseksuelt Kvinner	118	161	220	218	307	375	239	130	499	1 102
Sex-uspes. Menn	4	3	2	3	3	2	0	0	0	1
Mor/Barn	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter bostedsfylke

Det var i 2023 en økning i meldte gonorétilfeller i alle fylker. Flest tilfeller ble meldt fra Oslo, Vestland og Akershus som også har de høyeste insidensrater (hhv 179, 56 og 47 tilfeller per 100 000 innbyggere) (Tabell 2 og Tabell 3).

Tabell 2. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter bostedsfylke, Norge, 2014 – 2023.

Bostedsfylke*	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Norge	682	851	1,096	1,399	1,659	1,704	1,045	555	1,858	2,985
Agder	13	16	13	29	29	27	10	20	51	89
Akershus	46	78	129	106	123	162	110	50	171	336
Buskerud	14	25	25	36	33	57	32	26	55	71
Finnmark-Finnmarku	5	1	4	8	5	7	5	3	6	21
Innlandet	10	16	29	31	44	40	24	14	56	77
Møre og Romsdal	11	18	17	26	22	16	27	11	41	64
Nordland	9	23	22	14	18	28	12	3	36	65
Oslo	383	451	638	862	1,038	918	540	288	892	1,270
Rogaland	58	45	55	61	89	91	78	41	114	200
Telemark	11	17	12	13	18	16	15	10	16	35
Troms	18	15	17	19	16	42	26	15	42	60
Trøndelag	54	55	41	64	70	64	51	16	84	151
Vestfold	7	14	25	22	16	34	20	6	27	83
Vestland	28	57	57	91	108	142	70	35	226	359
Østfold	13	20	12	17	28	60	25	17	41	104

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. *Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke

Tabell 3. Antall meldte tilfeller av gonoré per 100 000 innbyggere etter bostedsfylke Norge, 2014 – 2023.

Bostedsfylke*	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Norge	13	16	21	27	31	32	19	10	34	54
Agder	4	5	4	10	10	9	3	6	16	28
Akershus	7	12	20	16	19	24	16	7	24	47
Buskerud	6	10	10	14	13	22	12	10	21	27
Finnmark-Finnmarku	7	1	5	11	7	9	7	4	8	28
Innlandet	3	4	8	8	12	11	6	4	15	21
Møre og Romsdal	4	7	6	10	8	6	10	4	15	24
Nordland	4	10	9	6	7	12	5	1	15	27
Oslo	60	70	97	129	154	135	78	41	127	179
Rogaland	13	10	12	13	19	19	16	8	23	41
Telemark	6	10	7	8	10	9	9	6	9	20
Troms	11	9	10	11	10	25	15	9	25	36
Trøndelag	12	12	9	14	15	14	11	3	18	32
Vestfold	3	6	11	9	7	14	8	2	11	33
Vestland	5	9	9	14	17	22	11	5	35	56
Østfold	5	7	4	6	9	20	8	6	13	34

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. *Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke

Meldte tilfeller etter smittested

Homoseksuelt smittede

Blant homoseksuelt smittede menn er 74 % (883) smittet i Norge hvorav 71 % er smittet i Oslo. På kommunenivå, er flest registrert smittet i Oslo (628), Bergen (55), Trondheim (27) og Stavanger (27).

Av de 304 som ble smittet i utlandet, oppgir flest Spania (82), Tyskland (59), Storbritannia (17) og Nederland (13) som smittested.

Tabell 4. Antall meldte tilfeller av gonoré blant menn som er smittet homoseksuelt, etter smittested, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Norge	348	444	598	905	1 017	972	604	309	1 012	1 188
Oslo	223	270	407	567	644	590	410	146	596	628
Øvrige Norge	39	65	69	120	135	172	131	87	184	255
Utlandet	85	109	122	218	238	210	63	76	231	304
Ukjent	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Heteroseksuelt smittede

Blant de heteroseksuelt smittede menn og kvinner ble de langt fleste smittet i Norge (hhv 84 % og 89 %) hvorav 35 % av mennene og 39 % av kvinnene oppgir Oslo som smittested (Tabell 5 og Tabell 6).

På kommunenivå, er flest registrert smittet i Oslo (385 kvinner og 209 menn), Bergen (159 kvinner og 84 menn), Trondheim (51 kvinner og 32 menn), Stavanger (51 kvinner og 24 menn), Kristiansand (23 kvinner og 17 menn), Tromsø (13 kvinner og 5 menn) og Bærum (19 kvinner og 12 menn).

De hyppigst rapporterte smittesteder i utlandet blant heteroseksuelt smittede menn er Thailand, Spania og Sverige (hhv 28, 12 og 8 tilfeller) mens vanligste smittested blant kvinner er Spania, Hellas og Kypros (hhv 17, 9 og 8 tilfeller).

Tabell 5. Antall meldte tilfeller av gonoré blant menn som er smittet heteroseksuelt, etter smittested, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	221	243	276	273	332	354	201	116	347	694
Oslo	37	45	84	73	107	103	64	25	88	209
Øvrige Norge	68	80	84	82	110	147	105	51	178	373
Utlandet	107	118	108	118	115	104	32	40	81	112
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 6. Antall meldte tilfeller av gonoré blant kvinner, etter smittested, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	118	161	220	218	307	375	239	130	499	1 102
Oslo	39	52	81	78	111	149	86	65	149	385
Øvrige Norge	63	83	109	91	139	173	140	53	304	598
Utlandet	16	26	30	49	57	52	13	12	46	118
Ukjent	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter fødeland

Blant de homoseksuelt smittede var 60 % (1188) født i Norge, 16 % født i Europa mens 12 % har fødeland i Asia/Oseania (Tabell 7). Blant de heteroseksuelt smittede var 81 % (1451) født i Norge og 8 % født i Europa (Tabell 8).

Tabell 7. Antall meldte tilfeller av gonoré blant homoseksuelt smittede (menn som har sex med menn), etter fødeland, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	348	444	598	905	1 017	972	604	309	1 012	1 188
Norge	238	313	407	607	661	619	375	174	611	707
Afrika	8	10	22	20	26	21	22	11	27	34
Asia og Oseania	24	30	38	57	96	77	73	36	100	141
Europa	55	69	94	145	159	172	79	56	193	196
Amerika	23	20	33	74	73	77	53	31	72	102
Utland ina	0	2	4	2	2	6	2	1	9	8

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

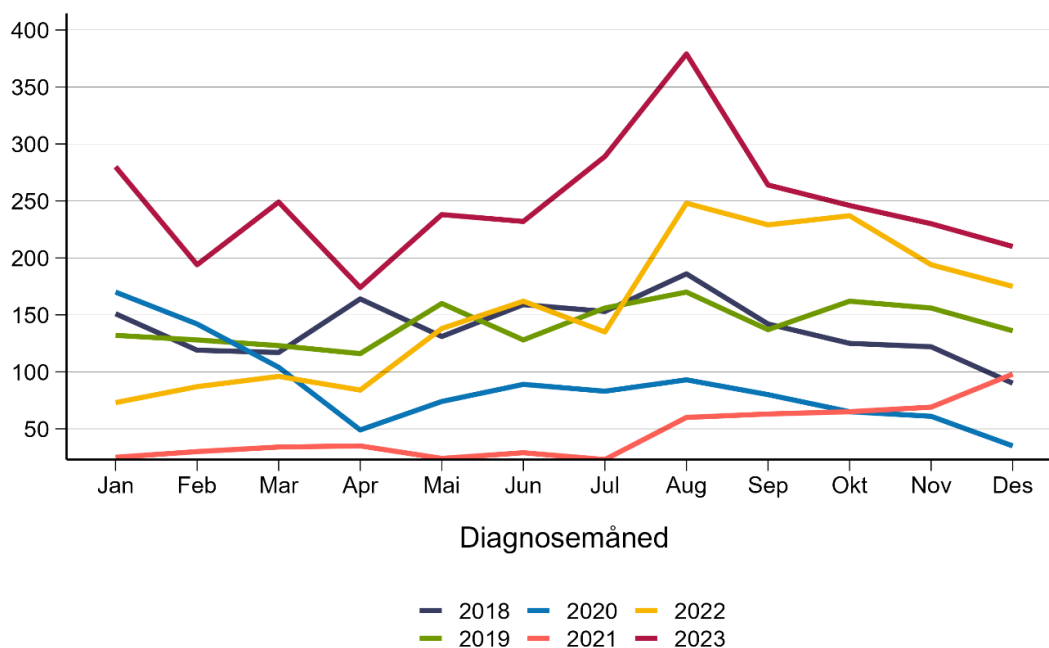
Tabell 8. Antall meldte tilfeller av gonoré blant heteroseksuelt smittede (menn og kvinner), etter fødeland, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	330	404	496	491	639	729	440	246	846	1796
Norge	240	277	359	336	482	513	308	138	637	1 451
Afrika	18	23	38	28	52	52	43	25	51	67
Asia og Oseania	24	43	29	41	49	69	25	25	38	89
Europa	42	52	58	61	47	73	51	45	90	150
Amerika	3	4	7	17	7	16	10	6	21	31
Utland ina	3	5	5	8	2	6	3	7	9	8

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter diagnosetidspunkt

Generelt ses en viss sesongvariasjon med noe nedgang utover høst og vinter samt økning på nyåret og i sommermånedene. Det inntraff en markant økning i meldte tilfeller i juli-august 2022. Tilsvarende økning kom sensommer 2023.



Figur 4. Antall meldte tilfeller av gonoré, etter diagnoseår og -måned, Norge, 2019 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter lokalisasjon

Foruten infeksjon i genitalia (urinrør og livmorhals) og anus, ble det meldt til sammen 764 tilfeller som hadde positiv gonoréprøve fra hals i 2023. Det er verdt å merke at i totredeler

av disse tilfellene (550) ga halsprøven eneste positive svar ved testing. Det ble meldt 14 tilfeller av gonoreisk øyeinfeksjon, noe som er en dobling i antall tilfeller sammenliknet med 2022 (seks tilfeller). Det ble rapportert fire tilfeller av gonoreisk leddbetennelse mot ett tilfelle i 2022.

Mikrobiologisk diagnostikk og overvåking

Nukelinsyreamplifikasjonstest (NAT) er nå den etablerte mikrobiologiske metode for primær påvisning av gonoré. NAT er en svært sensitiv metode, men gir ingen informasjon om gonokokkenes resistensegenskaper mot antibiotika. Ved positiv NAT er det derfor viktig at det tas dyrkningsprøve for resistensbestemmelse før oppstart av antibiotika behandling.

Referansediagnostikk

FHI har hatt referansefunksjon for gonokokker siden 2016, og alle landets laboratorier sender regelmessig isolater til instituttet hvorpå det gjøres identifikasjon, detaljkarakterisering og resistensbestemmelse

Referanselaboratoriet mottok i 2023 totalt 1499 isolater (mot 827 i 2022). Disse representerte 1411 unike infeksjonsepisoder som utgjør vel 47 % av tilfellene meldt til MSIS. Isolatene var fra 1357 personer, hvorav 841 menn (62 %) og 515 kvinner (38 %, en økning fra 25 % i 2022). Personer opp til 30 års alder utgjorde cirka 68 % av tilfellene mens rundt 27 % var i alderen mellom 30 og 50 år. Fra 143 pasienter ble det mottatt mer enn en prøve (2, 3 eller 4), der 74 hadde prøver tatt på samme tidspunkt (innenfor 10 dager) fra samme eller forskjellige lokalisasjoner og 48 (hvorav 42 menn) hadde prøver tatt på ulike tidspunkter i løpet av året (fra 22 dager opp til 8 måneder).

De fleste gonokokker ble isolert fra uretra/mannlig genitalia (519; 35 %). Tretti prosent av isolatene (450) kom fra kvinnelig genitalia (en økning fra 21 % i 2022 og 12 % i 2021) mens 254 (17 %) var fra anus/rektum, 231 (15 %) fra hals.

Resistensbestemmelse viste at av de 1499 isolatene, var 14% betalaktamaseproduserende og 236 (16 %) var resistente mot penicillin. Andelen ciprofloxacin-resistente stammer var 52 % (mot 60 % i 2022 og 49 % i 2021) mens 24 % av stammer hadde en MIC-verdi >1 for azitromycin (mot 21 % i 2022 og 11 % i 2021). To personer hadde infeksjon med stammer som var resistente både mot ceftriaxon og ciprofloxacin men følsomme for azitromycin og spectinomycin.

Helgenomsekvensering ble utført på 855 isolater, og totalt ble det funnet 72 ulike sekvenstyper (ST). De fleste (39 av 72) ble sett bare en eller to ganger. Sekvenstypen ST-1580 var hyppigst forekommende og ble funnet i 242 (28 %) av isolatene (mot 2 % i 2021 og 16 % i 2022) hvorav 159 (66 %) ble funnet hos kvinner, de fleste (140) hos kvinner under 30 år.

Vurdering og tiltak

Det har vært en jevnt økende trend av meldte tilfeller av gonoré nasjonalt og internasjonalt, spesielt blant menn som har sex med menn siden 2010, med unntak av et kraftig fall under pandemien. Den observerte økningen fra siste halvår 2022 ble tilskrevet gjenåpning av samfunnet etter pandemien. Utviklingen gjennom 2023 med spesielt sterk økning blant unge kvinner, reflekterer den svært høye smittsomheten ved vaginal sex uten kondom, men også oral sex, samt at spredningspotensialet er stort ved hyppigere partnerskifter.

Gonokokkinfeksjon gir ofte vage eller ingen symptomer hos kvinner og også når smitten skjer ekstrasgenitalt til hals og anus. Det bør derfor være lav terskel for å tilby adekvat gonoré-testing til tenåringer og unge voksne ved partnerbytte. Tilsvarende trend er observert i flere europeiske land [1]. Utstrakt testing, diagnostikk og behandling er imidlertid i seg selv ikke nok for å bekjempe smittespredningen. I nåværende situasjon er det derfor svært viktig med budskap om bruk av kondom i møte med ny partner.

Høy forekomst i grupper av menn som har sex med menn over tid, spesielt blant brukere av hiv-PrEP og blant utenlandsfødte msm, tilsier at behov for mer satsing på målrettede og tilpassede forebyggende tiltak i samarbeid med sivilsamfunnet.

Hyppig omtale i media og iverksetting av forebyggende tiltak i form av kondom- og testekampanjer både i regi av helsemyndigheter, kommune- og studenthelsetjenester er viktige bidrag til økt bevissthet i befolkningen. Seksuell helsekompetanse bør styrkes både blant den seksuelt aktive del av befolkningen og blant helsepersonell og sikre mer kunnskap om smittsomhet og smitemåter. Legers årvåkenhet overfor symptomer og vektlegging av seksualanamnese i helsetjenesten avgjørende/viktig. Som alltid skal det utføres smitteoppsporing rundt hvert tilfelle av gonoré. Kun om lag 10 % av tilfellene finnes ved smitteoppsporing og viser at dette arbeidet bør intensiveres blant annet ved at helsetjenesten tar en mer aktiv rolle i formidling til og innkalling av kontaktene og ikke basere seg på ren partnerformidlet sporing der pasienten alene tar kontakt med sine partnere. Informasjon ut i berørte miljøer og raskt igangsatte tiltak ved mistanke om lokale utbrudd er avgjørende for å holde gonoré under kontroll i Norge.

Internasjonalt er det stor bekymring knyttet til antimikrobiell resistens (AMR) hos gonokokker. Det blir sporadisk påvist tilfeller av multiresistente gonokokker (resistente mot standardbehandling ceftriaxon) også i Norge (til sammen fem tilfeller i løpet av de siste fem årene). Dette understreker viktigheten av at gjeldende behandlingsretningslinjer følges, og at dyrkningsprøver tas før behandling. Det er viktig med kontrollprøve etter behandling for å kunne fange opp tilfeller av behandlingssvikt som i noen tilfeller også skyldes at retningslinjene ikke er fulgt. Resistensdata for Norge publiseres regelmessig i den årlige NORM/NORM-VET-rapporten [2].

3 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 laboratoriemelding 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 i rapporten er basert på data fra MSIS-labdatabasen.

Kriterier for en testhendelse Fra 2007 har de mikrobiologiske laboratoriene gjennom en frivillig ordning levert tabeller med aggregerte data over antall personer testet for klamydia (uavhengig av prøvesvar) fordelt på aldersgrupper og kjønn. Fra 2021 ble det mulig å trekke data om antall testede ut fra MSIS labdatabase for en del laboratorier. Gradvis flere laboratorier leverte data til MSIS labdatabase.

Før MSIS labdatabase ble benyttet i overvåkingen ble laboratoriene oppfordret til å benytte samme kriterier for en ny test som for et nytt positivt tilfelle (en eller flere tester for samme person innen en periode på 60 dager). Dette for å unngå å telle flere tester for samme hendelse. Ikke alle laboratoriene gjorde et slikt uttrekk i denne perioden, og enkelte laboratorier rapporterte totalt antall tester utført.

Fra 2022 er kriteriene endret (en eller flere tester innenfor en periode på 30 dager). Uttrekket gjøres nå av MSIS labdatabase og gjennomføres dermed konsekvent. For 2023 er alle data om antall testede trukket ut fra MSIS labdatabase.

