

RAPPORT

2026

Luftveisinfeksjoner i Norge

Sesongen 2025-2026

Rapport

Luftveisinfeksjoner i Norge

Sesongen 2025-2026

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Smittevern
Avdeling for smittevern og vaksine
Avdeling for virologi
September 2026

Tittel:

Luftveisinfeksjoner i Norge sesongen 2025-2026

Forfattere:

Trine Hessevik Paulsen
Elina Marjukka Seppälä
Trude Marie Lyngstad
Jeanette Stålcrantz
Håkon Bøås
Ingeborg Forthun
Olav Hungnes
Andreas Rohringer
Even Fossum
Torstein Aune
Kjersti Rydland
Karoline Bragstad

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

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

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-597-7

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/2kjk-0m27>

Emneord: Luftveisinfeksjon, luftveisvirus, influensa, covid-19, RS-virusinfeksjon.

Sesongrapport for luftveisinfeksjoner i Norge erstatter sesongrapport for influensa fra nå. Tidligere sesongrapporter for influensa finnes her: [Årsrapporter for influensa - FHI](#)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Executive summary (English).....	7
Bakgrunn	8
Luftveisinfeksjoner samlet	10
Influenza	28
RS-virusinfeksjon	57
Covid-19.....	72
Andre luftveisinfeksjoner	89
Om overvåkingssystemene og datakildene.....	110

Sammendrag

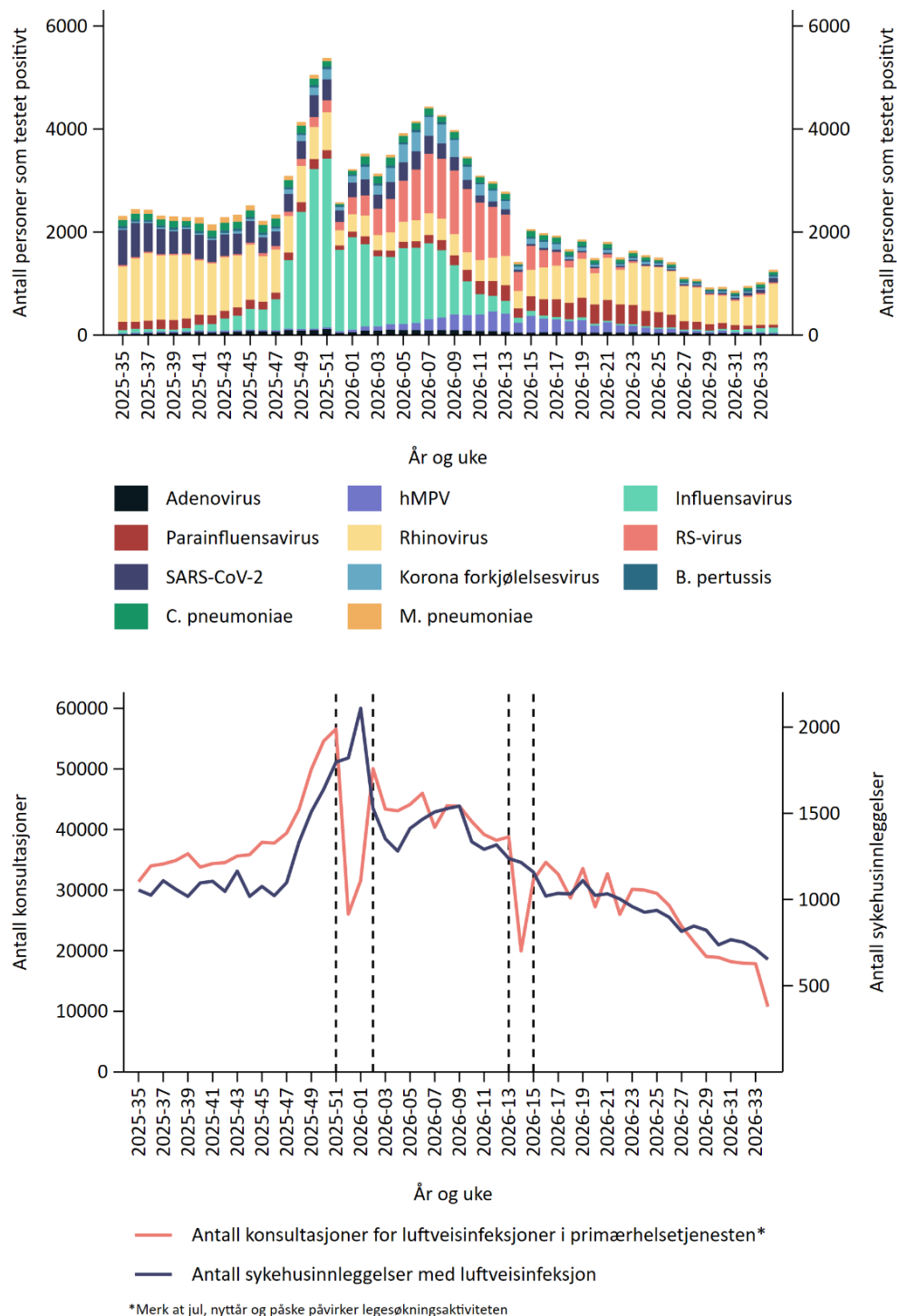
Samlet sett var luftveissesongen 2025-26 preget av lavere sykdomsbyrde enn de fire foregående sesongene. Antallet konsultasjoner i primærhelsetjenesten, sykehusinnleggelser og dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner var gjennomgående lavere enn i de senere årene hvor covid-19 spilte en større rolle, og totaldødeligheten i befolkningen holdt seg innenfor forventet nivå gjennom sesongen. Alvorlig sykdom forekom hovedsakelig blant eldre og spedbarn, i tråd med kjente risikomønstre.