Analysene i rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS labdatabase 04.03.2024

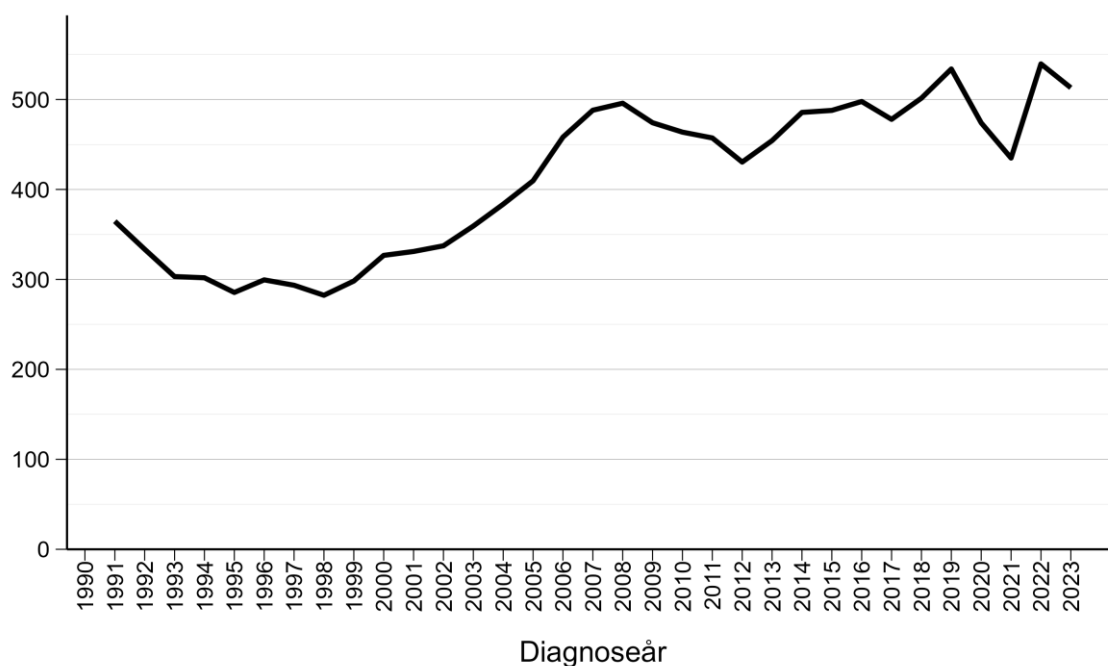
Bakgrunn

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

Klamydia er en utbredt infeksjon som i hovedsak rammer unge, seksuelt aktive og siden 2014 har det, med unntak av pandemiårene, blitt meldt mer enn 25 000 tilfeller årlig. Melderaten av klamydia i Norge økte fra årtusenskiftet fram til 2009, var relativt stabil i perioden 2010 til 2014, og økte deretter fram mot 2019, et foreløpig toppår før pandemien (534/100 000). Antall meldte tilfeller hadde en betydelig nedgang i løpet av de to pandemiårene, og økte igjen kraftig i løpet av 2022.

Meldte tilfeller av klamydia

I 2023 ble det meldt 28 159 tilfeller av klamydia (513/100 000 innbyggere). Dette er en nedgang på 3,8% fra 2022, hvor det ble meldt 29 271 tilfeller og omtrent på nivå med 2019 (28 446, 534/100 000).



Figur 5. Antall meldte tilfeller av klamydia per 100 000 innbyggere, Norge, 1990 – 2023.

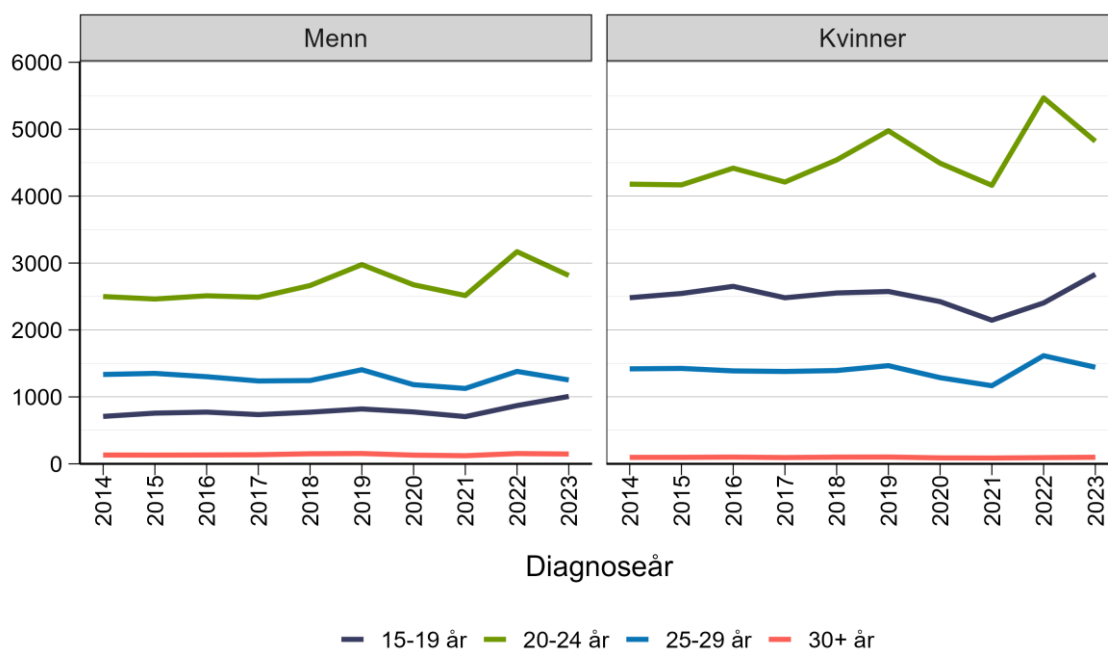
Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller og antall testede etter kjønn og alder

I 2023, som tidligere år, var flertallet av de meldte tilfellene med klamydia kvinner, 59 % (16 675/28 159). Personer under 25 år utgjorde 67 % av alle meldte tilfellene. Det påvises flest tilfeller i aldersgruppen 20 – 24 år både blant kvinner (7 810 tilfeller) og menn (4 839 tilfeller), hhv 47 % og 42 % av tilfellene (Tabell 9).

Kvinner 20-24 år har hatt høyest melderate av klamydiainfeksjoner så lenge data om kjønn og alder har vært tilgjengelig (Figur 6). Lavest melderate er blant kvinner og menn over 30 år. Blant kvinner og menn i alderen 20 – 24 år var det en bratt økning i meldte tilfeller i løpet av 2022 og melderaten nådde et toppunkt med 5468 meldte tilfeller per 100 000 for kvinner, og 3 170 per 100 000 for menn. 2023 var det en nedgang i meldte tilfeller i denne aldersgruppen. Fra 2022 til 2023 var nedgangen i aldersgruppen 20 – 24 år 12 % både for kvinner og menn, og fra 2014 – 2023 var nedgangen 5% for kvinner (2019: 8 205, 2023: 7 810) og 8 % for menn (2019: 5 248, 2023: 4 839).

Mens det i 2023 var en nedgang eller utflating i melderaten i aldersgruppene 20 år og eldre, fortsetter økningen fra 2022 i aldersgruppen 15-19 år, både for kvinner og menn.



Figur 6. Antall meldte tilfeller av klamydia per 100 000 innbyggere, etter alder og kjønn, Norge, 2014 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

I 2023 var antall testede for klamydia 368 947 mot 342 953 i 2022, og andelen positive blant de testede var 7,6 %. Fra 2022 til 2023 har antall testede økt med 7,5 % mens det har vært en nedgang i andelen med et positivt prøvesvar blant de testede (8,5 % i 2022). Fra 2022 til 2023 har det vært en økning i andel positive prøver i aldersgruppen 15– 19 år både for kvinner og menn, mens det blant kvinner og menn i aldersgruppen 20 – 24 år har vært en nedgang. Som i foregående år, var majoriteten av de undersøkte kvinner (69 %). Den største andel av testene utføres blant kvinner og menn 25 år og eldre. I 2023 utgjorde kvinner 25 år eller eldre 52 % av kvinnene undersøkt for klamydiainfeksjon, men bare 26 % av alle kvinnene som fikk påvist klamydia. Menn 25 år og eldre utgjorde 63 % av de undersøkte og 43 % av de diagnostiserte mennene (Tabell 9).

Andelen positive klamydiaprøver blant de undersøkte synker med stigende alder, men ligger høyere hos menn i alle aldersgrupper. I 2023 var andelen positive blant de testede høyest blant menn i aldersgruppen 15 – 19 år (16 %) og 20 – 24 år (16 %).

Tabell 9. Antall personer testet, antall meldte tilfeller og andel positive tilfeller blant de testede, etter alder og kjønn, Norge, 2022 – 2023.

Kjønn	Alder	2022			2023		
		Testet	positive	% pos.	testet	positive	% pos.
Menn	0-14*				626	10	1,6
	15-19	10032	1421	14,2	10542	1680	15,9
	20-24	30636	5490	17,9	30741	4839	15,7
	25-29	22335	2603	11,7	23813	2366	9,9
	30+	43508	2671	6,1	48389	2589	5,4
	Menn totalt				114112	11484	10,1
Kvinner	0-14*				1277	40	3,1
	15-19	37505	3738	10,0	39081	4488	11,5
	20-24	78602	8842	11,2	81332	7810	9,6
	25-29	47237	2878	6,1	51678	2589	5,0
	30+	71337	1616	2,3	81436	1748	2,1
	Kvinner totalt				254807	16675	6,5

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet * Inkluderer ikke aldersgruppen 0-14 år for året 2022 ettersom tilfeller <10 år tidligere ble ekskludert som ledd i kvalitetssikring) samt **testede der opplysninger om kjønn og/eller alder mangler (2002: 57, 2023: 11)

Meldte tilfeller etter bostedsfylke

Det er stor variasjon i rapportert forekomst av klamydia mellom fylkene. I 2023 var det flest antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere i Finnmark (828/100 000) etterfulgt av Oslo (776/100 000) og Troms (658/100 000). Lavest antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere var i Østfold (355/100 000), Innlandet og Møre og Romsdal (395/100 000). Landsgjennomsnittet i 2023 var på 513 per 100 00 innbyggere. Fra 2021 til 2022 økte melderaten i alle fylker med unntak av Agder (hvor det var en økning i 2021). Siste året var det en oppgang i Finnmark, Innlandet, Nordland og Vestfold. I øvrige fylker var det en nedgang fra 2022 eller stabil forekomst. I Oslo var nedgangen i antall meldte tilfeller fra 22 til 2023 på 8,3 % og ligger nå under 2019 nivå (Tabell 10).

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

Tabell 10. Antall meldte tilfeller og antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere av klamydia, etter bostedsfylke, Norge, 2014 – 2023.

Bostedsfylke*	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Norge	24810 (486)	25201 (488)	25953 (498)	25130 (478)	26556 (501)	28446 (534)	25444 (474)	23447 (435)	29271 (540)	28159 (513)
Agder	1054 (361)	1081 (366)	977 (327)	969 (322)	994 (327)	1265 (414)	1348 (439)	1618 (524)	1585 (509)	1457 (461)
Akershus	2374 (382)	2564 (406)	3053 (476)	2929 (449)	2945 (445)	2900 (431)	2607 (382)	2299 (333)	3194 (455)	3134 (438)
Buskerud	915 (368)	929 (370)	1050 (414)	790 (310)	1051 (410)	1024 (397)	975 (376)	736 (282)	945 (359)	956 (358)
Finnmark	532 (707)	537 (710)	499 (659)	497 (653)	590 (775)	513 (676)	565 (749)	603 (807)	571 (770)	614 (828)
Innlandet	1392 (380)	1432 (389)	1433 (389)	1359 (367)	1394 (376)	1400 (377)	1400 (377)	1092 (295)	1402 (378)	1477 (395)
Møre og Romsdal	974 (376)	875 (335)	847 (322)	837 (317)	947 (358)	1041 (393)	865 (326)	867 (326)	1018 (383)	1061 (395)
Nordland	1548 (646)	1339 (557)	1338 (556)	1318 (546)	1324 (547)	1233 (509)	990 (410)	966 (402)	1182 (492)	1224 (508)
Oslo	4735 (746)	5016 (774)	5327 (809)	5204 (780)	5627 (836)	6060 (890)	5402 (779)	4358 (625)	5995 (857)	5499 (776)
Rogaland	2309 (502)	2073 (445)	2003 (426)	2016 (427)	2099 (443)	2413 (507)	2379 (496)	2020 (419)	2405 (495)	2240 (455)
Telemark	709 (413)	663 (386)	619 (359)	549 (317)	688 (397)	813 (469)	706 (407)	669 (386)	678 (390)	697 (397)
Troms	1250 (765)	1271 (772)	1260 (761)	1136 (681)	1255 (748)	1190 (706)	1009 (601)	918 (548)	1069 (638)	1108 (658)
Trøndelag	2185 (491)	2458 (547)	2607 (575)	2542 (555)	2575 (557)	2793 (600)	2291 (489)	2272 (482)	2840 (599)	2753 (575)
Vestfold	1049 (448)	1098 (466)	1049 (443)	1067 (444)	1023 (422)	1126 (461)	954 (388)	911 (367)	1042 (415)	1174 (463)
Vestland	2463 (402)	2494 (403)	2655 (425)	2542 (404)	2729 (432)	3326 (525)	2826 (444)	2839 (444)	3613 (563)	3237 (501)
Østfold	1096 (386)	1130 (394)	1012 (350)	1110 (380)	1052 (357)	1070 (360)	1011 (338)	1046 (347)	1388 (455)	1097 (355)

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. *Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke.

Meldte tilfeller etter lokalisasjon

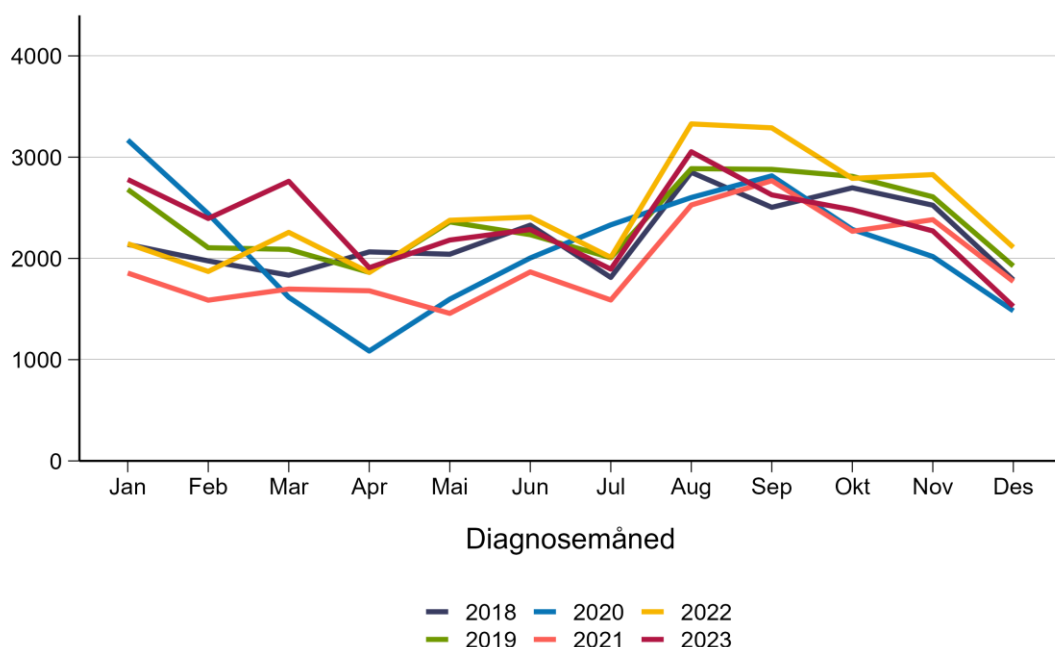
Majoriteten av infeksjonene meldt i 2023 ble påvist gjennom prøvematerialet fra genitalia og anus. I 2023 ble det meldt 32 tilfeller av klamydia øyeinfeksjon hvorav 18 var fra nyfødte.

Meldte tilfeller etter diagnosetidspunkt

I årene fram til pandemiltak ble satt inn i mars 2020, har det vært et relativt jevnt antall månedlige meldte tilfeller mellom februar og juni, en tydelig nedgang i juli og en topp i antall meldte etter sommeren i august og september. Gjennom høsten har antallet gått ned fram mot desember etterfulgt av en ny topp i januar (Figur 7). Dette gjenspeiler i stor grad når personer tester seg og sier mindre om smittetidspunkt.

Våren 2020 var det en markant nedgang i antall personer som ble meldt med klamydia. Gjennom vinteren og våren 2021 lå antall meldte tilfeller lavere enn tidligere år. Siste halvår av 2021 og første halvår av 2022 var antallet tilbake til nivå med tidligere år og siste halvår av 2022 lå antall meldte tilfeller høyere enn tidligere år.

I 2024 ble det, som i prepandemiske år, meldt flest tilfeller i perioden februar – juni, og flere enn på samme tid i 2022. I siste halvår av 2023 har det vært en nedgang i meldte tilfeller sammenlignet med 2022 og de siste to årene før pandemien.



Figur 7. Antall meldte tilfeller av klamydia etter diagnosemåned, Norge, 2018 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Vurdering og tiltak

De siste årene fram mot 2019 var det en stigende trend i antall diagnostiserte tilfeller med klamydiainfeksjon. Den observerte nedgangen i perioden våren 2020 til høsten 2022, skyldtes trolig de strenge kontaktreduserende tiltak i forbindelse med pandemihåndteringen. 2022 er et foreløpig toppår, og økning i meldte tilfeller dette året spesielt blant kvinner og menn i aldergruppen 20 – 24 år sammenfalt med en tilsvarende observert økning i gonoré blant unge heteroseksuelt smittede samme år. Tilsvarende trend ble observert i en rekke europeiske land [3] og kan knyttes til økt sosial kontakt i forbindelse med gjenåpning etter pandemien.

Mens økning fra 2022 fortsetter i 2023 blant 15 – 19 åringene, er det observert en nedgang i aldersgruppen 20 – 24 år. Testaktiviteten for klamydia har økt det siste året, men man finner færre tilfeller blant de som testes i denne aldersgruppen. Samtidig fortsetter den økende trenden i meldte gonorétilfeller blant 20 – 24 åringer i 2023. En mulig forklaring på den observerte forskjellen i trend for klamydia og gonoré i denne aldersgruppen kan være at gonoré er en mer smittsom infeksjon som nylig har blitt introdusert i denne gruppen. Siden høsten 2022 har det vært mye oppmerksomhet rundt økende smitte i media og sosiale medier, og flere steder i landet har det vært gjennomført kampanjer med fokus på kondombruk og testing.

Klamydia er primært en asymptomatisk infeksjon og mange tilfeller fanges opp gjennom rutinemessig testing. Det meldes flere tilfeller av klamydia blant kvinner enn menn. Denne forskjellen reflekterer trolig at flere kvinner testes, og ikke en reell forskjell i forekomst blant kvinner og menn. Det er store geografiske forskjeller i antall meldte tilfeller ift. folketallet. Oslo, Finnmark og Troms har gjennom mange år hatt høyest melderate i landet. Ulikheter i melderate kan påvirkes av flere forhold som ulikhet i helsetilbud og testaktivitet og behøver ikke være et uttrykk for reel forskjell i insidens.

Det er viktig å legge vekt på forebyggende tiltak som kondombruk i møte med ny partner, smittesporing av seksualkontakter samt å målrette prøvetakingen til grupper med høy risiko for smitte.

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

4 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.

Bakgrunn

LGV var tidligere en svært sjelden sykdom i den vestlige verden. Siden begynnelsen av 2000-tallet har et økende antall tilfeller av LGV blitt rapportert blant menn som har sex med menn i Europa, også i Norge. I hele perioden 2006 – 2012 ble det meldt vel 40 tilfeller fra diagnostiserende laboratorier, men LGV var da ikke meldingspliktig. Etter en tydelig nedgang under pandemien, er antall meldte tilfeller igjen på nivå med toppåret 2018.

Meldte tilfeller av LGV

I 2023 ble det meldt 43 tilfeller til MSIS, alle blant menn som har sex med menn (msm) mot 36 tilfeller i 2022.

Tabell 11. Antall meldte tilfeller av LGV etter diagnoseår og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Homoseksuelt	0	0	0	0	0	27	14	10	36	43
Menn										
Sex-uspesifisert	22	13	19	33	44	0	0	0	0	0
Menn										
Totalt	22	13	19	33	44	27	14	10	36	43

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter alder og fødeland

Mennene var i alderen 28 – 67 år med en medianalder på 43 år (mot 41 år i 2022). Cirka halvparten var født i utlandet.

Meldte tilfeller etter bostedsfylke og smittested

Av de 43 tilfellene meldt i 2023, var 30 bosatt i Oslo. Omkring halvparten (20) ble smittet i Norge hvorav 16 oppgir Oslo som smittested. Blant de 23 som ble smittet i utlandet, oppgir cirka halvparten Spania som antatt smittested.

Mikrobiologisk diagnostikk

LGV skyldes smitte med andre serotyper (L1, L2, L3) av klamydiabakterien (*C trachomatis*) enn den som gir vanlige klamydia infeksjonen. LGV smitter oftest til endetarm (analt) men kan også forårsake genitale sår og betennelser i lymfeknuder i genitalregionen hvorfra det kan tas prøve til nukelinsyreamplifikasjonstest (NAT). Det er foreløpig bare Først laboratorium, St.Olavs Hospital i Trondheim og Oslo Universitetssykehus som utfører slik diagnostikk, og andre laboratorier videresender derfor prøver for slike analyser.

Vurdering og tiltak

Ubehandlet kan LGV medføre alvorlig komplikasjoner med fisteldannelser og kronisk lymfeobstruksjon. Symptomer og funn, særlig infeksjon i tarmslimhinne kan mistolkes/forveksles med andre diagnoser. Leger bør derfor være oppmerksom på LGV hos mannlige pasienter som har sex med andre menn, og spesielt ved symptomer fra endetarm. Seksuelt aktive msm bør jevnlig tilbys undersøkelse for seksuelt overførbare infeksjoner med prøvetaking både fra urin, hals, anus og eventuelle genitale sår.

Laboratoriene bør sørge for at positive klamydiatester i anale prøver fra msm, testes for LGV. Behandlende lege bør påse at dette blir fulgt opp og i tillegg rekvirere kontrollprøve etter behandling.

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

Som for hiv-infeksjon, syfilis og gonoré er innvandrere bosatt i Norge også overrepresentert når det gjelder smitte av LGV. Det er derfor viktig med målrettet, tilrettelagt informasjonsarbeid og forebyggende tiltak (smittevernrådgiving og testetilbud).

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

5 Syfilis

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

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

Bakgrunn

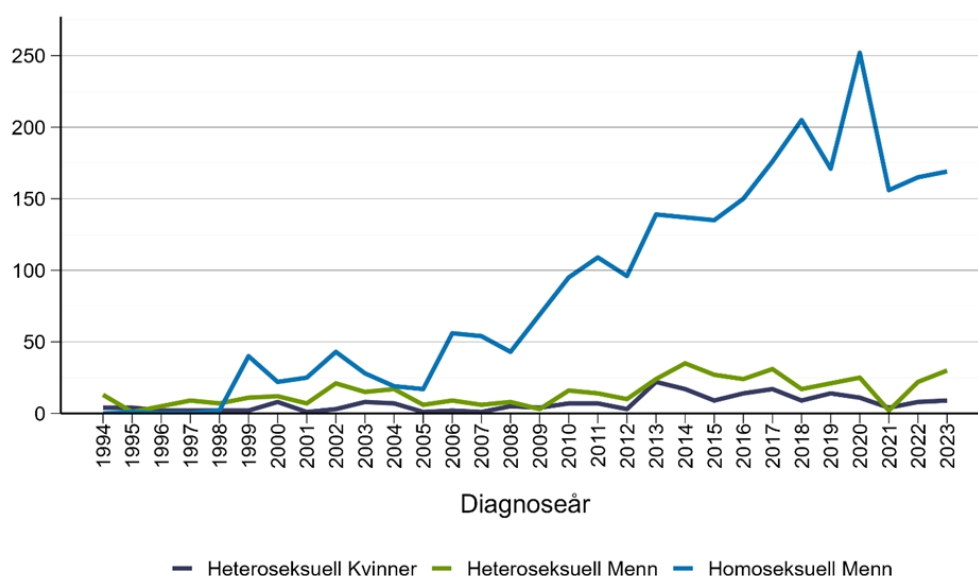
Siden årtusenskiftet har det vært en betydelig økning i meldte tilfeller blant menn som har sex med menn, både i Norge og ellers i Europa, og med endemisk høye nivåer fra 2010. Etter mange år med lav og relativt stabil forekomst av syfilis blant heteroseksuelt smittede, har det med unntak av pandemiåret 2021, vært en økende trend siste ti år, spesielt blant menn.

Meldte tilfeller av syfilis

Meldte tilfeller etter kjønn, alder og smittemåte

Det ble i 2023 meldt i alt 208 tilfeller av syfilis (3,8/100 000 innbyggere) mot 195 tilfeller i 2022. Om lag en tredel, 65 av tilfellene ble diagnostisert som primær syfilis, mens 47 tilfeller var sekundær syfilis og 92 tilfeller var tidlig latent syfilis.

Av de 208 meldte tilfellene i 2023 var 169 (81 %) homoseksuelt smittet. Blant de 39 heteroseksuelt smittede var ni kvinner og 30 (77 %) menn (Tabell 12). Median alder blant de homoseksuelt smittede menn var 35 år. Median alder blant heteroseksuelt smittede var 38 år for menn og 24 år for kvinner.



Figur 8. Antall meldte tilfeller av syfilis etter kjønn og smittemåte, Norge, 1994 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 12. Antall meldte tilfeller av syfilis etter kjønn og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	189	172	188	224	231	206	288	164	195	208
Homoseksuelt	137	135	150	176	205	171	252	156	165	169
Menn										
Homoseksuelt	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Kvinner										
Heteroseksuelt	35	27	24	31	17	21	25	2	22	30
Menn										
Heteroseksuelt	17	9	14	17	9	14	11	4	8	9
Kvinner										
Sex-uspes.	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Menn										

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter bostedsfylke

Nær halvparten (94) av de smittede er folkeregistrert i Oslo og 40 (19 %) er bosatt i Vestland, 18 (9 %) i Akershus og 12 (6%) i Innlandet.

Blant de 169 homoseksuelt smittede er 81 hjemmehørende i Oslo og 31 i Bergen.

Tabell 13. Antall meldte tilfeller av syfilis, etter bostedsfylke, Norge, 2014 – 2023.

Bostedsfylke*	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	189	172	188	224	231	206	288	164	195	208
Agder	8	4	9	7	3	5	4	9	4	5
Akershus	15	17	12	27	19	20	37	16	17	18
Buskerud	8	6	2	10	6	2	5	2	6	8
Finnmark-Finnmarku	1	0	6	1	3	2	0	1	3	5
Innlandet	6	5	6	9	6	8	22	3	5	12
Møre og Romsdal	1	1	3	0	2	2	5	0	5	2
Nordland	1	1	4	4	6	1	2	4	5	6
Oslo	98	99	104	112	139	109	167	94	109	94
Rogaland	8	6	11	9	11	16	12	4	8	7
Telemark	6	7	8	3	4	7	3	1	1	1
Troms	1	0	4	5	0	4	3	4	6	1
Trøndelag	5	9	5	6	8	8	5	7	2	3
Annet/Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Vestfold	4	3	3	9	4	2	6	1	0	1
Vestland	24	10	4	15	16	17	13	10	18	40
Østfold	3	4	7	7	4	3	4	8	6	4

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. *Bostedsfylke er det samme som folkeregistrert fylke.

Meldte tilfeller etter smittested

Heteroseksuelt smittede

Blant de 30 heteroseksuelt smittede mennene ble 17 (57 %) registrert som smittet i utlandet hvorav åtte i Asia og sju i Europa.

Seks av de ni kvinnene er smittet i Norge. Av de tre kvinner som er smittet i utlandet, er to innvandrere smittet før ankomst Norge mens den tredje er norskfødt smittet på reise til utlandet.

Tabell 14. Antall meldte tilfeller av syfilis blant menn som er smittet heteroseksuelt, etter smittested, Norge 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	35	27	24	31	17	21	25	2	22	30
Oslo	8	5	5	4	2	1	1	1	2	4
Øvrige Norge	12	7	7	8	3	5	10	0	7	9
Utlandet	15	15	12	19	11	15	14	1	13	17
Ukjent	0		0	0	1	0	0	0	0	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 15. Antall meldte tilfeller av syfilis blant kvinner, etter smittested, Norge 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	17	9	14	17	9	14	11	4	8	9
Oslo	5	4	1	2	3	0	3	2	1	4
Øvrige Norge	10	4	11	10	2	10	7	2	4	2
Utlandet	2	1	2	5	4	4	1	0	3	3
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Homoseksuelt smittede

Blant de 169 homoseksuelt smittede, er Norge registrert som smittested i 110 (63 %) av tilfellene hvorav 62 er smittet i Oslo og 19 i Bergen. For de 59 smittet i utlandet, var Spania og Tyskland hyppigste registrerte smittesteder (hhv 12 og 8 tilfeller).

Tabell 16. Antall meldte tilfeller av syfilis blant msm etter smittested, Norge 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	137	135	150	176	205	171	252	156	165	169
Oslo	66	82	83	80	101	76	159	94	79	62
Øvrige Norge	32	23	20	37	38	36	56	37	33	48
Utlandet	39	29	47	59	66	59	37	25	53	59
Ukjent	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter fødeland

Heteroseksuelt smittede

Av de 30 heteroseksuelt smittede mennene, var 19 født i Norge. Blant de 11 utenlandsfødte mennene, var en smittet før innvandring til Norge.

Fem av de ni kvinnene er innvandrere hvorav to ble smittet før ankomst Norge.

Homoseksuelt smittede

Utenlandsfødte menn utgjør 88 (52 %) av de homoseksuelt smittede.

Tabell 17. Antall meldte tilfeller av syfilis blant msm etter fødeland Norge 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt	137	135	150	176	205	171	252	156	165	169
Født i Norge	91	88	106	110	131	101	148	85	96	81
Innvandrers smittet for ankomst Norge	2	4	2	7	7	4	7	9	8	7
Innvandrers smittet etter ankomst Norge	44	43	42	59	67	66	97	62	61	81

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

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, tidligere gjennomgått syfilis med serologiske arr eller gjennomgått ikke-venerisk treponematose. Det krever mikrobiologisk spisskompetanse og referansediagnostikk for å sikre at innvandrere fra områder med endemiske treponematoser (Bejel, Pinta, Yaws) ikke blir feildiagnostisert som latent syfilis.

Primær syfilis kan diagnostiseres med nukelinsyreamplifikasjonstest (NAT) direkte fra sår (sjanker).

Vurdering og tiltak

Blant msm som tilhører spesielt risikoutsatte miljøer, er det fortsatt stabilt høy forekomst av syfilis til tross for anbefaling om regelmessig testing. Primære sjankere gir få eller ingen symptomer, kan overses og bidrar med høy transmisjonsrate. Utenlandsfødte menn utgjør over halvparten av de homoseksuelt smittede og er spesielt utsatt. Det bør derfor tilrettelegges for å styrke smittevernrådgivning, lavterskel testetilbud med tilgang til spesialisthelsetjeneste for behandling og oppfølging. For få tilfeller blir avdekket gjennom smittesporing til tross for mye innenlandssmitte. Testing av kontakter rundt hvert diagnostiserte tilfelle kan effektivt bidra til redusert nysmitte.

Det ses også en økning i meldte tilfeller blant heteroseksuelt smittede menn. Sikrere sex på reise inkludert kondombruk i utlandet, er viktige forebyggende tiltak.

Det er en bekymringsfull økning av smitte fra mor til barn på verdensbasis, også i flere europeiske land. Alle gravide skal få tilbud om prøvetaking i svangerskapet.

Mer årvåkenhet og 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. Ethvert tilfelle av syfilis bør, uansett stadium eller symptomer, henvises for vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten.

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

Antall meldte tilfeller samt kjønns- og aldersfordelte data på fylkesnivå er tilgjengelig på <https://statistikk.fhi.no/msis>

6 Hiv/aids

Infeksjon med hiv meldes fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og fra laboratorium. Hivinfeksjon var anonymt meldingspliktig til MSIS i perioden 1986–2019. Tilfeller diagnostisert fra og med høsten 1984 ble etterrapportert. Fra mars 2019 har hiv vært en nominativt meldingspliktig sykdom med personidentifiserbare opplysninger. Meldingskriteriene har ellers 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 [4]. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 19.03.2024.

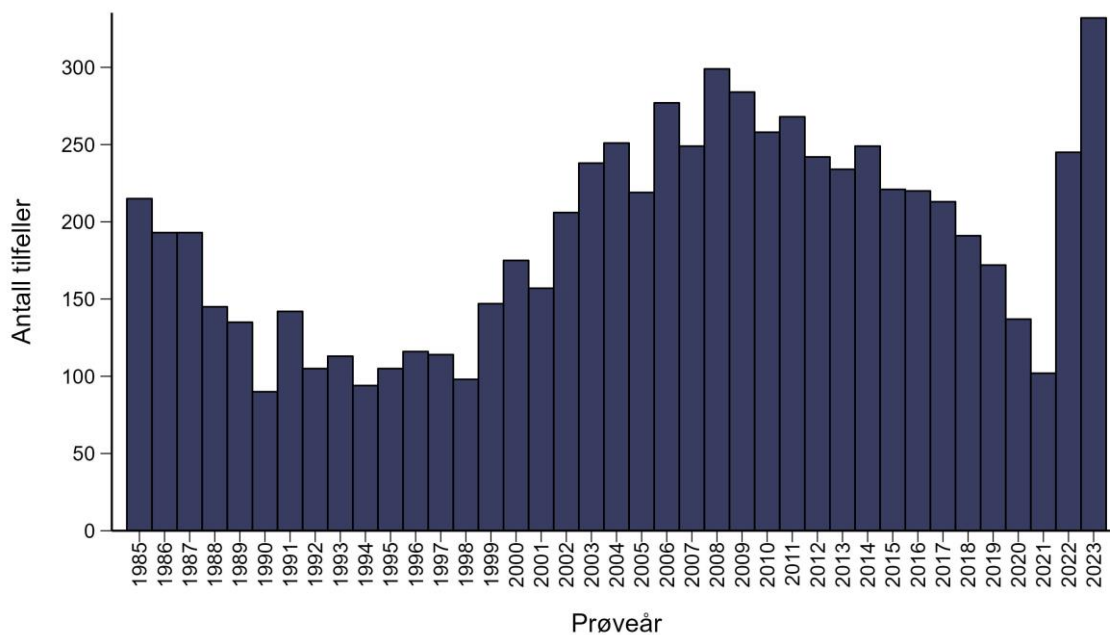
Bakgrunn

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

Opprinnelig var epidemien preget av diagnoser blant msm og personer som injiserer rusmidler. I Norge toppet diagnosene seg i 2008 (299), drevet av økt migrasjon fra høyendemiske områder som Afrika sør for Sahara (SSA) på begynnelsen av 2000-tallet og en økning i diagnoser blant msm. Fra 2008 til 2019 var det en nedgang i hiv-tilfeller drevet av en nedgang både blant norskfødte msm, og heteroseksuelt smittede migranter som fikk hiv før de migrerte til Norge. Hiv-situasjonen preges nå av et stort antall hiv-positive innvandrere som kommer til Norge, spesielt fra Ukraina.