Sesongen for luftveisinfeksjoner 2025-26 var preget av et uvanlig tidlig influensautbrudd forårsaket av en ny variant av influensa A(H3)-viruset. Selv om influensaaktiviteten i allmennlegetjenesten ikke var høyere enn middels nivå, var sesongen preget av mange sykehus- og intensivinnleggelser, et høyt antall varslede utbrudd i helseinstitusjoner og mange influensarelaterte dødsfall, særlig blant eldre. Sesongen blir dermed stående som en av de mest alvorlige influensasesongene de senere årene.

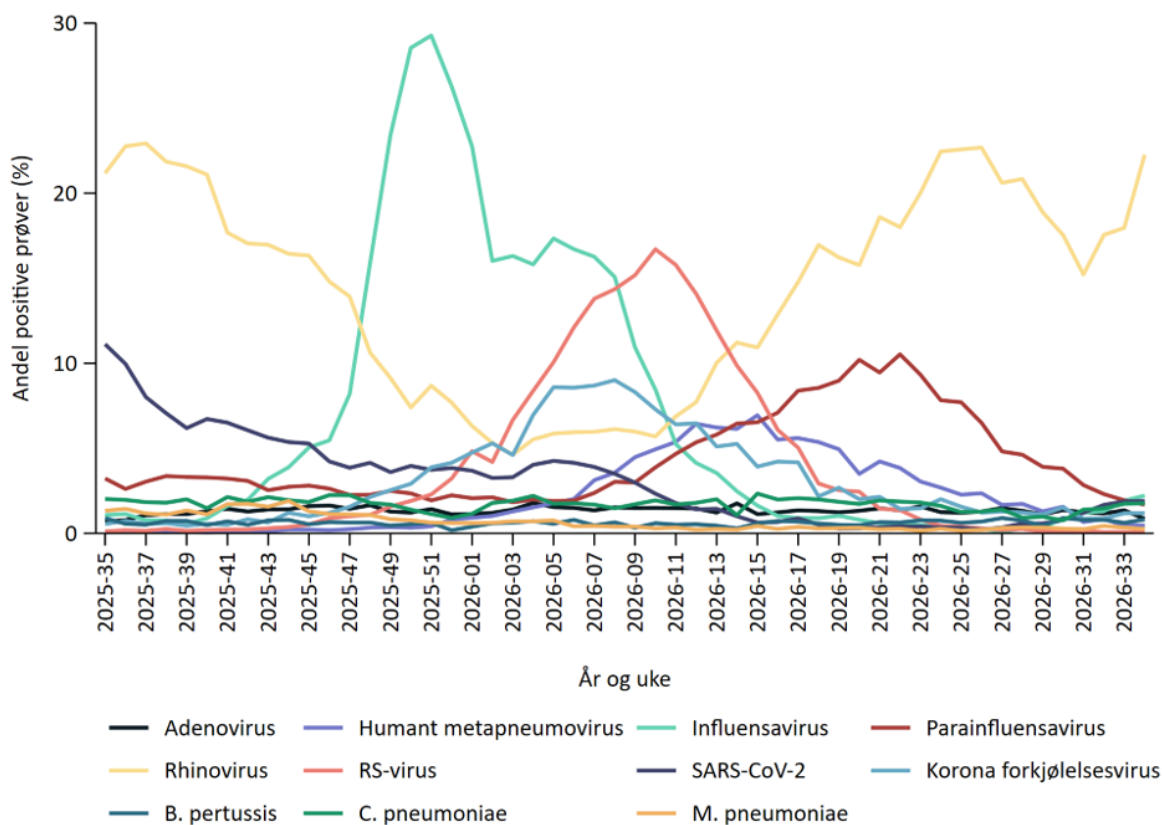
Vinterens epidemi med RS-virus var kraftigere enn de foregående tre sesongene, med høyere RS-virusaktivitet og flere sykehusinnleggelser. Forekomsten var, som normalt, høyest hos barn under 5 år. Det var flest sykehusinnleggelser blant spedbarn, men noe færre sammenlignet med tidligere sesonger. Forekomsten og antall sykehusinnleggelser blant voksne og eldre var høyere enn i de foregående sesongene.

Covid-19 hadde en begrenset påvirkning på sykdomsbyrden av luftveisinfeksjoner sammenlignet med tidligere sesonger. Alle sentrale overvåkingsindikatorer viste lavere sykdomsaktivitet enn tidligere, og antallet sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og dødsfall var det laveste siden pandemien. Eldre personer var fortsatt mest utsatt for alvorlig sykdom.

Forekomsten av rhinovirus var høyere enn de foregående årene, mens nivået av humant metapneumovirus, korona forkjølelsesvirus og parainfluenzavirus lignet tidligere sesonger. Forekomsten av de fleste luftveisvirusene var høyest hos barn under 5 år. Rhinovirus og parainfluenzavirus ble oftest påvist hos sykehusinnlagte. Forekomsten av luftveisbakteriene *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* og *Bordetella pertussis* var lav etter epidemier i perioden 2023-2025, med høyest forekomst hos skolebarn.



Figur 1. Antall personer som testet positivt for adenovirus, humant metapneumovirus, influensavirus, parainfluenzavirus, rhinovirus, RS-virus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae, samt antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner i primærhelsetjenesten og antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner per uke, 25.8.2025 – 23.8.2026. Grå skravert felt i nedre figur indikerer jul og påske, hvor data fra NorSySS er påvirket. Kilde: MSIS-labdatabasen, NorSySS og Norsk pasientregister via Stat19.



Figur 2. Andel PCR-analyser positive for adenovirus, humant metapneumovirus, influensavirus, parainfluenzavirus, rhinovirus, RS-virus, SARS-CoV-2, korona forkjølelsesvirus, Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae og Mycoplasma pneumoniae per uke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS-labdatabasen.

Executive summary (English)

The overall disease burden during the 2025-26 season was lower than during the preceding four seasons. Numbers of primary care consultations, hospital admissions and deaths associated with respiratory infections were generally lower than in recent years, and all-cause mortality remained within expected levels throughout the season. Severe disease occurred primarily among older adults and infants, in line with established risk group patterns.

The 2025-26 respiratory infection season was characterized by an unusually early influenza epidemic caused by a new influenza A(H3) variant. Although overall influenza activity did not exceed moderate levels, the season was associated with a high number of hospital and intensive care admissions, numerous outbreaks reported from healthcare institutions, and a substantial number of influenza-related deaths, particularly among older adults. As a result, the season ranks among the most severe influenza seasons observed in recent years.

The winter RSV epidemic was more intense than in the previous three seasons, with higher RSV activity and more hospital admissions. As expected, incidence was highest among children under five years of age. Hospitalisation rates were highest among infants, although the number of admissions was somewhat lower than in previous seasons. Disease incidence and hospital admissions among adults and older adults were higher than in recent seasons.

COVID-19 contributed less to the overall burden of respiratory infections than in previous seasons. All key surveillance indicators showed lower activity levels than in recent seasons, and the numbers of hospital admissions, intensive care admissions and deaths were the lowest recorded since the COVID-19 pandemic. Older adults had highest incidence of severe disease.

The incidence of rhinovirus was higher than in previous years, whereas activity levels of human metapneumovirus, seasonal human coronaviruses and parainfluenza viruses were similar to those observed in recent seasons. Most respiratory viruses were detected most frequently among children under five years of age. Rhinovirus and parainfluenza virus were the pathogens most commonly detected among hospitalised patients. The incidence of the respiratory bacterial pathogens *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* and *Bordetella pertussis* remained low following epidemics during 2023-2025, with the highest incidence observed among school-aged children.

Bakgrunn

Luftveisinfeksjoner er blant de vanligste infeksjonssykdommene i befolkningen og kan forårsakes av en rekke virus og bakterier. De omfatter blant annet influensa, covid-19 og RS-virusinfeksjon. De fleste luftveisinfeksjoner gir mild sykdom og går over uten behov for medisinsk behandling, men samlet utgjør de en betydelig sykdomsbyrde i befolkningen og medfører hvert år et stort antall konsultasjoner i primærhelsetjenesten, sykehusinnleggelser og dødsfall.

I Norge følger de fleste luftveisinfeksjoner et tydelig sesongmønster med økende forekomst gjennom høst- og vintermånedene. Tilsvarende mønster observeres i andre land på den nordlige halvkule, mens sesongene i hovedsak er forskjøvet på den sørlige halvkule. Årsakene til sesongvariasjonen er sammensatte og omfatter både biologiske, miljømessige og atferdsrelaterte forhold. Sesongenes start, varighet og intensitet kan variere betydelig avhengig av hvilke smittestoffer som dominerer, hvor smittsomme de er, og befolkningens immunitet.

Luftveisinfeksjoner rammer ulikt gjennom livet. Små barn har høy forekomst av luftveisinfeksjoner fordi immunforsvaret fortsatt er under utvikling og fordi de gradvis opparbeider immunitet mot vanlige smittestoffer. Enkelte infeksjoner, som RS-virus, kan gi alvorlig sykdom hos spedbarn og små barn. Risikoen for alvorlig sykdom øker også med alder som følge av aldersrelaterte endringer i immunforsvaret. Eldre personer står derfor for en stor andel av sykehusinnleggelser og dødsfall knyttet til luftveisinfeksjoner. I tillegg har personer med underliggende sykdommer, nedsatt immunforsvar og enkelte andre risikogrupper økt sannsynlighet for komplikasjoner og alvorlige sykdomsforløp.

Forekomsten og alvorlighetsgraden av luftveisinfeksjoner påvirkes av flere faktorer. Tidligere infeksjoner og vaksinasjon bidrar til immunitet i befolkningen og kan redusere risikoen for alvorlig sykdom. Samtidig kan endringer i virusenes egenskaper, som økt smittsomhet eller evne til å omgå eksisterende immunitet, føre til endrede sykdomsmønstre. Vaksinasjonsdekning, vaksinenes beskyttende effekt og sammensetningen av sirkulerende virusvarianter kan derfor ha stor betydning for sykdomsbyrden i en sesong.

Overvåking av luftveisinfeksjoner er viktig for å beskrive den epidemiologiske situasjonen og identifisere mønstre og endringer i sykdomsforekomst og alvorlighetsgrad. Overvåkingen bidrar til å vurdere belastningen på helsetjenestene, identifisere grupper med økt risiko for alvorlig sykdom og gi grunnlag for råd, forebyggende tiltak og beredskapsarbeid.