Meldte tilfeller av hiv

Det ble i 2023 meldt 332 hiv-positive til MSIS mot 245 i 2022 og 102 i 2021, en økning på 35 % i forhold til 2022 (Figur 9 og Tabell 18). De fleste (90%) var født i utlandet og 273 (82 %) smittet før innvandring til Norge. De fleste av de 332 meldte tilfellene var oppgitt smittet seksuelt (67 %), og for 57 (17 %) er smittebakgrunnen ukjent. Alle tilfellene med ukjent smittebakgrunn er blant innvandrere smittet før ankomst Norge. 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 1985-2023.

Kilde: meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 18. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon etter alder, kjønn, fødeland, smittemåte, smittested og CD4 tall, Norge 2014 – 2023.

		Diagnoseår									
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Medianalder		36	37	38	37	37	38	38	38	40	40
(øvre-nedre kvartil)		(29 - 44)	(30 - 47)	(30 - 48)	(30 - 45)	(30 - 47)	(31 - 49)	(32 - 49)	(30 - 49)	(34 - 47)	(33 - 49)
Kjønn											
	Mann	184	145	157	155	122	112	91	64	136	205
	Kvinne	65	76	63	58	69	60	46	38	109	127
Fødeland											
	Norge	93	83	89	73	58	53	37	23	37	34
	Afrika	69	62	58	51	54	48	27	36	36	46
	Asia	30	31	32	31	30	28	21	17	18	22
	Europa	40	34	29	41	33	26	39	21	144	217
	Nord-Amerika	2	2	4	2	3	2	2	0	0	0
	Oseania	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Sør- og Mellom-Amerika	15	9	8	14	13	14	11	5	9	12
	Ukjent utland	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Smittemåte											
	Heteroseksuelt	130	138	120	115	101	100	66	58	138	153
	Homoseksuelt	107	70	87	88	73	61	63	36	59	71
	Sprøytebruk	7	8	8	7	6	8	8	4	24	31
	Annen	1	0	0	0	0	1	0	0	1	8
	blodeksponering										
	Mor/barn	3	2	2	2	6	2	0	4	5	12
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ukjent	1	3	3	1	5	0	0	0	18	57
Smittested											
	Norge	68	66	57	55	35	28	29	15	22	24
	Utlandet	178	153	162	157	156	143	107	87	223	308
	Ukjent	3	2	1	1	0	1	1	0	0	0
CD4 tall											
	<200	0	0	0	0	0	34	27	29	44	46
	200-349	0	0	0	0	0	13	7	14	32	38
	350-499	0	0	0	0	0	15	19	16	34	64
	+500	0	0	0	0	1	16	48	42	127	169
	Ukjent	249	221	220	213	190	94	36	1	8	15
Totalt antall tilfeller		249	221	220	213	191	172	137	102	245	332

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Tabell 19. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon, etter bostedsfylke på diagnosetidspunktet, Norge 2014 – 2023.

Bostedsfylke	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Agder	11	9	6	9	10	8	7	4	14	22
Akershus	17	27	23	19	26	18	14	12	26	14
Buskerud	8	9	14	12	7	9	3	8	14	17
Finnmark	5	3	1	4	3	2	1	1	7	8
Innlandet	14	8	2	5	10	7	4	6	11	22
Møre og Romsdal	8	5	12	6	8	6	2	3	12	18
Nordland	4	8	11	7	1	2	2	5	9	15
Oslo	98	71	83	70	67	48	50	25	62	64
Rogaland	18	13	18	21	18	18	13	14	29	38
Telemark	6	5	6	2	3	3	3	1	5	7
Troms	6	4	2	4	5	2	4	1	6	13
Trøndelag	14	20	5	20	5	9	10	8	12	17
Vestfold	6	8	7	3	1	9	1	1	6	13
Vestland	24	21	17	21	22	17	13	6	26	39
Østfold	9	10	13	10	5	14	10	6	6	24
Annet/ukjent fylke	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Totalt antall tilfeller	249	221	220	213	191	172	137	102	245	332

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Meldte tilfeller bosatt i Norge ved smittetidspunkt

Av de 332 tilfellene meldt i 2023 var 59 antatt smittet mens de var bosatt i Norge (enten fordi de er norskfødte eller etter innvandring til Norge) hvorav 34 (58 %) var norskfødte og 25 (42 %) var innvandrere smittet etter at de kom til Norge. Av de 59 tilfellene var 23 (39 %) smittet i Norge, 11 i Oslo og 12 i øvrige Norge. Årlig antall meldte tilfeller med angitt smittested Norge har gått ned med nær 67 % (68 tilfeller i 2014) i løpet av de siste 10 år (Tabell 20).

Tabell 20. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon for personer som er smittet mens de bodde i Norge etter alder, kjønn, fødeland, smittemåte, smittested og CD4 tall, Norge 2014 – 2023.

		Diagnoseår									
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Medianalder		41	45	39	40	39	42	37	45	50	43
(øvre-nedre kvartil)		(32 - 48)	(33 -56)	(30 -51)	(33 -50)	(32 -52)	(33 -55)	(32 -56)	(36 -55)	(38 -60)	(35 -58)
Kjønn											
	Mann	114	96	106	93	70	60	49	33	44	50
	Kvinne	15	14	17	11	11	10	9	2	9	9
Fødeland											
	Norge	93	83	89	73	58	53	37	23	37	34
	Utlandet	36	27	34	31	23	17	21	12	16	25
Smittemåte											
	Heteroseksuelt	47	52	50	47	32	33	22	16	29	30
	Homoseksuelt	77	51	66	55	44	33	34	18	21	29
	Sprøytebruk	3	5	6	1	2	4	2	1	2	0
	Annen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	blodeksponering										
	Mor/barn	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ukjent	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0
Smittested											
	Oslo	40	37	31	25	17	17	13	9	12	11
	Øvrige Norge	28	29	26	30	18	11	16	6	10	12
	Afrika	7	8	10	6	6	3	4	4	5	4
	Asia	26	23	27	25	17	18	11	9	15	17
	Europa	19	10	22	12	19	15	8	6	7	8
	Nord-Amerika	1	0	2	2	2	1	2	0	2	2
	Oseania	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Sør- og Mellom-	2	0	2	2	2	2	2	0	0	3
	Amerika										
	Ukjent utlandet	5	3	3	2	0	2	2	1	2	1
CD4 tall											
	<200	0	0	0	0	0	19	14	14	22	19
	200-349	0	0	0	0	0	9	5	3	6	7
	350-499	0	0	0	0	0	6	9	4	9	14
	+500	0	0	0	0	0	9	13	13	16	19
	Ukjent	129	110	123	104	81	27	17	1	0	0
Totalt antall tilfeller		129	110	123	104	81	70	58	35	53	59

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Menn som har sex med menn

Det ble i 2023 meldt 29 hivtilfeller blant msm smittet mens de var bosatt i Norge mot 21 tilfeller i 2022 (

Tabell 21). Av de 29 var 14 (48 %) født i Norge og 15 (58 %) var utenlandsfødte smittet etter at de kom til Norge.

Tabell 21 viser at av 29 hivtilfeller blant msm meldt i 2023, var 14 (48 %) angitt smittet i Norge og 15 (52 %) i utlandet. Antallet meldte tilfeller smittet i Oslo er redusert med vel 76 % de siste 10 årene (34 i 2014). De 6 tilfellene smittet utenfor Oslo ble smittet i kommuner i Østlandet og Vestlandet. Av de 15 som oppgis smittet i utlandet i 2023 er 4 smittet i Europa, 5 i Asia, 2 i Sør- og Mellom-Amerika, ett i Afrika og to i Nord-Amerika. Av de 14 norskfødte msm meldt i 2023 var syv tilfeller smittet i utlandet

Medianalder for de meldte hivpositive msm i 2023 var 39 år, uforandret fra 2022.

Indikasjonen for å ta hivtesten blant msm meldt i 2023 var for 10 etter pasientens eget ønske/initiativ, tre ble testet i forbindelse med annen rutineundersøkelse i kontakt med helsevesenet, 13 hadde kliniske symptomer på hivsykdom (hvorav tre hadde aids og fem

akutt hivinfeksjon), to ble testet i forbindelse med oppstart av PrEP og en ble påvist som ledd i smitteoppfølging.

Tabell 21. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon hos msm som er smittet mens de bodde i Norge etter alder, fødeland, smittested og CD4 tall, Norge 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Medianalder	39	41	34	38	36	42	34	42	42	39
(øvre-nedre kvartil)	(29 - 45)	(30 - 46)	(27 - 48)	(28 - 49)	(31 - 44)	(35 - 51)	(31 - 43)	(36 - 50)	(37 - 59)	(30 - 53)
Fødeland										
Norge	53	36	46	35	28	25	20	9	13	14
Utlandet	24	15	20	20	16	8	14	9	8	15
Ukjent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Smittested										
Oslo	34	26	27	22	12	12	9	8	7	8
Øvrige Norge	16	12	9	15	9	6	11	6	4	6
Afrika	1	3	2	1	0	1	1	0	1	1
Asia	4	2	5	4	5	1	3	1	3	5
Europa	15	6	19	10	14	10	7	3	5	4
Nord-Amerika	1	0	1	2	2	0	2	0	1	2
Oseania	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	0	0	1	1	2	2	1	0	0	2
Ukjent utlandet	5	2	2	0	0	1	0	0	0	1
CD4 tall										
<200	0	0	0	0	0	5	5	4	8	6
200-349	0	0	0	0	0	6	4	2	3	4
350-499	0	0	0	0	0	3	8	2	5	8
+500	0	0	0	0	0	3	8	9	5	11
Ukjent	77	51	66	55	44	16	9	1	0	0
Totalt antall tilfeller	77	51	66	55	44	33	34	18	21	29

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Heteroseksuell smitte

I 2023 ble det meldt 30 personer (21 menn og 9 kvinner) heteroseksuelt smittet mens de var bosatt i Norge (mot 29 tilfeller i 2022). Av de 30 i denne gruppen var 20 (67 %) født i Norge, mens 10 var utenlandsfødte smittet etter ankomst Norge. Av de 30 tilfellene ble ni smittet i Norge og 21 i utlandet. For mennene er Thailand fortsatt det vanligste smittested i utlandet med 9 tilfeller i 2023, mot 10 tilfeller i 2022.

Median alder var 54 år for menn og 54 år for kvinner. Av de 30 ble 15 testet på bakgrunn av kliniske symptomer og tegn på hivinfeksjon (hvorav syv hadde aids og to hadde akutt hivinfeksjon). En ble testet på grunn av immunsvekkende tilstand/behandling, to ble testet som ledd i smittesporing og seks ble testet ifm. annen rutineundersøkelse i kontakt med helsevesenet og annen rutineundersøkelse (ikke angitt). Tre ble testet etter eget ønske og initiativ og tre ble påvist ved annen/uspesifisert indikasjon.

Tabell 22. Hivinfeksjon hos heteroseksuell som er smittet mens de bodde i Norge etter alder, fødeland, smittested og CD4 tall, Norge 2014 – 2023.

		Diagnoseår									
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Medianalder (øvre-nedre kvartil)		45 (34-56)	52 (40-60)	48 (37-55)	44 (35-57)	48 (35-56)	45 (32-56)	57 (34-64)	52 (35-64)	51 (41-60)	54 (42-61)
Kjønn											
	Mann	33	40	37	36	23	23	13	14	21	21
	Kvinne	14	12	13	11	9	10	9	2	8	9
Fødeland											
	Norge	35	40	37	36	25	26	15	13	21	20
	Utlandet	12	12	13	11	7	7	7	3	8	10
Smittested											
	Oslo	6	8	2	3	3	4	4	0	4	3
	Øvrige Norge	8	14	14	14	8	3	3	0	5	6
	Afrika	6	5	8	4	6	2	3	4	4	3
	Asia	21	21	22	21	11	17	8	8	11	12
	Europa	4	4	2	2	4	4	1	3	2	4
	Nord-Amerika	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
	Oseania	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Sør- og Mellom-Amerika	2	0	1	1	0	0	1	0	0	1
	Ukjent utlandet	0	0	0	2	0	1	2	1	2	0
CD4 tall											
	<200	0	0	0	0	0	8	5	3	7	8
	200-349	0	0	0	0	0	7	2	2	5	3
	350-499	0	0	0	0	0	4	2	3	5	8
	+500	0	0	0	0	0	4	6	8	12	11
	Ukjent	47	52	50	47	32	10	7	0	0	0
Totalt antall tilfeller		47	52	50	47	32	33	22	16	29	30

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Meldte tilfeller smittet før innvandring til Norge

Fra våren 2022 har krigen i Ukraina ført til betydelig økning i antall flyktninger til nabolandene og videre ut i Europa. I 2022 kom det 35 920 flyktninger til Norge, mens det kom 36 461 i 2023 [5].

Det ble i 2023 påvist 170 hiv-positive, 82 kvinner og 88 menn fra Ukraina. Medianalderen for kvinnene var 40 år og for mennene 42 år. Av de 170 tilfellene var hele 80 % kjent hiv-positive og på gjennomgående god hivbehandling fra hjemlandet. Disse representerer derfor i liten grad smittevernmessige utfordringer i Norge, men må i likhet med andre hiv-positive ha regelmessig oppfølging ved infeksjonsmedisinske poliklinikker. De fleste av de

170 hivpositive anslås smittet heteroseksuelt (44 %), en del ved tidligere sprøytebruk (17 %), men for mange (31 %) er smittebakgrunnen uklar og ligger mange år tilbake i tid. Som for alle innvandrere med kjent hiv fra hjemlandet har vi anmodet de mikrobiologiske laboratoriene og legene om å melde til MSIS alle som diagnostiseres med hiv i Norge uansett om de er kjent hiv-positive fra hjemlandet eller er nyoppdaget i Norge. Dette for å få full oversikt over totalt antall hiv-positive som diagnostiseres i Norge.

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

Tabell 23. Antall meldte tilfeller av hivinfeksjon for personer som er smittet før ankomst i Norge etter alder, kjønn, fødeland, smittemåte, CD4 tall og hivstatus kjent fra før, Norge 2014 – 2023.

		Diagnoseår									
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Medianalder		33	33	36	34	37	35	39	37	39	40
(øvre-nedre kvartil)		(28 - 40)	(28 - 40)	(30 - 43)	(28 - 40)	(29 - 42)	(29 - 44)	(32 - 46)	(29 - 44)	(33 - 44)	(33 - 47)
Kjønn											
	Mann	70	49	51	62	52	52	42	31	92	155
	Kvinne	50	62	46	47	58	50	37	36	100	118
Fødeland											
	Afrika	66	59	47	48	46	44	20	34	33	39
	Asia	19	25	22	23	27	23	16	14	16	16
	Europa	24	19	20	24	23	18	32	15	133	206
	Nord-Amerika	1	2	3	2	2	2	2	0	0	0
	Oseania	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Sør- og Mellom-Amerika	10	6	5	12	12	14	9	4	9	11
	Ukjent utlandet	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Smittemåte											
	Heteroseksuelt	83	86	70	68	69	67	44	42	109	123
	Homoseksuelt	30	19	21	33	29	28	29	18	38	42
	Sprøytebruk	4	3	2	6	4	4	6	3	22	31
	Annen	0	0	0	0	0	1	0	0	1	8
	blodeksponering										
	Mor/barn	3	2	2	2	4	2	0	4	5	12
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ukjent	0	1	2	0	4	0	0	0	17	57
C4 tall											
	<200	0	0	0	0	0	15	13	15	22	27
	200-349	0	0	0	0	0	4	2	11	26	31
	350-499	0	0	0	0	0	9	10	12	25	50
	+500	0	0	0	0	1	7	35	29	111	150
	Ukjent	120	111	97	109	109	67	19	0	8	15
Kjent positive fra før											
	Ja	46	40	33	48	52	51	47	38	152	215
	Nei	57	57	46	35	36	31	23	19	39	45
	Ukjent	17	14	18	26	22	20	9	10	1	13
Totalt antall tilfeller		120	111	97	109	110	102	79	67	192	273

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet

Menn som har sex med menn

Det ble i 2023 påvist 42 hivtilfeller blant msm smittet før ankomst til Norge mot 38 tilfeller i 2022 (Tabell 23). Av de 42, 23 (55 %) var født i Europa, 9 (21 %) i Asia, 8 (19 %) i Sør- og Mellom-Amerika, og 2 (5 %) i Afrika. Median alder var 35 år.

Indikasjonen for å ta hivtesten blant msm smittet før ankomst i Norge meldt i 2023 var for 11 etter pasientens eget ønske/initiativ, 7 ble testet i forbindelse med rutineundersøkelse av innvandrere, 15 ble påvist som ledd i med annen rutineundersøkelse i kontakt med helsevesenet, 6 hadde kliniske symptomer på hivsykdom (hvorav en akutt hivinfeksjon), en

ble testet i forbindelse med oppstart av PrEP og to ble påvist ved annen/uspesifisert indikasjon.

Heteroseksuell smitte

Et stort flertall (75 %) av heteroseksuelt smittede som påvises hivpositive i Norge, er personer av utenlandsk opprinnelse. Denne gruppen består i hovedsak av personer som kommer til Norge som asylsøkere eller gjennom familiegjennforening. I 2023 ble det diagnostisert 123 nye hivtilfeller i denne gruppen (79 kvinner og 44 menn), mot 109 tilfeller i 2022. Av de 123, 84 (68 %) var født i Europa, 33 (27 %) i Afrika, 5 (5 %) i Asia, 1 (1 %) i Sør- og Mellom-Amerika. Median alder var 40 år for menn og 41 år for kvinner.

Av de 123 ble 92 tilfeller testet på bakgrunn av rutineundersøkelse av innvandrere, 9 ble påvist som ledd i annen rutineundersøkelse i kontakt med helsevesenet, 7 ble testet etter eget ønske og initiativ, 8 hadde kliniske symptomer og tegn på hivinfeksjon (hvorav en hadde aids og en akutt hivinfeksjon). Fire ble testet som ledd i smittesporing og tre ble påvist med annen/uspesifisert indikasjon. 78 (70 %) ble testet hiv-positive innen seks måneder etter ankomst Norge.

Personer som injiserer rusmidler

Det ble meldt 31 tilfeller i denne gruppen i 2023, 8 kvinner og 23 menn. Alle tilfellene er innvandrere smittet før de kom til Norge. Medianalder var 47 år (nedre og øvre kvartil: 42–52 år) for menn og 43 år (nedre og øvre kvartil: 40–48 år) for kvinner.

Mor-barn smitte

Det ble i 2023 meldt 12 tilfeller av mor-barn smitte, alle smittet i utlandet før innvandring til Norge.

Meldte tilfeller av aids

I tillegg til hiv-infeksjon er aids en selvstendig nominativt meldepliktig tilstand som skal meldes i henhold til den europeiske aidsdefinisjonen av 1992. FHI er også forpliktet til å rapportere aidsdata videre til ECDC og derfra videre til WHO og UNAIDS.

Etter at den moderne og effektive hivbehandlingen kom i 1997 sluttet langt på vei infeksjonsmedisinerne å melde aidsdiagnosen. Bakgrunnen var bl.a. at de ikke ønsket å belaste pasientene med en så stigmatisert og alvorlig diagnose når de visste at hivbehandlingen som regel ville bringe pasienten ut av sitt aidsstadium og med en god prognose fremover. De fleste aidsmeldinger de siste 20 årene er initiert av FHI der vi på bakgrunn av hivmeldingen ser at pasienten trolig fyller aidskriteriene og dermed også anmoder om en aidsmelding. Likevel ser vi at det er betydelig underrapportering av aidstilfeller og ber infeksjonsavdelingene om å melde alle aidstilfeller i henhold til meldekriteriene. Aids kan meldes på det vanlige msis-meldeskjemaet, men da med angivelse av indikatorsykdommen(e) som gir aidsdiagnosen. Dersom hiv og aids diagnostiseres samtidig kan aids meldes på hivmeldingen med angivelse av grunnlaget for aidsdiagnosen.

Aidsdiagnosen har nå fått stor betydning for å estimere antall udiagnostiserte hivtilfeller og inngår i all matematisk modellering når det gjelder hivsituasjonen. Ev. behandlingssvikt hos

diagnostiserte hiv-positive kan også synliggjøres gjennom pålitelig aidsmeldedekning. FHI vil derfor fremover prioritere å bedre aidsovervåkingen.

Av de 168 aidstilfellene meldt siste 10 år er 116 (69 %) menn og 44 (31 %) kvinner. Av de 168 aidstilfellene er 68 (40 %) født i Norge, 39 (23 %) i Asia, 29 (17 %) i Europa, 27 (16 %) i Afrika og fem (3%) i Amerika. Av de 19 tilfellene meldt i 2023 er medianalderen 52 år. De som nå utvikler aids rekrutteres typisk fra det såkalte mørketallet av hivtilfeller, dvs fra de udiagnostiserte. FHI har tidligere ved hjelp av matematisk modellering estimert dette til å være i intervallet 350 – 500 hivtilfeller i Norge i 2018 [6]. Mange av aidstilfellene som er meldt de senere årene har åpenbart gått lenge med ulike hivrelaterte symptomer uten å bli fanget opp av helsetjenesten. Median CD4-tall ved aidsdiagnosetidspunkt for de meldte tilfellene siste to årene var 30 og 76. I siste 10-årsperiode er *Pneumocystis jirovecii* pneumoni (PCP) hyppigste aidsdefinerende diagnose med om lag 49 % av tilfellene. For aidstilfellene meldt i 2022 og 2023, er *Pneumocystis jirovecii* pneumoni (PCP) hyppigste aidsdefinerende diagnose med om lag 36 % av tilfellene.

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

Overvåking av antiviral resistens

Nasjonalt referanselaboratorium for hiv ved Oslo universitetssykehus, Ullevål har ansvar for å utføre eller videreføre mikrobiologiske undersøkelser på vegne av andre laboratorier i Norge, samt tilby råd, informasjon og tilbakemeldinger vedrørende hiv-diagnostikk, rutiner og anbefalinger. Data fra overvåkingen av resistens mot antivirale midler oppsummeres årlig i Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN) rapporten [7].

Vurdering og tiltak

Hiv-situasjonen er nå preget av et stort antall hiv-positive flyktninger/innvandrere som kommer til Norge. Det ble i 2023 meldt 332 hivtilfeller (melderate 6,0/100 000) i Norge mot 245 i 2022. De fleste (90 %) var født i utlandet og 273 (82 %) smittet før innvandring til Norge. Fra Ukraina alene kom det 36 461 flyktninger i 2023 og det ble påvist 170 hiv-positive totalt fra Ukraina. 80 % av disse var kjent hiv-positive og under hivbehandling fra hjemlandet (se eget avsnitt om Ukrainasituasjonen over). Også blant de øvrige 103 innvandrere smittet før ankomst Norge var andelen kjent hiv-positiv høy, 79 %. Ettersom disse er testet på nytt i Norge og inngår i laboratorienes og helsetjenestens årsstatistikk for diagnostiserte hivpositive inkluderes de i den norske hivstatistikken.

Totalt er det meldt 7 457 hivpositive i Norge siden 1984, 4 990 menn og 2 467 kvinner, og det lever om lag 5 100 med diagnosen i Norge i dag. Det er fortsatt stabil, lav hivforekomst blant personer som injiserer rusmidler, blant norskfødte kvinner og blant ungdom. Mest utsatt for hivsmitte er fortsatt msm og heteroseksuelle menn på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia.

Tidlig diagnostikk, raskest mulig oppstart med antiretroviral behandling av hiv-infeksjon og tilbud om forebyggende medikamentell behandling (PrEP) til spesielt risikoutsatte er fortsatt de viktigste forebyggende tiltakene. Kondombruk er likevel det viktigste primærforebyggende tiltak også fordi det beskytter mot andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Hiv skal elimineres som folkehelseproblem jf. de globale bærekraftsmålene og WHO sin strategiplan [8]. Med 'eliminering' menes reduksjon av smitte og sykdom til et så lavt nivå at det ikke lenger utgjør et problem for folkehelsen. Et viktig delmål er å nå det såkalte 95-95-95 målet innen 2025. Dvs. at 95 % av landets hivsmittede skal være diagnostisert, 95 % av disse skal stå på hivbehandling og igjen at 95% av disse være fullt virussupprimert. Norge oppnådde de tilsvarende 90-90-90 målet for 2020, da et estimert 90–93 % av personer som lever med hiv var diagnostisert, 98 % av disse var på behandling og 96 % av disse var virussupprimert [6]. Nyere data foreligger ikke.

Gjennom de siste 10 årene frem til 2022 har det vært en jevn nedgang i antall hiv-positive diagnostisert i Norge. Nedgangen ble forsterket under pandemien i 2020–21. I 2022–23 ble imidlertid hivsituasjonen preget av et stort antall hiv-positive flyktninger/innvandrere som kom til Norge. Om lag 80 % av disse er imidlertid kjent hiv-positive fra hjemlandet, står på god hiv behandling og representerer derfor få smittevernmessige utfordringer i Norge. Selv om antall meldte hivtilfeller smittet mens de var bosatt i Norge har gått opp de siste to årene antar vi at langtidstrenden med nedgang i antall hivtilfeller i den norske populasjon fortsetter. Det er fortsatt stabil, lav hivforekomst blant personer som injiserer rusmidler, blant norskfødte kvinner og blant ungdom. Mest utsatt for hivsmitte er fortsatt menn som har sex med menn, spesielt utenlandsfødte menn, og heteroseksuelt smittede menn på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia. Av de 332 hivpositive meldt i 2023 er kun 24 antatt smittet i Norge, en nedgang på 67 % i løpet av de siste 10 år. De epidemiologiske data indikerer at det nå er relativt få aktive smittekilder i Norge og det er et mål å diagnostisere og tilby behandling til disse. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt hvert nyoppdaget hivtilfelle som er smittet i Norge er viktigere enn noen gang for å komme videre i hivforebyggingen. Koronasporingsarbeidet har gitt helsetjenesten nyttige erfaringer som også kan anvendes i smitteoppsporingen ved hiv og andre alvorlige seksuelt overførbare infeksjoner.

Menn som har sex med menn

Msm har helt siden 80-tallet vært den mest utsatte gruppe for hivsmitte i Norge. Nedgangen i påviste hivtilfeller de senere årene blant msm bosatt i Norge kan nå tyde på at forebyggingstiltak som hyppig hivtesting i de mest risikoutsatte miljøene, rask igangsatt og effektiv behandling av alle nydiagnostiserte samt medikamentell profylakse til risikoutsatte (PrEP) gir effekt. PrEP-oppfølgingsprogrammet medfører at mange risikoutsatte msm regelmessig testes for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Lavterskeltilbud for hivtesting både i og utenfor den ordinære helsetjenesten er fortsatt viktige for å nå ut til personer med høy smitterisiko og som av ulike grunner velger å ikke teste seg i den ordinære helsetjenesten. Selv om antall nysmittete med hiv er redusert, har forekomsten av gonorré og syfilis blant msm økt kraftig de senere årene. Dette tyder på fortsatt risikofylt sex blant msm både i Norge og i utlandet. De mulige negative effektene av medikamentstrategien mot hiv må motvirkes med informasjon om smitterisiko for andre seksuelt overførbare infeksjoner og økt kondombruk. Gonorré og syfilis er i seg selv potensielt alvorlige sykdommer som må forebygges. Spesielt er økende antibiotikaresistens en alvorlig trussel. Andelen utenlandsfødte hivpositive msm har vært økende de siste årene og har av den grunn vært en prioritert målgruppe for forebygging. Kulturelle og språklige barrierer kan gjøre det vanskelig å nå ut med informasjon om forebyggende tiltak og tilbud om helseundersøkelser. Denne gruppen må derfor fortsatt gis høy prioritet i

forebyggingsarbeidet, inkludert tilbud om testing, tidlig behandling og vurdering for PrEP. Msm bør jevnlig tilbys samtale om seksuell helse, undersøkelse for å avdekke seksuelt overførbare infeksjoner når de oppsøker fastlege eller andre helsetjenestetilbud. Helsetjenesten bør kunne tilby veiledning om PrEP til de som praktiserer usikker sex. Seksuelt aktive msm oppfordres til å sjekke seg årlig, og menn med flere partnere/hyppig partnerskifte bør undersøke seg oftere.

Heteroseksuelt smittede

Bortsett fra nedgangen under pandemien har hivsituasjonen blant heteroseksuelt smittede menn de var bosatt i Norge holdt seg relativt stabil de siste 10 årene. Det er fortsatt norske menn som har ubeskyttet sex i utlandet, særlig i Thailand som dominerer gruppen. Antall meldte tilfeller blant kvinner bosatt i Norge er fortsatt lav. Flertallet av aidstilfellene meldt de senere årene er blant heteroseksuelt smittede og en stor andel av disse ble først først diagnostisert med hiv da de hadde utviklet aids. Flere har hatt symptomer på langtkommen hivinfeksjon i lengre tid uten at diagnosen ble stilt. Blant heteroseksuelle har bevisstheten om mulig hivrisiko og hivtestandelen vært lavere enn blant msm. FHI har tidligere estimert at vi har om lag 350–500 udiagnostiserte hivpositive i Norge hvorav 100–150 «norske» heteroseksuelt smittede. Disse vil fremover i økende grad utvikle symptomgivende hivinfeksjon og både helsetjenesten og personer som kan ha hatt hivsmitterisiko bør være bevisst en mulig hivinfeksjon.

Økt bevissthet om smitterisiko, sykdomstegn, kondombruk og tidlig diagnostikk er fortsatt de viktigste forebyggende tiltak også blant heteroseksuelle. I tillegg bør PrEP vurderes til heteroseksuelle med høy risikoatferd, f.eks. menn som har regelmessig ubeskyttet sex i Thailand eller andre høyendemiske områder for hiv. Innvandrere fra land med høy forekomst av hiv utgjør sammen med msm fortsatt den største gruppen av personer som lever med hiv i Norge. I likhet med msm må innvandrere fortsatt gis høy prioritet i forebyggingsarbeidet. Det er en målsetting at alle nyankomne asylsøkere og familiegjennforente tilbys hivtest innen tre måneder etter ankomst Norge. Se [helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere/flyktninger](#). FHI har publisert en [liste](#) over land med høy forekomst av hiv, og spesielt innvandrere som kommer fra disse landene bør tilbys hivtesting. Innvandrerkvinner har vist seg å være en særlig utsatt gruppe for hivsmitte i Norge. Høy testoppslutning i utsatte innvandrergrupper i Norge er en forutsetning både for forebygging av smitte og for å sikre god epidemiologisk overvåking. Retningslinjer for hivbehandling, bruk av PrEP og betalingsordningen finnes her:

[Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv \(Norsk forening for infeksjonsmedisin\)](#)

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

7 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. Meldingskriteriene har stort sett vært uendret siden den tiden. Akutt hepatitt B er nysmitte innen siste 6 måneder. Kronisk hepatitt B defineres som en infeksjon som varer i mer enn 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 22.03.2024.

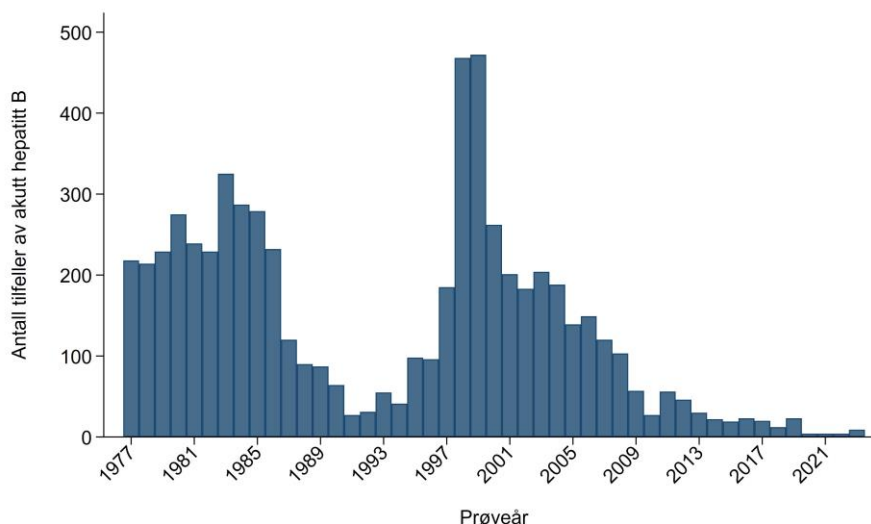
Bakgrunn

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

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

Meldte tilfeller av akutt hepatitt B

I 2023 ble det meldt ni tilfeller av akutt hepatitt B, etter at det i de tre foregående år har blitt meldt fire tilfeller årlig (Figur 10). Medianalder var 46 år (nedre og øvre kvartil: 30 – 66 år), og åtte (89 %) tilfeller var menn. Smittemåte var rapportert for åtte, hvorav fem smittet heteroseksuelt, ett homoseksuelt, ett via sprøytebruk og ett annet blodeksponering (for eksempel stikkskade). Fire tilfeller var rapportert smittet i Norge og fem i utlandet. Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.