FHI har mikrobiologisk referansefunksjon for bl.a. influensa, koronavirus med alvorlig utbruddspotensial og RS-virus, hvor disse luftveivirusenes forekomst og egenskaper overvåkes og det følges med på virus-subtyper, slektslinjer og varianter. FHI deltar i internasjonale sykdomsnettverk for disse virusene og bidrar til kunnskapsgrunnlaget for vaksineanbefalinger og vaksinesammensetning som skal sikre at de aktuelle virusvaksinene overensstemmer med de virus som sirkulerer.

Omfanget av luftveisinfeksjoner i helsetjenestene er en indikasjon på forekomsten av luftveisinfeksjoner i befolkningen. Konsultasjoner hos fastlege og legevakt hvor pasienten har fått diagnosekoder for luftveisinfeksjon brukes som indikatorer på sykdomsforekomst. Sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner gir informasjon om den mest alvorlige delen av sykdomsbyrden.

FHI overvåker også dødelighet assosiert med luftveisinfeksjoner, inkludert influensa, covid-19 og RS-virusinfeksjon, for å vurdere den samlede belastningen av luftveisinfeksjoner på folkehelsen og alvorlighetsgraden av den pågående sesongen. I tillegg overvåkes totaldødeligheten for å identifisere uventede økninger i dødelighet som kan skyldes luftveisinfeksjoner eller andre folkehelsehendelser som ikke nødvendigvis fanges opp gjennom den ordinære sykdomsovervåkingen.

Noen av dataene som benyttes i overvåkingen innhentes for andre hovedformål. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Det er vanskelig å anslå den reelle forekomsten av sykdom i befolkningen basert på slike data. Antall laboratoriepåvisninger påvirkes blant annet av testaktivitet, testkriterier og tilgang til diagnostikk, som kan variere mellom aldersgrupper, geografiske områder og over tid. Testing gjennomføres ofte hyppigere blant personer med økt risiko for alvorlig sykdom og blant pasienter som innlegges i sykehus. Endringer i helsesøkingssatferd, diagnostisk praksis og rapporteringsrutiner kan også påvirke overvåkingsindikatorene. For å få et mest mulig helhetlig bilde av situasjonen vurderes derfor flere datakilder samlet, inkludert konsultasjoner i primærhelsetjenesten, laboratoriedata, sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og dødelighet med flere.

Luftveisinfeksjoner samlet

Oppsummering

Samlet sett framstår 2025-26-sesongen som en relativt mild luftveisinfeksjonssesong sammenlignet med de senere årene. Gjennomgående var det færre konsultasjoner i primærhelsetjenesten, sykehusinnleggelser og dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner, slik at sykdomsbyrden samlet sett var lavere enn de fire foregående sesongene. Totaldødeligheten i befolkningen holdt seg innenfor forventet nivå gjennom sesongen selv om den i enkeltperioder, særlig ukene før jul, lå i øvre del av normalområdet. Alvorlig sykdom ble hovedsakelig observert i aldersgruppene med kjent risiko, særlig spedbarn og eldre.

I primærhelsetjenesten var legesøkningen relatert til luftveisinfeksjoner på sitt laveste nivå siden 2017-18-sesongen. Dette ble derimot ikke observert blant personer 80 år og eldre, hvor antallet konsultasjoner var blant de høyest registrerte de siste sesongene. De yngste barna hadde den høyeste legesøkningen og sto for en stor andel av konsultasjonene, noe som gjenspeiler den høye forekomsten av luftveisinfeksjoner i denne aldersgruppen.

Aldersfordelingen blant de sykehusinnlagte fulgte kjent mønster med størst belastning blant de yngste og eldste. Blant barn var innleggelsene som regel kortvarige, mens de eldste hadde lengre liggetid og høyere forekomst av alvorlige utfall. Tilsvarende var innleggelsesraten i intensivavdeling høyest blant spedbarn og eldre voksne.

Konsultasjoner i primærhelsetjenesten

Høsten 2025 økte legebesøk på grunn av luftveisinfeksjoner fra november. Oppgangen kom noe senere enn vi har sett de siste årene. Stigningen fortsatte inn mot jul med en topp i uke 51 (Figur 3). Gjennom sesongen lå antallet konsultasjoner for luftveisinfeksjoner i nedre sjikt sammenlignet med tidligere sesonger, og på et lavere nivå enn de siste sesongene. Det ble registrert over 1,7 millioner konsultasjoner for luftveisinfeksjoner. Dette var færre enn de foregående tre sesongene, og nest færrest av alle sesonger tilbake til 2017-18-sesongen. Konsultasjonene for luftveisinfeksjoner utgjorde nesten 10 % av alle konsultasjoner hos fastlege og legevakt (Tabell 1).

Av alle aldersgrupper var det barn i aldersgruppen 0-4 år som hyppigst var hos lege grunnet luftveisinfeksjon, og i denne aldersgruppen utgjorde konsultasjoner for luftveisinfeksjoner 31 % av alle konsultasjoner. Denne aldersgruppen ble etterfulgt av 80 år og eldre og 15-29 år (Tabell 2). Den høye graden av legesøkning i den yngste aldersgruppen gjenspeiler sannsynligvis at denne aldersgruppen har den høyeste forekomsten av luftveisinfeksjoner. Blant aldersgruppene som består av elever på videregående skole, studenter og yrkesaktive, er det vanskeligere å vite i hvilken grad legesøkning gjenspeiler den faktiske sykdomsforekomsten, fordi den påvirkes av behov for bl.a. fraværsattester og sykemelding.

Antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner per 100 000 lavere enn de tre foregående sesongene i aldersgruppene under 65 år. I aldersgruppen 80 år og eldre, derimot, var antallet konsultasjoner for luftveisinfeksjoner i øvre sjikt sammenlignet med tidligere sesonger (Figur 4).

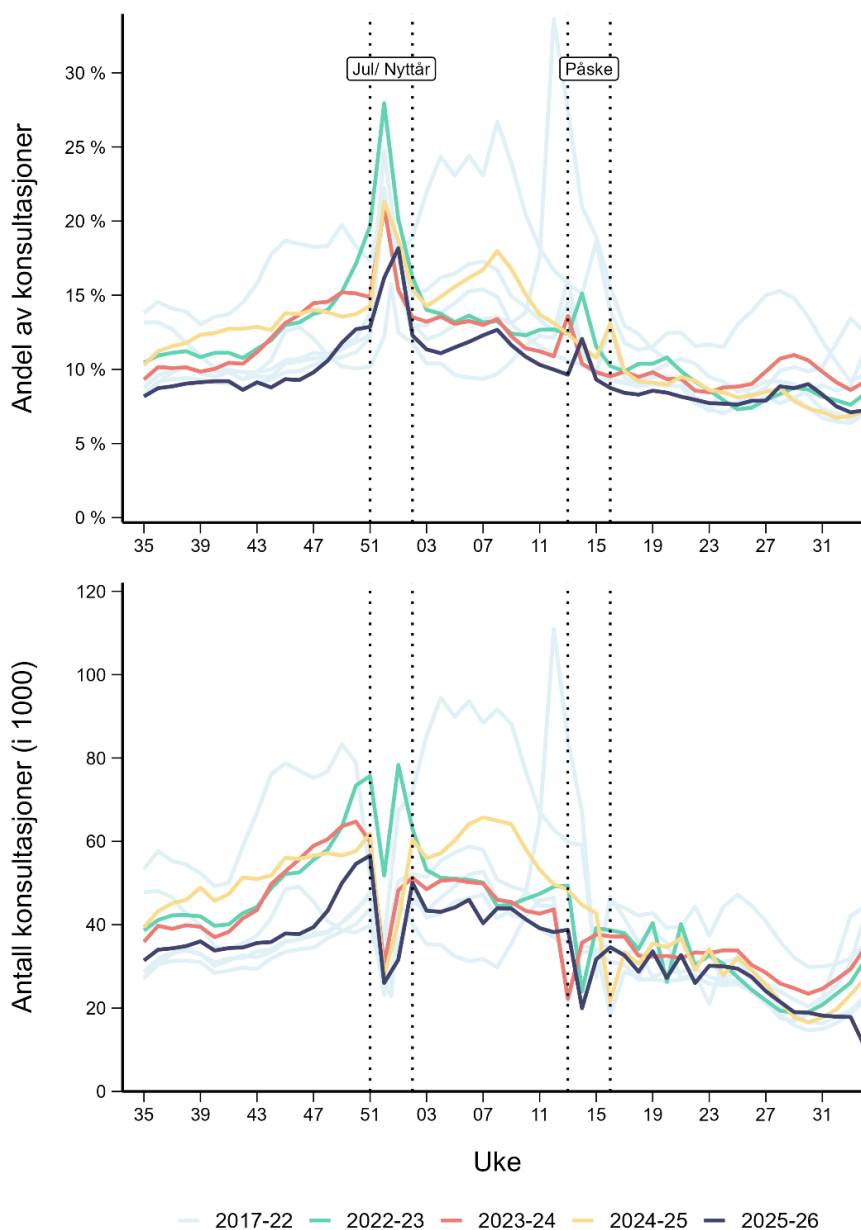
På fylkesnivå varierte antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner mellom 27 122 og 34 845 per 100 000 innbyggere i hhv. Nordland og Akershus (Tabell 3). Det er vanskelig å vite i hvilken grad forskjellene mellom fylkene reflekterer ulik forekomst av luftveisinfeksjoner. Siden det er store forskjeller i forekomst av luftveisinfeksjoner mellom aldersgrupper, er det sannsynlig at fylker med

store barnekull har høyere volum av legesøkning for luftveisinfeksjoner enn fylker med færre barn. Denne sammenhengen er ikke undersøkt. Også andre faktorer, som variasjon i legetetthet, helsetilstand i befolkningen, terskel for legesøkning m.fl. påvirker legesøkning for luftveisinfeksjoner.

Vurdering

Det har gjennom 2025-26-sesongen vært færre konsultasjoner hos fastlege og legevakt for luftveisinfeksjoner enn på mange sesonger. I aldersgruppene under 65 år var antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner per 100 000 lavere enn de tre foregående sesongene, mens i aldersgruppen 80 år og eldre var antallet konsultasjoner for luftveisinfeksjoner i øvre sjikt sammenlignet med tidligere sesonger.

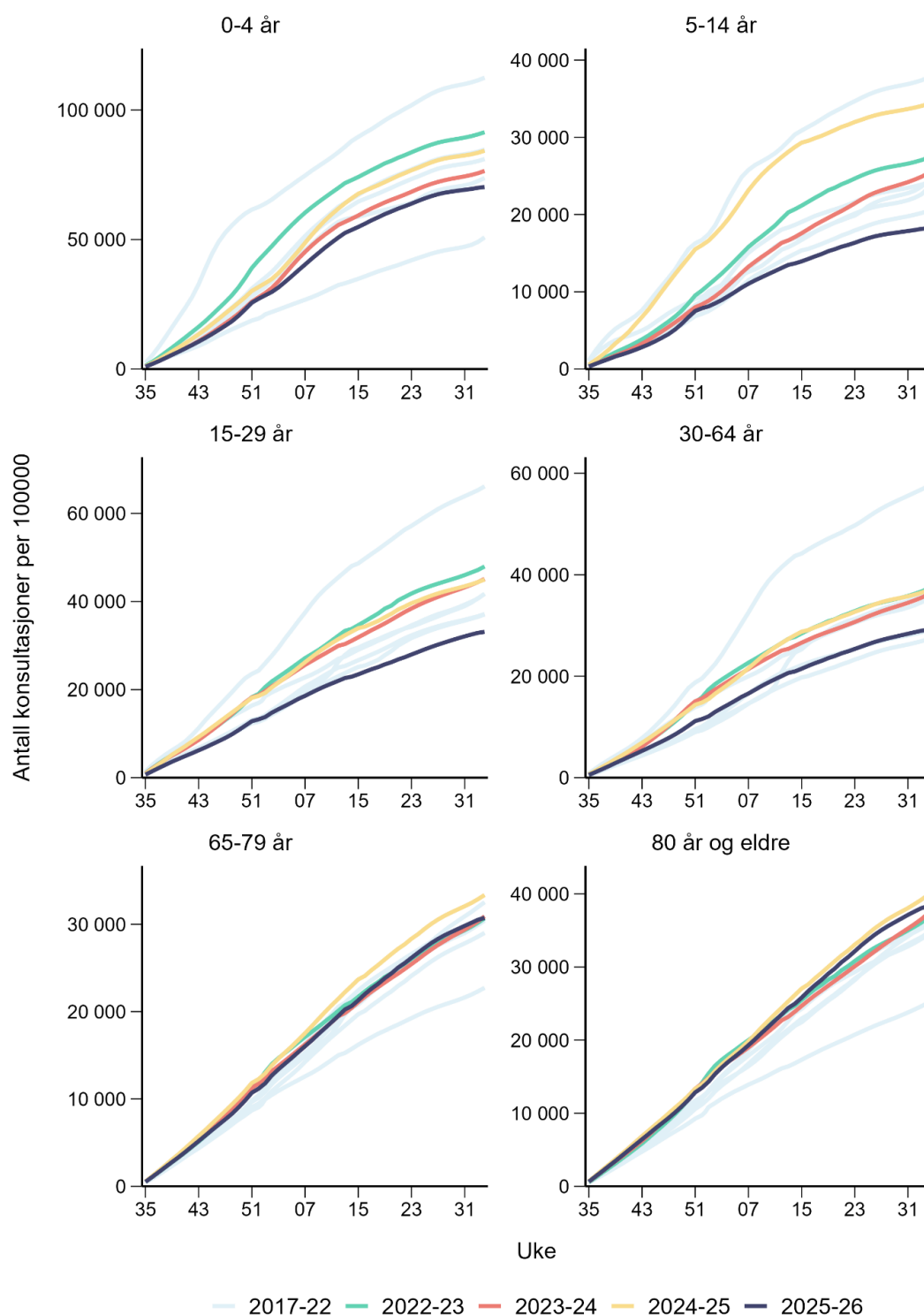
Legesøkningen for luftveisinfeksjoner er størst blant de yngste barna, som sto for 11 % av alle konsultasjoner for luftveisinfeksjoner selv om de kun utgjør 5 % av populasjonen.



Figur 3. Ukentlig andel og antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner etter sesong, 28.08.2017 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. Følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992 og A03.

Tabell 1. Totalt antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. Følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992 og A03.

Sesong	Antall konsultasjoner totalt	Antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner	Antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner per 100 000 innbyggere
2022-23	18 384 313	2 190 027	39 899
2023-24	18 526 090	2 102 300	37 878
2024-25	18 606 247	2 243 306	40 100
2025-26	18 112 142	1 766 483	31 391



Figur 4. Kumulativt antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 28.08.2017 – 17.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. Følgende ICPC-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Tabell 2. Totalt antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. Følgende ICD-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Aldersgruppe	Totalt antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner	Antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner per 100 000
0-4 år	650 710	193 946	70 270
5-14 år	903 266	112 566	18 228
15-29 år	2 758 652	346 914	33 113
30-64 år	9 002 775	758 584	29 141
65-79 år	3 274 083	245 187	30 721
80+ år	1 521 421	109 202	38 325
Ukjent	1 235	84	.
Totalt	18 112 142	1 766 483	31 391