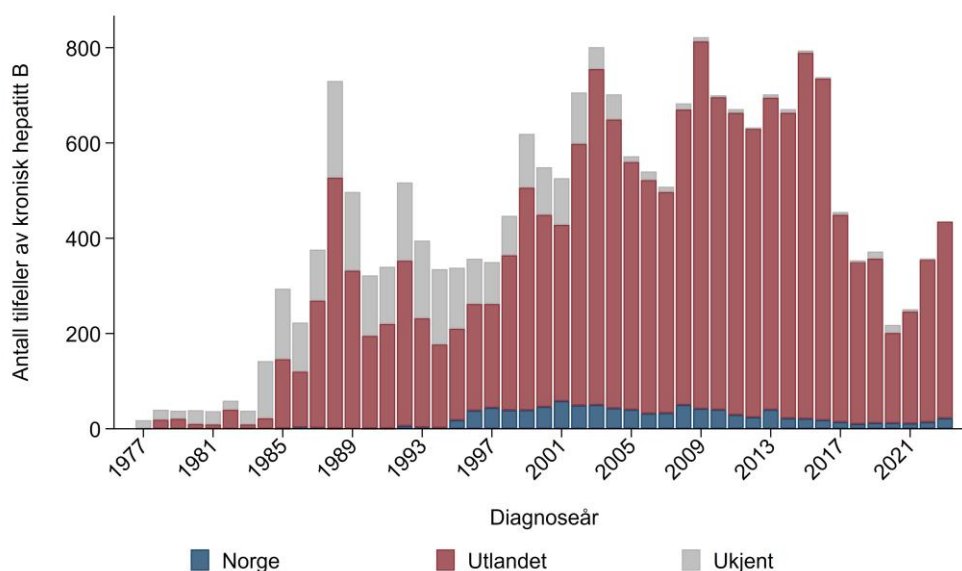


Figur 10. Antall meldte tilfeller av akutt hepatitt B, etter diagnoseår, Norge, 1977 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller av kronisk hepatitt B

Totalt ble 435 tilfeller av kronisk hepatitt B meldt i 2023, en økning fra 357 i 2022 og 251 i 2021 (Figur 11, Tabell 24, Tabell 25). Meldte tilfeller fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke, fødeland, smittested og smitemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 24 og Tabell 25. De fleste var født og smittet i utlandet. Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](https://statistikkbank.msis.no/), som oppdateres daglig.



Figur 11. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår og smittested, Norge, 1977 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Tabell 24. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødeland, smittested og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 671	2015, N = 794	2016, N = 738	2017, N = 455	2018, N = 352	2019, N = 372	2020, N = 218	2021, N = 251	2022, N = 357	2023, N = 435
Medianalder	30	30	31	34	35	34	36	38	40	39
(øvre-nedre kvartil)	(25 - 38)	(22 - 37)	(24 - 38)	(28 - 44)	(29 - 44)	(29 - 44)	(30 - 45)	(31 - 48)	(33 - 49)	(33 - 46)
Kjønn										
Mann	417	554	510	277	192	200	110	154	208	250
Kvinne	230	240	228	178	160	172	108	97	149	185
Ukjent	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fødeland										
Norge	30	26	25	22	13	18	14	12	16	23
Utlandet	572	665	629	396	306	312	186	226	325	403
Ukjent	69	103	84	37	33	42	18	13	16	9
Smittested										
Oslo	2	1	2	2	0	2	4	1	4	3
Øvrige Norge	20	20	16	12	10	10	8	10	10	19
Utlandet	641	768	717	435	341	345	189	235	341	413
Ukjent	8	5	3	6	1	15	17	5	2	0
Smittemåte										
Sprøytebruk	7	10	12	6	0	3	5	1	1	5
Annen blodeksponering ¹	3	0	0	2	0	1	2	8	6	13
Mor/barn	21	17	34	26	29	30	19	10	15	20
Seksuelt ²	6	2	5	4	4	3	9	6	9	11
Annet	0	0	2	1	0	0	6	7	7	5
Ukjent ³	634	765	685	416	319	335	177	219	319	381

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 11 registrert som smittet seksuelt i 2023 var 8 heteroseksuell smitte, og 3 seksuell smitte ikke nærmere angitt. Blant de totalt 58 registrert som smittet seksuelt i 2014 – 2023 var 31 heteroseksuell smitte, 8 homoseksuell smitte og 19 seksuell smitte ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Tabell 25. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, etter diagnoseår og bostedsfylke, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 671	2015, N = 794	2016, N = 738	2017, N = 455	2018, N = 352	2019, N = 372	2020, N = 218	2021, N = 251	2022, N = 357	2023, N = 435
Agder	49	48	64	23	11	20	8	15	15	29
Akershus	63	60	60	44	46	37	33	27	42	62
Buskerud	30	42	39	24	22	19	15	14	16	20
Finnmark- Finnmarku	14	11	10	7	1	5	1	3	7	8
Innlandet	40	31	48	13	21	21	14	8	27	30
Møre og Romsdal	9	23	15	13	5	11	4	6	3	12
Nordland	56	66	49	19	9	21	13	9	23	22
Oslo	139	106	123	99	99	78	47	64	69	67
Rogaland	45	85	57	41	40	36	24	33	42	42
Telemark	20	25	17	17	8	8	0	7	14	6
Troms	27	42	35	7	1	6	8	4	13	26
Trøndelag	55	52	69	61	29	30	8	11	8	34
Vestfold	20	25	22	21	8	16	14	6	8	16
Vestland	63	88	82	40	31	39	23	26	41	35
Østfold	40	90	48	26	21	25	6	14	19	22
Utenfor fastlands-Norge (Svalbard)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ukjent fylke	1	0	0	0	0	0	0	4	9	4

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter fødeland

Hepatitt B-epidemien i Norge er hovedsakelig konsentrert blant innvandrere fra land med høy prevalens. Under presenterer vi derfor mer detaljerte data om de meldte tilfellene etter fødeland. 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 lå rundt 40 – 60 år og majoriteten var menn smittet i Norge. Smittemåte var ofte ikke rapportert. I 2023 var smittemåte mor-barn smitte for åtte av 16 med kjent smittemåte (50 %) (Tabell 26). Blant de åtte var ett født etter at HBV-testing ble en del av rutineundersøkelsen for alle gravide i Norge i juni 2018.

Tabell 26. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, smittested og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 30	2015, N = 26	2016, N = 25	2017, N = 22	2018, N = 13	2019, N = 18	2020, N = 14	2021, N = 12	2022, N = 16	2023, N = 23
Medianalder	46	48	48	48	64	58	44	63	56	41
(øvre-nedre kvartil)	(27 - 54)	(40 - 59)	(39 - 56)	(34 - 61)	(35 - 71)	(47 - 66)	(22 - 70)	(59 - 69)	(36 - 65)	(33 - 62)
Kjønn										
Mann	23	19	22	18	8	13	9	8	13	17
Kvinne	7	7	3	4	5	5	5	4	3	6
Smittested										
Oslo	2	1	2	2	0	2	1	0	4	3
Øvrige Norge	19	20	16	12	10	10	8	10	9	19
Utlandet	3	1	4	2	2	2	2	2	2	1
Ukjent	6	4	3	6	1	4	3	0	1	0
Smittemåte										
Sprøytebruk	6	8	12	6	0	2	2	0	1	4
Annen blodeksponering ¹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mor/barn	8	3	2	4	2	2	0	2	0	8
Seksuelt ²	5	2	4	4	3	2	1	1	4	3
Annet	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Ukjent ³	11	13	7	8	8	12	10	8	11	7

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 29 registrert som smittet seksuelt i 2014 – 2023 var 11 heteroseksuell smitte, 6 homoseksuell smitte og 12 seksuell smitte ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, fødeland, smittested og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 27. De aller fleste var smittet i utlandet før innvandring til Norge.

Av de 403 meldte tilfellene blant personer født i utlandet i 2023 var hyppigste fødeland Ukraina (96, 24 %). Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina har økt fra fem eller færre per år før 2022 til 55 i 2022 og 96 i 2023. Medianalder blant de 96 var 42 år (nedre og øvre kvartil: 37–50 år) og 51 (53 %) var menn. I 2022 var medianalderen lik 2023 (41 år, nedre og øvre kvartil: 37–54 år), men majoriteten (35, 64%) var kvinner. Alle 96 meldt i 2023 var registrert smittet i utlandet før innvandring til Norge. Smittemåten var ukjent for 88 (92 %). Blant de åtte med kjent smittemåte var det rapportert om smitte via sprøytebruk, annen blodeksponering og seksuell smitte.

Etter Ukraina var de hyppigste fødeland i 2023 Syria (26), Filippinene (23), Den demokratiske republikken Kongo (19), Eritrea (15), Afghanistan (14) og Vietnam (14).

Tabell 27. Antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B blant personer født i utlandet, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødeland, smittested og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 572	2015, N = 665	2016, N = 629	2017, N = 396	2018, N = 306	2019, N = 312	2020, N = 186	2021, N = 226	2022, N = 325	2023, N = 403
Medianalder	30	30	31	34	35	34	36	38	39	39
(nedre-øvre kvartil)	(25 - 38)	(22 - 36)	(25 - 38)	(28 - 43)	(29 - 43)	(29 - 42)	(31 - 44)	(31 - 47)	(33 - 47)	(33 - 46)
Kjønn										
Mann	353	456	420	232	167	167	93	139	185	228
Kvinne	206	209	209	164	139	145	93	87	140	175
Ukjent	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fødeverdensdel										
Afrika	253	259	184	122	66	107	49	60	79	76
Asia	202	283	322	174	144	102	73	72	100	129
Europa	115	123	118	98	96	102	62	77	130	172
Nord-Amerika	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1
Oseania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sør- og Mellom-Amerika	1	0	5	0	0	1	1	1	2	2
Ukjent ¹	0	0	0	0	0	0	0	15	13	23
Smittested										
Oslo	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
Øvrige Norge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utlandet ²	570	665	629	396	306	308	170	220	324	403
Ukjent	2	0	0	0	0	4	13	5	1	0
Smittemåte										
Sprøytebruk	1	2	0	0	0	1	3	1	0	1
Annen blodeksponering ³	3	0	0	2	0	1	2	8	6	12
Mor/barn	13	13	30	22	26	28	19	8	15	12
Seksuelt	1	0	1	0	1	1	8	5	5	8
Annet	0	0	2	1	0	0	4	6	7	5
Ukjent ⁴	554	650	596	371	279	281	150	198	292	365

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ 'Ukjent' fødeverdensdel er tilfeller registrert som født i 'Utlandet'. ² 4 354/4 359 med kjent årsak til utenlandsopphold registrert som smittet før innvandring. ³ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ⁴ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Overvåking av antiviral resistens

Nasjonale referansefunksjoner for hepatitt 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 Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN) rapporten [7].

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 prevalens av hepatitt B. Data om dekning for hepatitt B-vaksine presenteres i barnevaksinasjonsprogrammet sine årsrapporter [9].

Vurdering og tiltak

Hepatitt B skal elimineres som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene, WHO sin strategiplan [8] og nasjonal strategi [10]. Med 'eliminasjon'

menes reduksjon av smitte og sykdom til et så lavt nivå at det ikke lenger utgjør et problem for folkehelsen. Insidensen og prevalsen av hepatitt B er lav i Norge. Flere tiltak bidrar til det, inkludert vaksinering og testing av personer som kan ha blitt utsatt for smitte [11, 12], blodgiverscreening, gode rutiner ved injeksjoner og blodprøvetaking for å hindre stikkuhell i helsevesenet, screening og oppfølging av gravide for hepatitt B, posteksponeringsprofylakse for barn født av mødre med hepatitt B, høy dekning av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet [9] og høy dekningen av skadereduserende tiltak (som legemiddelassistert rehabilitering og sprøyteutdeling) [13]. For å redusere byrden av hepatitt B i Norge videre er det viktig at disse tiltakene vedlikeholdes og forsterkes.

Trenden i antall meldte tilfeller av kronisk hepatitt B i Norge reflekterer i stor grad hvor mange innvandrere som årlig ankommer Norge fra høyendemiske land. Det forklarer økningen i meldte tilfeller blant personer født i Ukraina i 2022 og 2023. Rundt 72 000 flyktninger fra Ukraina søkte beskyttelse i Norge i 2022 og 2023 [5] og prevalensen av hepatitt B i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være ca. 1,3%, sammenlignet med 0,3% i Norge [14]. Det var en økning i antall menn som kom fra Ukraina i 2023 sammenlignet med 2022, mens det kom færre kvinner i 2023 enn i 2022 [15]. Dette kan forklare forskjellen i kjønnsfordelingen blant personer født i Ukraina og meldt med kronisk hepatitt B i 2023, sammenlignet med 2022. Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy prevalens av hepatitt B tilbys test. For asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente bør tilbudet gis i forbindelse med helseundersøkelsen tre måneder etter ankomst. 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 prevalens.

Noen tilfeller av hepatitt B blir hvert år meldt blant norskfødte. Blant de med kjent smitemåte var det i 2023 rapportert om mor-barn smitte, seksuell smitte og smitte via sprøytebruk eller annet blodeksponering. For å forebygge mor-barn smitte er det særlig viktig at alle gravide blir screenet for hepatitt B og får tilbud om behandling som indisert [16], og at alle barn født av mødre med hepatitt B får tilbud om posteksponeringsprofylakse, jf. nasjonale retningslinjer [16]. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt nyoppdagede tilfeller av akutt eller kronisk hepatitt B er viktig.

Det er viktig å fortsatt jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerutstyr og for overgang til andre måter å innta rusmidler. Til tross for høy dekning av skadereduserende tiltak, viser undersøkelser i Oslo at litt under 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr. Undersøkelsene tyder også på at det er behov for å øke vaksinasjonsdekningen i denne gruppen [13].

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

Alle diagnostisert med HBV-infeksjon i Norge bør følges opp i helsetjenesten for å forebygge videre smittespredning og alvorlig sykdom, jf. nasjonale retningslinjer [16]. Det foreligger foreløpig ikke data over insidensen av alvorlig leversykdom pga. hepatitt B i Norge, men personer meldt med kronisk hepatitt B har en medianalder rundt 40 år, en alder med gradvis økende risiko for leverskade. Per i dag tyder begrenset data på at for få diagnostiserte tilfeller i Norge følges opp av spesialist, at for få mottar behandling [13].

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

8 Hepatitt C

Infeksjon med hepatitt C virus (HCV) meldes nominativt fra helsetjenesten/lege med kliniske opplysninger (klinikermelding) og laboratorium. Hepatitt C har vært meldingspliktig til MSIS siden 1990. Meldingskriteriene for hepatitt C i MSIS har blitt endret flere ganger over tid. I perioden 1990 – 1991 ble alle personer med anti-HCV antistoff meldt som en prøveordning. I perioden 1992 – 2007 var kun akutt hepatitt C meldingspliktig. Fra 2008 var påvising av anti-HCV og/eller HCV-RNA meldingspliktig. Siden 2016 har bare påvising av HCV-RNA eller hepatitt C core-antigen, dvs. en påvist aktiv infeksjon, vært meldingspliktig. Fra MSIS får vi derfor ikke data over alle som noensinne har blitt diagnostisert med hepatitt C i Norge. Vi vet heller ikke hvor mange av de meldte tilfellene før 2016 med anti-HCV som test metode som hadde en aktiv infeksjon ved diagnose. Det skilles ikke mellom akutte og kroniske tilfeller. Personer som blir smittet på nytt etter gjennomgått infeksjon meldes som et nytt tilfelle. Dataene i denne rapporten er basert på et uttrekk fra MSIS 22.03.2024.

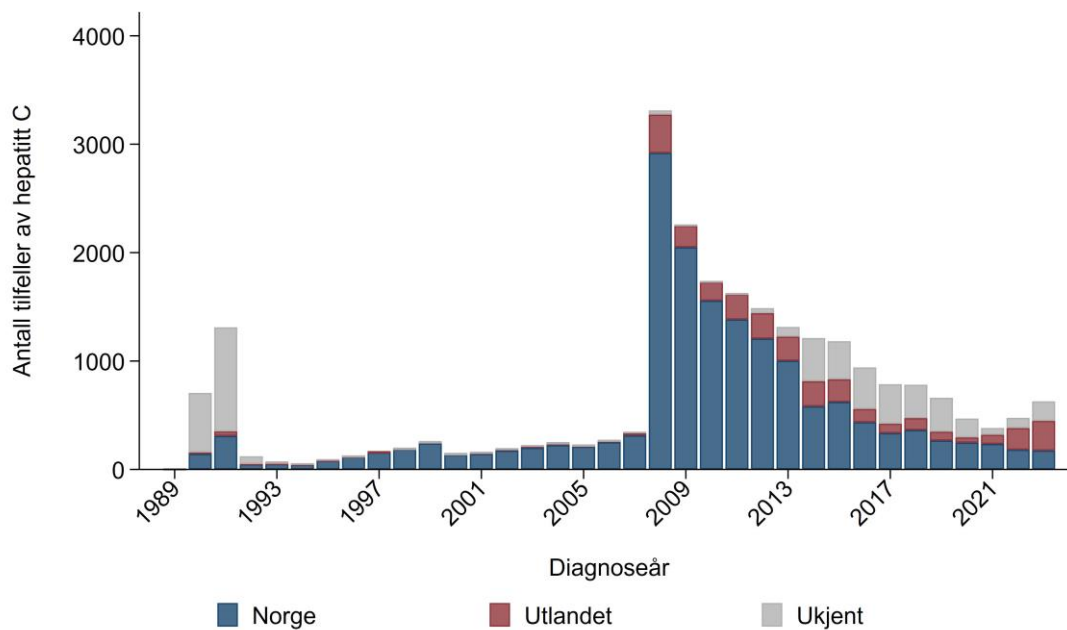
Bakgrunn

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

Trenden i meldte tilfeller av hepatitt C reflekterer hovedsakelig endringer i meldingskriterier over tid (se ovenfor) og at epidemien i Norge har vært konsentrert blant personer som noen gang har injisert rusmidler. Majoriteten av tilfellene er menn født i Norge og rapportert smittet i Norge via sprøytebruk. Ettersom effektiv, trygg og kortvarig behandling først ble gratis tilgjengelig for alle diagnostisert med hepatitt C i Norge i 2018 har prevalensen blant personer som injiserer rusmidler gått ned [13], og en økende andel av meldte tilfeller nå ses blant innvandrere fra land med høy prevalens.

Meldte tilfeller av hepatitt C

Totalt ble 628 tilfeller av hepatitt C meldt til MSIS i 2023, en økning fra 476 i 2022 og 382 i 2021 (Figur 12, Tabell 28, Tabell 29). Meldte tilfeller fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke, fødeland, smittested og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 28 og Tabell 29. En større andel av tilfellene meldt i 2023 (og 2022) var født og smittet i utlandet, sammenlignet med før 2022. I 2023 var 23 (3,6 %) av de meldte tilfellene registrert som reinfeksjoner. Dette er det høyeste antall registrerte reinfeksjoner så langt. Fra 2014 – 2022 var 0 – 16 reinfeksjoner registrert hvert år. Mer data etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og smittested er tilgjengelige på [MSIS statistikkbank](#), som oppdateres daglig.



Figur 12. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår og smittested, Norge, 1989 – 2023.

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 28. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår, alder, kjønn, fødeland, smittested og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 1 212	2015, N = 1 183	2016, N = 941	2017, N = 786	2018, N = 781	2019, N = 661	2020, N = 469	2021, N = 382	2022, N = 476	2023, N = 628
Medianalder (øvre-nedre kvartil)	41 (31 - 51)	42 (32 - 51)	45 (34 - 54)	45 (34 - 55)	43 (33 - 53)	45 (34 - 55)	46 (36 - 56)	45 (34 - 56)	46 (38 - 56)	45 (37 - 56)
Kjønn										
Mann	785	798	598	519	532	435	325	276	301	416
Kvinne	412	385	329	266	245	219	144	106	175	212
Ukjent	15	0	14	1	4	7	0	0	0	0
Fødeland										
Norge	856	865	697	594	554	473	357	261	224	243
Utlandet	339	305	222	176	208	168	103	116	247	368
Ukjent	17	13	22	16	19	20	9	5	5	17
Smittested										
Oslo	51	57	39	32	27	26	26	35	20	11
Øvrige Norge	531	565	396	303	336	240	221	200	162	164
Utlandet	231	209	122	87	110	82	48	85	199	276
Ukjent	399	352	384	364	308	313	174	62	95	177
Smittemåte										
Sprøytebruk	653	664	424	346	366	276	227	215	158	177
Annen blodeksponering ¹	65	63	53	44	35	29	13	10	20	32
Mor/barn	5	5	2	2	1	3	0	2	2	0
Seksuelt ²	39	34	23	14	20	21	19	16	22	11
Annet	1	1	0	1	0	6	9	4	2	3
Ukjent ³	449	416	439	379	359	326	201	135	272	405

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 11 registrert som smittet seksuelt i 2023 var 6 heteroseksuell smitte, og 5 seksuell smitte ikke nærmere angitt. Blant de totalt 219 registrert som smittet seksuelt i 2014 – 2023 var 67 heteroseksuell smitte, 47 homoseksuell smitte og 105 seksuell smitte ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Tabell 29. Antall meldte tilfeller av hepatitt C, etter diagnoseår og bostedsfylke, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 671	2015, N = 794	2016, N = 738	2017, N = 455	2018, N = 352	2019, N = 372	2020, N = 218	2021, N = 251	2022, N = 357	2023, N = 435
Agder	85	91	97	69	87	80	37	30	30	50
Akershus	83	91	77	73	54	56	48	37	45	49
Buskerud	60	61	31	29	33	36	27	22	25	30
Finnmark- Finnmarku	18	24	35	13	19	22	15	15	13	16
Innlandet	80	67	60	66	51	33	34	30	30	56
Møre og Romsdal	30	33	22	23	23	14	8	12	17	29
Nordland	68	49	50	32	26	32	30	22	27	53
Oslo	215	174	142	123	125	91	58	58	65	51
Rogaland	127	127	75	68	65	44	29	27	45	44
Telemark	40	38	33	38	42	40	37	23	36	17
Troms	33	30	82	44	37	39	24	15	21	49
Trøndelag	83	65	45	40	40	42	30	16	27	65
Vestfold	76	85	43	39	43	26	20	18	5	25
Vestland	126	165	61	66	86	48	42	21	50	52
Østfold	82	83	74	57	44	42	27	31	23	28
Ukjent fylke	6	0	14	6	6	16	3	5	17	14

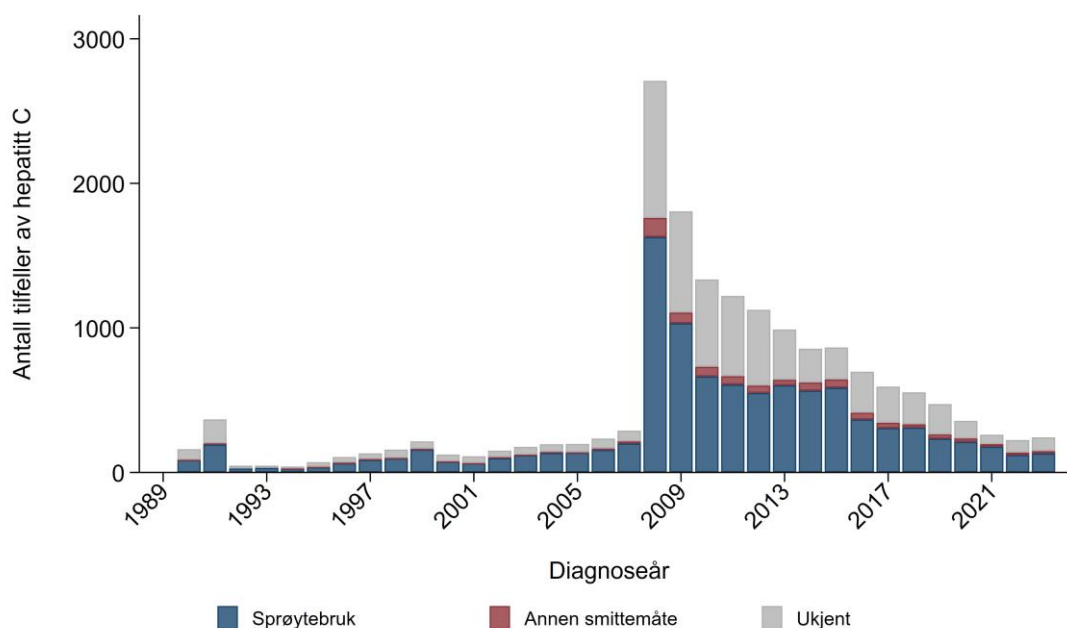
Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Meldte tilfeller etter fødeland

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

Meldte tilfeller blant personer født i Norge

I 2023 ble det meldt 243 tilfeller blant personer født i Norge. Dette er litt høyere enn 2022 (224), men trenden i meldte tilfeller av hepatitt C blant norskfødte har generelt vært nedadgående siden 2008 (Figur 13, Tabell 30). Som i tidligere år var majoriteten av de 243 meldte tilfellene i 2023 menn med en medianalder rundt 45 år og smittet i Norge via sprøytebruk (Tabell 30). Femten (6.2%) var under <25 år. Andel tilfeller <25 år gammel ved diagnosetidspunkt årlig har ligget mellom 4% – 10% siden 2016. Det var 21 (8.6%) registrerte reinfeksjon. I 2021 og 2022 var hhv. 9/224 og 3/261 meldte tilfeller blant norskfødte registrert som reinfeksjon.



Figur 13. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i Norge, etter diagnoseår og smitteåte, Norge, 1989 – 2023.

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 30. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i Norge, etter diagnoseår, alder, kjønn, smittested og smittemåte, Norge 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 856	2015, N = 865	2016, N = 697	2017, N = 594	2018, N = 554	2019, N = 473	2020, N = 357	2021, N = 261	2022, N = 224	2023, N = 243
Medianalder (nedre og øvre kvartil)	41 (32 - 51)	43 (33 - 51)	46 (34 - 54)	46 (34 - 55)	43 (33 - 53)	45 (34 - 55)	46 (35 - 55)	45 (32 - 57)	48 (36 - 57)	44 (33 - 58)
Kjønn										
Mann	572	589	456	408	385	315	252	186	158	161
Kvinne	284	276	241	186	169	158	105	75	66	82
Smittested										
Oslo	43	47	31	27	19	23	23	26	16	8
Øvrige Norge	494	530	366	286	314	219	211	193	155	150
Utlandet	17	21	14	14	10	6	6	3	6	8
Ukjent	302	267	286	267	211	225	117	39	47	77
Smittemåte										
Sprøytebruk	566	586	366	307	310	233	211	178	120	131
Annen blodeksponering ¹	25	25	25	22	7	13	7	3	4	10
Mor/barn	4	3	2	1	1	2	0	1	1	0
Seksuelt ²	26	29	20	12	15	13	12	13	11	5
Annet	1	0	0	1	0	2	5	1	1	2
Ukjent ³	234	222	284	251	221	210	122	65	87	95

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ² Blant de totalt 156 registrert som smittet seksuelt i perioden var 47 heteroseksuell smitte, 30 homoseksuell smitte og 79 seksuell smitte, ikke nærmere angitt. ³ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet

Meldte tilfeller blant personer født i utlandet fordelt på diagnoseår, alder, kjønn, fødeland, smittested og smittemåte for de siste 10 årene presenteres i Tabell 31. De aller fleste var smittet i utlandet før innvandring til Norge.

Blant de 367 meldte tilfellene født i utlandet i 2023 var hyppigste fødeland Ukraina (227, 62%). Antall meldte tilfeller blant personer født i Ukraina har økt fra 1–7 tilfeller i perioden 2016 – 2021 til 124 tilfeller i 2022 og 226 meldte tilfeller i 2023. Medianalderen blant de 227 meldt med fødeland Ukraina i 2023 var 45 år (nedre og øvre kvartil: 39–52 år) og 145 (64 %) tilfeller var menn. I 2022 var medianalderen lik 2023 (46 år, nedre og øvre kvartil: 40–55 år), men majoriteten (71, 57%) var kvinner. Av de 227 meldt i 2023 var alle registrert som smittet i utlandet før innvandring (185) eller hadde ukjent smittested registrert (42). Smittemåten var ukjent for 189 (84 %), sprøytebruk for 19 (8,4 %), annen blodeksponering for 15 (6,6 %) og seksuelt for 4 (1,8 %).

Etter Ukraina var de hyppigste fødeland i 2023 Russland (28), Litauen (17), Polen (14) og Latvia (10).

Tabell 31. Antall meldte tilfeller av hepatitt C blant personer født i utlandet, etter diagnoseår, alder, kjønn, smittested og smittemåte, Norge, 2014 – 2023.

	Diagnoseår									
	2014, N = 339	2015, N = 305	2016, N = 222	2017, N = 175	2018, N = 208	2019, N = 168	2020, N = 103	2021, N = 116	2022, N = 246	2023, N = 367
Medianalder (nedre og øvre kvartil)	39 (31 - 50)	41 (32 - 51)	41 (33 - 52)	43 (32 - 54)	42 (33 - 53)	45 (36 - 53)	45 (36 - 56)	44 (37 - 53)	45 (39 - 55)	45 (39 - 53)
Kjønn										
Mann	206	197	131	100	135	108	65	85	139	245
Kvinne	123	108	83	75	71	58	38	31	107	122
Ukjent	10	0	8	0	2	2	0	0	0	0
Fødeverdensdel										
Afrika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asia	45	32	26	24	13	13	17	9	9	8
Europa	80	84	48	52	51	42	18	15	24	21
Nord-Amerika	184	175	137	90	132	106	64	88	203	328
Oseania	14	8	2	3	5	3	1	0	1	2
Sør- og Mellom-Amerika	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ukjent ¹	15	6	8	6	7	4	3	3	2	4
Smittested										
Oslo	0	0	0	0	0	0	0	1	7	4
Øvrige Norge	8	10	8	5	8	3	3	9	4	3
Utlandet ²	37	34	30	16	21	21	10	6	7	13
Ukjent	202	180	101	69	95	71	40	81	191	267
Smittemåte										
Sprøytebruk	92	81	83	85	84	73	50	20	44	84
Annen blodeksponering ³	85	76	57	38	53	42	15	35	38	46
Mor/barn	40	38	27	20	28	15	6	7	16	22
Seksuelt	1	2	0	1	0	1	0	1	1	0
Annet	12	5	3	2	5	8	7	3	11	6
Ukjent ⁴	0	1	0	0	0	4	4	3	1	1

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet. ¹ 'Ukjent' fødeverdensdel er tilfeller registrert som født i 'Utlandet'. ² 1 207/1 277 med kjent årsak til utenlandsopphold registrert som smittet før innvandring. ³ For eksempel stikkskade eller blodtransfusjon. ⁴ Tilfellene uten kjent smittemåte reflekterer både manglende meldinger fra leger, men også tilfeller der smittemåte er vanskelig å avdekke for de smittede og meldende lege.

Behandlingsopptak

I Norge har behandling for hepatitt C vært gratis tilgjengelig for alle smittede siden 2018. En global målsetting for eliminasjon av hepatitt C som folkehelseproblem er at 80 % av personer noensinne diagnostisert med en aktiv hepatitt C infeksjon (RNA- eller antigenpåvisning) starter behandling [8, 17]. For å overvåke behandlingsopptak blant meldte tilfeller av hepatitt C har Folkehelseinstituttet en pågående registerkoblingsstudie, med data fra MSIS, Legemiddelregistret, Dødsårsaksregistret og Folkeregistret.

Den seneste koblingen inkluderte 22 048 tilfeller av hepatitt C meldt frem til slutten av 2022. Av disse var 17 013 (77 %) registrert som fortsatt bosatt ved utgangen av 2022, hvorav 12 178 (72 %) diagnostisert ved RNA- eller antigenpåvisning, 4 361 (26 %) ved antistoffpåvisning og 474 (2,8 %) med ukjent testmetode. Blant de 12 178 diagnostisert ved RNA- eller antigenpåvisning, hadde 10 091 (83 %) mottatt behandling for hepatitt C innen utgangen av februar 2023 (siste tilgjengelige behandlingsdata i datasettet), dvs. over WHOs eliminasjonsmålsetting. Det var minimale forskjeller i behandlingsopptak etter diagnoseår, alder, kjønn, bostedsfylke og fødeland. Blant de 4 361 diagnostisert ved antistoffpåvisning

hadde 1 532 (35 %) fått behandling og blant de 474 med ukjent testmetode hadde 146 (31 %) fått behandling.

For behandlede tilfeller diagnostisert fra januar 2021 til august 2022 (minimum 6 måneders oppfølgings data om behandling, 489 tilfeller), var median antall måneder fra diagnose til behandlingsstart 3 (nedre og øvre kvartil: 2–5).

En mer omfattende analyse av dataene i denne koblingen vil bli publisert etter hvert. For data fra koblingen frem til 2018, se den nasjonale statusrapporten publisert i 2023 [13].

Hepatitt C-relaterte dødsfall

En eliminasjons målsetting er at insidensen av hepatitt C relaterte dødsfall må være <2 per 100 000. WHO definerer 'hepatitt C relatert' som 'lever-relatert dødelighet pga. HCV' [17]. For å overvåke fremskritt mot det målet har Folkehelseinstituttet en pågående registerkoblingsstudie mellom MSIS, Dødsårsaksregisteret og Folkeregistret.

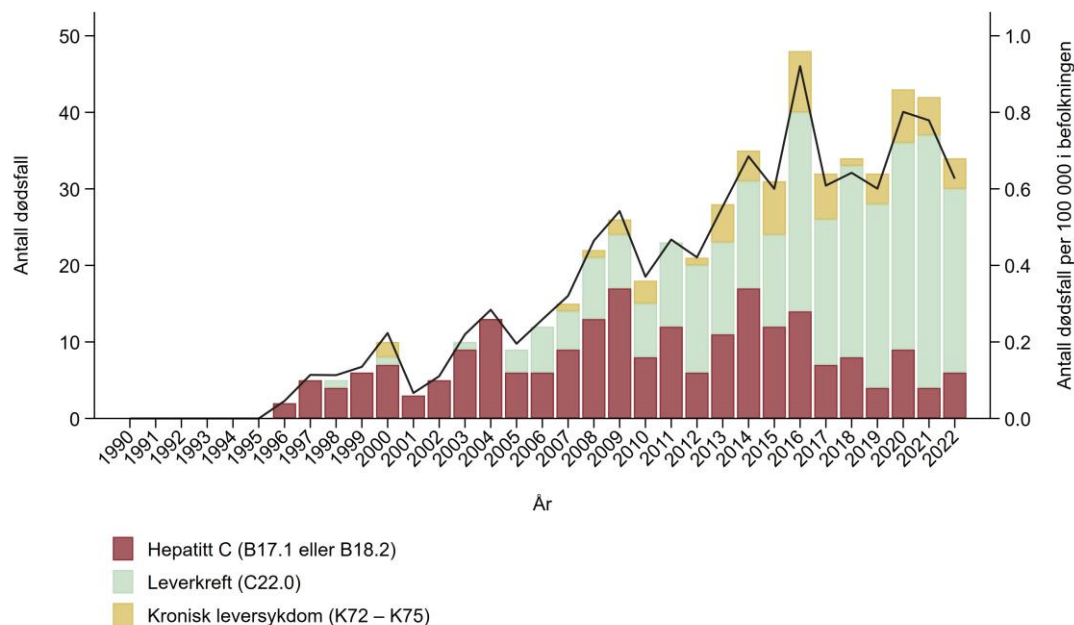
Den seneste koblingen inkluderte data frem til utgangen av 2022. Utvalget inkluderer tilfeller av hepatitt C registrert i MSIS og de som ikke er registrert i MSIS, men som hadde en ICD-10-kode for hepatitt C (B17.1, B18.2 eller B19.2) registrert på dødsattesten (uansett diagnose posisjon).