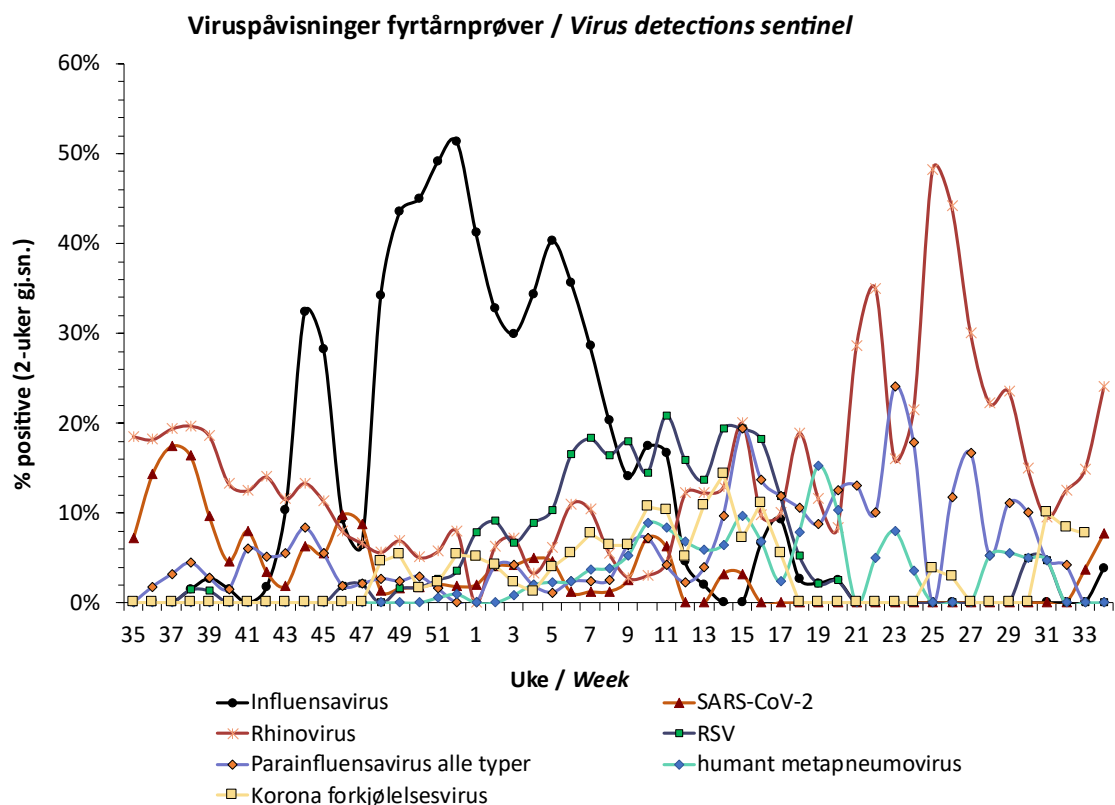
Tabell 3. Ukentlig andel samt totalt antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner etter fylke, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet. Følgende ICD-2 diagnosekoder inkludert: R01-05, R07-09, 21, R24-25, R27, R29, R33, R71-72, R74-83, R99, R991, R992.

Fylke	Totalt antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner	Antall konsultasjoner for luftveisinfeksjoner per 100 000
Agder	1 092 171	98 899	30 531
Akershus	2 474 900	261 058	34 845
Buskerud	927 156	91 452	33 501
Finnmark	253 016	22 282	29 596
Innlandet	1 245 412	114 381	30 141
Møre og Romsdal	883 533	78 827	28 856
Nordland	769 129	65 981	27 122
Oslo	2 161 712	234 765	32 216
Rogaland	1 536 072	156 206	30 694
Telemark	580 866	51 156	28 752
Troms	566 437	52 629	30 738
Trøndelag	1 535 777	144 640	29 569
Vestfold	910 071	83 457	32 182
Vestland	2 006 013	199 382	30 285
Østfold	1 098 391	104 573	33 046
Norge	18 112 142	1 766 483	31 391

Virusfunn hos pasienter i primærhelsetjenesten med akutt luftveisinfeksjon (fyrtårnsystemet)