Vi definerte 'hepatitt C-relaterte dødsfall' som dødsfall i kohorten med én av følgende underliggende dødsårsak:

- HCV-infeksjon (B17.1, B18.2 og B19.2),
- Levercellekarsinom (C22.0),
- Leversvikt (K72),
- Kronisk hepatitt (K73),
- Fibrose og skrumplever (K74),
- Andre inflammatoriske leversykdommer (K75).

Vi regner alle hepatitt C-tilfeller i MSIS med en 'hepatitt C-relatert' underliggende dødsårsak som hepatitt C-relaterte dødsfall, men noen av disse tilfellene kan ha kvittet seg med viruset på egen hånd, og har andre underliggende årsak til lever-relatert dødsfall.

Fra 1990–2022 var det 564 hepatitt C-relaterte dødsfall. Levercellekarsinom var den vanligste underliggende årsaken (n=280, 50 %, med en topp på 33 i 2021). Blant de 61 dødsfallene med kodene K72 – K75, var K74.6 (annen og uspesifisert levercirrhose; n=38, 62%) og K72.9 (leversvikt, uspesifisert; n=13, 23%) de vanligste. Trenden økte til 48 dødsfall i 2016 (0,9 per 100 000), og holdt seg deretter relativt stabil gjennom 2022 (n=34, 0,6 per 100 000) (Figur 14). Medianalderen blant de 564 dødsfallene var 59 år (nedre og øvre kvartil: 56,5 – 67,5 år) og varierte ikke nevneverdig over tid.



Figur 14. Antall (absolutt og per 100 000 innbyggere) hepatitt C-relaterte dødsfall, etter år og underliggende dødsårsak, Norge, 1990 – 2022.

Kohorten inkluderer tilfeller av hepatitt C registrert i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) (n=409) og de som ikke er registrert i MSIS, men som hadde en ICD-10 kode for hepatitt C (B17.1, B18.2 eller B19.2) registrert på dødsattesten, uansett diagnoseposisjon (n=155). ICD-10-kodene for hver kategori av hepatitt C-relatert dødsfall angis i parentes i legenden. Antall per 100 000 innbyggere er beregnet basert på data fra Statistisk sentralbyrå (18). Når vi inkluderte andre underliggende dødsårsaker mulig relatert til hepatitt C i sensitivitetsanalyser (akutt viral hepatitt, uspesifisert (B17.9), kronisk viral hepatitt (B18.9), uspesifisert viral hepatitt med eller uten leverkoma (B19.0 og B19.9), levertransplantasjon (Z94.4), kolangiokarsinom (C22.1) og alkoholisk leversykdom (K70)) ble ytterligere 193 'hepatitt C-relaterte dødsfall' identifisert. Av disse 193 hadde 104 (54 %) alkoholisk levercirrhose (K70.3), 36 (19 %) hadde alkoholisk leversvikt (K70.4) og 33 (17 %) hadde kolangiokarsinom (C22.1) som underliggende dødsårsak. Antall hepatitt C-relaterte dødsfall økte ikke utover 61 (1,2 per 100 000, i 2016), og holdt seg stabilt gjennom 2022 (n=44, 0,8 per 100 000). Totalt hadde 166 dødsfall registrert i Folkeregistret fra 1990 – 2022 blant hepatitt C-tilfeller registrert i MSIS ukjent underliggende dødsårsak i Dødsårsaksregistret, hvorav 93 (56 %) døde fra 2016 og utover (5 til 20 per år).

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 Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN) rapporten [7].

Vurdering og tiltak

Hepatitt C skal elimineres som folkehelseproblem innen 2030, jf. de globale bærekraftsmålene, WHO sin strategiplan [8] og nasjonal strategi [10]. 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 [19], 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. I 2023 var det en liten økning i antall meldte tilfeller blant personer født i Norge, de fleste smittet via sprøytebruk (når smittemåte var rapportert). Ettersom hepatitt C er en hovedsakelig kronisk og asymptomatisk sykdom, reflekterer den observerte trenden gjennom meldte tilfeller til MSIS i større grad testaktivitet enn den reelle forekomsten i befolkningen. Ulike undersøkelser i Norge har vist at prevalensen av hepatitt C er gått ned med 80–90 % blant personer som har injisert rusmidler de senere år, og ligger nå i underkant av 10% [13]. Den estimerte insidensen av nysmitte i gruppen er lav [20]. Nedgangen skyldes at effektiv, trygg og kortvarig behandling har vært gratis tilgjengelig for alle diagnostisert med hepatitt C i Norge siden 2018 og at flere tiltak har blitt innført ved lavterskel og oppsøkende helse- og sosialtiltak for å gjøre testing og behandling lettere for personer som injiserer rusmidler [21-23]. Den høye dekingen av skadereduserende tiltak har bidratt til å redusere smittespredning og få informasjon ut til den aktuelle gruppen [13].

Allikevel, viser undersøkelser i Oslo at litt under 10 % fortsatt deler sprøyter/kanyler og inntil 30 % deler annet utstyr [13]. Dessuten viser undersøkelsene at kun rundt 40 % tester seg for hepatitt C årlig. Det er viktig å fortsette å jobbe for at personer som injiserer rusmidler ikke deler sprøyter og annet brukerstyr, for overgang til andre måter å innta rusmidler og for at de testes minst én gang årlig. Smitte med hepatitt C gir ikke varig immunitet. En studie fra Oslo fant en reinfeksjonsrate på 2,6/100 person-år blant personer som injiserer rusmidler [22].

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 hiv-infeksjon bør testes regelmessig for hepatitt C, jf. nasjonale retningslinjer [24]. Grundig og målrettet smitteoppsporing rundt alle nyoppdagede tilfeller er viktig.

Som i 2022, var økningen i meldte tilfeller av hepatitt C i Norge i 2023 drevet hovedsakelig av økt innvandring fra Ukraina. Rundt 72 000 flyktninger fra Ukraina søkte beskyttelse i Norge i 2022 og 2023 [5] og prevalensen av hepatitt C i den generelle befolkningen i Ukraina er estimert til å være ca. 3%, sammenlignet med 0,1% i Norge [25]. Det var en økning i antall menn som kom fra Ukraina i 2023 sammenlignet med 2022, mens det kom færre kvinner i 2023 enn i 2022 [15]. Dette kan forklare forskjellen i kjønnsfordelingen i meldte tilfeller med kronisk hepatitt B blant personer født i Ukraina i 2023, sammenlignet med 2022. Det er spesielt viktig at alle innvandrere fra land med høy prevalens av hepatitt C tilbys test. For asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente bør tilbudet gis i forbindelse med helseundersøkelsen tre måneder etter ankomst. Det er også behov for økt kunnskap om prevalensen av hepatitt C blant innvandrere fra land med høy prevalens i Norge.

Det er viktig at alle diagnostisert med HCV-infeksjon i Norge får tilbud om behandling for å forebygge videre smittespredning og alvorlig sykdom, jf. nasjonale retningslinjer [26]. Rask oppstart er viktig. Selv om behandlingsopptaket er høyt nasjonalt er det fremdeles rundt 15 % av meldte tilfeller hvert år som ikke har startet på behandling, og for en fjerdedel av de som starter på behandling tar det minst seks måneder fra diagnosetidspunktet. Dette indikerer fortsatt forbedringspotensial i tilrettelegging av behandlingstilbudet.

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

9 Mpox

I juni 2022 ble mpox 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.

Bakgrunn

Mpox forårsakes av apekoppeviruset som er et orthopoxvirus. Mpox er endemisk i flere afrikanske land, og ulike gnagere er naturlig vert for viruset. I mai 2022 ble det varslet et utbrudd av mpox i ikke-endemiske områder i Europa og andre deler av verden, og i løpet av det første året ble det rapportert nær 90 000 tilfeller globalt.

Det forekommer to genetiske varianter av viruset, subtype I som først og fremst er rapportert fra Sentral- og Øst-Afrika, og subtype II som har forekommet i Vest-Afrika, og som er påvist i det store globale utbruddet [27].

Mpox har lenge vært en neglisjert sykdom i afrikanske land, der både zoonotisk smitte og videre spredning mellom mennesker har forekommet. Viruset har dermed fått anledning til å spre seg til andre deler av verden og via ulike smitteveier. Smitte skjer gjennom nær fysisk kontakt og i utbruddet som startet i 2022 har viruset i hovedsak smittet ved intim kontakt, hovedsakelig i enkelte grupper av msm og transpersoner, og mpox er nå å anse som seksuelt overførbart [27]. Sykdommen er som regel selvbegrensende, men noen kan utvikle alvorlig sykdom og dødsfall forekommer.

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, men WHO har stående anbefalinger for håndtering av mpox, foreløpig gjeldende for perioden 21. august 2023 – 20. august 2024:

- [https://www.who.int/publications/m/item/standing-recommendations-for-mpox-issued-by-the-director-general-of-the-world-health-organization-\(who\)-in-accordance-with-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr\)](https://www.who.int/publications/m/item/standing-recommendations-for-mpox-issued-by-the-director-general-of-the-world-health-organization-(who)-in-accordance-with-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr))

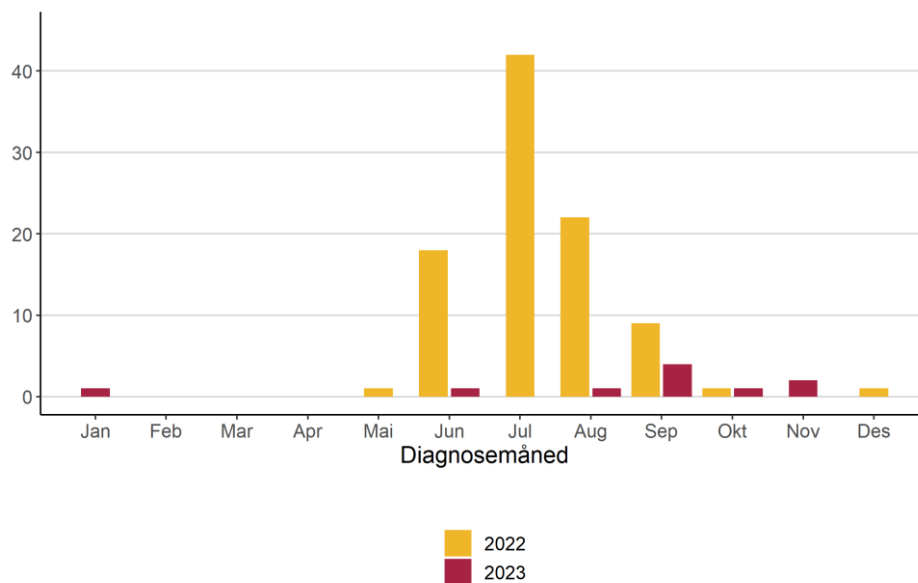
Meldte tilfeller av mpox

I 2023 ble 10 tilfeller meldt til MSIS, mot 94 i 2022 (Tabell 32). De fleste tilfellene i 2023 ble meldt i løpet av det siste halvåret (Figur 15).

Tabell 32. Antall meldte tilfeller av mpox etter diagnoseår, Norge, 2022 – 2023.

	2022	2023
Tilfeller	94	10

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.



Figur 15. Antall meldte tilfeller av mpox etter diagnosemåned, Norge, 2022 – 2023.

Kilde: Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

Alle tilfellene var menn i alderen 23 – 62 år, med en medianalder på 31 år (mot median 38.5 år i 2022). 80 % var født i Norge. De fleste var rapportert som seksuelt overført, og 60 % var blant menn som har sex med menn. Alle tilfellene var bosatt i Oslo. 40 % (4) ble smittet i Norge, og 40 % (4) ble smittet i ulike andre land. De resterende har ikke oppgitt smittested.

Rundt fem prosent av de rapporterte tilfellene i Norge de to siste årene har trengt innleggelse.

Mikrobiologisk diagnostikk

Mpox diagnostiseres primært ved hjelp av nukleinsyreamplifiseringstester (NAT/PCR). Diagnostikk utføres ved Oslo universitetssykehus Ullevål, Haukeland universitetssykehus, Molde sjukehus og St. Olavs hospital. Det er ikke opprettet referanselaboratorium for mpox i Norge.

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

Vurdering og tiltak

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

Det er ikke forventet en utbredt epidemi blant msm eller transpersoner i Norge. Likevel kan det forekomme utbrudd og import av tilfeller fra andre land. Det er fortsatt nødvendig med god overvåking av situasjonen i Norge og i utlandet og høy årvåkenhet blant helsepersonell og særlig utsatte grupper i Norge. Kommunikasjon og informasjon med høyrisikogruppene

(msm og transpersoner) er viktig. Det inkluderer informasjon om symptomer, hvor man henvender seg hvis man mistenker man er smittet og hvilke tiltak som kan redusere risikoen for smitte, for eksempel sikrere seksualatferd og vaksinasjon.

Mer informasjon om mpox finnes på:

- [Mpox - FHI](#)
- [Mpox - veileder for helsepersonell](#)
- [Mpoxvaksine - FHI](#)

10 Referanser

1. Nerlander L, Champezou L, Gomes Dias J, Aspelund G, Berlot L, Constantinou E, et al. Sharp increase in gonorrhoea notifications among young people, EU/EEA, July 2022 to June 2023. *Euro Surveill.* 2024;29(10).
2. Folkehelseinstituttet. Norsk overvåkings-system for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM). 2024. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/sm/overvaking/norm/>. Lest 6 april 2024.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. STI cases on the rise across Europe. 2024. Tilgjengelig fra <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-rise-across-europe>. Lest 6 april 2024.
4. Pan American Health Organization. Case Definition: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). 2001. Tilgjengelig fra https://www3.paho.org/english/sha/be_v22n2-SIDA.htm. Lest 6 april 2024.
5. Utlendingsdirektoratet. 72,000 refugees from Ukraine have sought protection in Norway. 2024. Tilgjengelig fra <https://www.udi.no/en/latest/72000-from-ukraine/>. Lest 6 april 2024.
6. Whittaker R, Nilsen O, Myrberg AJ, Angeltvedt RM, Bergersen BM, Klovstad H. Norge er i ferd med å stanse hivepidemien. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2020;140(18).
7. Folkehelseinstituttet. Resistensovervåking av virus i Norge (RAVN). 2024. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/sm/overvaking/ravn/>. Lest 6 april 2024.
8. World Health Organisation. 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 6 april 2024.
9. Folkehelseinstituttet. Vaksiner til barn (barnevaksinasjonsprogrammet). 2024. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/va/barnevaksinasjonsprogrammet/>. Lest 6 april 2024.
10. 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 6 april 2024.
11. Folkehelseinstituttet. Hepatitt B - veileder for helsepersonell. 2023. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-b---veileder-for-helsepers/?term=>.
12. Folkehelseinstituttet. Hepatitt B-vaksine og hepatitt B-immunglobulin - veileder for helsepersonell. 2021. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hepatitt-b-vaksinasjon-og-hepatitt-/?term=>. Lest 6 april 2024.
13. 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 6 april 2024.
14. Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, cascade of care, and prophylaxis coverage of hepatitis B in 2022: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2023;8(10):879-907.

15. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, tabell 05184: Innvandrere, etter kjønn og landbakgrunn 1970 – 2023. 2023. Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/statbank/table/05184/>. Lest 6 april 2024.
16. Den norske legeforening. Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt B. 2022. Tilgjengelig fra <https://hepatittfag.no/pdf-hbv>. Lest 6. april 2024.
17. World Health Organisation. Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination 2023. Tilgjengelig fra <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373186/9789240078635-eng.pdf?sequence=1>. Lest 6 april 2024.
18. Statistisk sentralbyrå. Befolkningen - hvor mange bor det i Norge?. 2023. Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>. Lest 6 april 2024.
19. Folkehelseinstituttet. Hepatitt C - veileder for helsepersonell. 2023. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-c---veileder-for-helsepers/?term=>. Lest 6 april 2024.
20. Whittaker R, Midtbo JE, Klovstad H. Monitoring progress towards the elimination of hepatitis C as a public health threat in Norway: a modelling study among people who inject drugs and immigrants. J Infect Dis. 2024.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Den norske legeforening. Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv i Norge 2023. Tilgjengelig fra <https://www.legeforeningen.no/globalassets/foreningsledd/fagmedisinske-foreninger/norsk-forening-for-infeksjonsmedisin/retningslinjer/hiv-retningslinjer-2023.pdf>. Lest 6 april 2024.
25. Polaris Observatory HCVC. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2022;7(5):396-415.
26. Den norske legeforening. Faglig veileder for utredning og behandling av hepatitt C. 2022. Tilgjengelig fra <https://hepatittfag.no/pdf-hcv>. Lest 6 april 2024.
27. World Health Organisation/European Centre for Disease Prevention and Control. Joint ECDC-WHO Regional Office for Europe Mpox Surveillance Bulletin: 04 January 2023. 2023. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/europe/publications/m/item/joint-ecdc-who-regional-office-for-europe-mpox-surveillance-bulletin--04-january-2023>. Lest 6 april 2024.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2024
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no