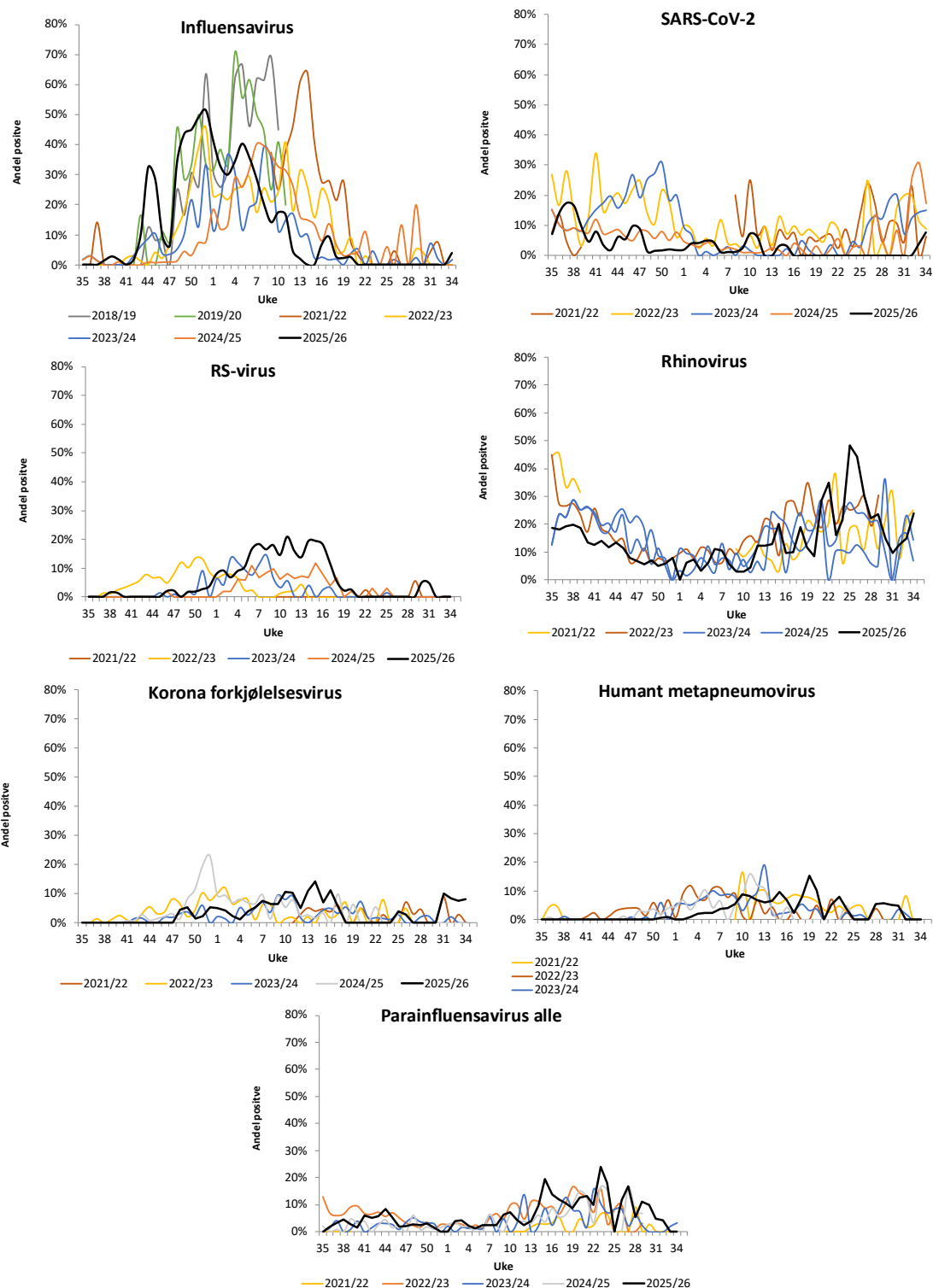
Det kom denne sesongen inn nesten 1600 luftveisprøver fra pasienter med symptom på akutt luftveisinfeksjon, tatt av leger i primærhelsetjenesten som deltar i FHIs sentinelnettverk (fyrtårnleger). Prøvene undersøkes for flere luftveisvirus hos FHI og laboratorier instituttet samarbeider med.

I likhet med den øvrige overvåkingen indikerte dette systemet at perioden startet med rhinovirus og noe SARS-CoV-2, at influensa hadde en tidlig hovedtopp og en sekundærtopp på sen vinteren (mye prøver fra Vestlandet), en periode med RS-virus på sen vinteren og deretter mest rhinovirus på våren (Figur 5).



Figur 5 Andel positive fyrtårnprøver (2-ukers glidende gjennomsnitt) denne sesongen (fra uke 35 (2025) for influensavirus, SARS-CoV-2, RSV, rhinovirus, korona forkjølelsesvirus, humant metapneumovirus og parainfluenzavirus. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.

Sammenlignet med tidligere sesonger markerte denne sesongen seg med den tidlige influensatoppen, mindre innslag av SARS-CoV-2, og noe mer registrert RS-virusaktivitet (Figur 6).



Figur 6. Andel positive fyrtårnprøver (2-ukers glidende gjennomsnitt) denne sesongen (fra uke 35 (2025), svart linje), sammenlignet med seks foregående sesonger, for influenzavirus, SARS-CoV-2, RSV, rhinovirus, korona forkjølelsvirus, humant metapneumovirus og parainfluenzavirus. Grunnet testpraksis under covid-19-pandemien var Fyrtårnsystemet ikke operativt i perioden fra våren 2020 til midtvinters 2022. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.

Innleggelser i sykehus

Høsten 2025 steg antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner tydelig fra medio november, fra et nivå som lå lavere enn de siste årene. Økningen begynte et par uker tidligere enn i fjorårssesongen, men flere uker senere enn i 2022-23 og 2023-24-sesongene. I hovedtoppen i uke 1 var det 2109 innleggelser, og i en mindre topp i uke 9 var det 1542 innleggelser. Det var færrest innleggelser i slutten av juli og begynnelsen av august med drøyt 700 innleggelser med luftveisinfeksjon per uke (Figur 7).

Gjennom 2025-26-sesongen var det til sammen 59 701 sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner, noe som er færre enn de fire siste sesongene (Figur 8, Tabell 4). Kun i 2020-21-sesongen var det færre sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner, en periode sterkt preget av strenge smitteverntiltak pga. covid-19-pandemien og svært lav forekomst av vanlige luftveisvirus og -bakterier. Gjennom 2025-26-sesongen ble diagnosekode for luftveisinfeksjon satt i 4 % av alle innleggelser i somatisk sykehus.

Det var stor variasjon i antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner mellom aldersgruppene, med høyest antall per 100 000 i aldersgruppen 80 år og eldre, etterfulgt av barn under ett år og aldersgruppen 65-79 år (Figur 10, Tabell 5). Denne forekomsten reflekterer kjent aldersrelatert risiko for alvorlige luftveisinfeksjoner.

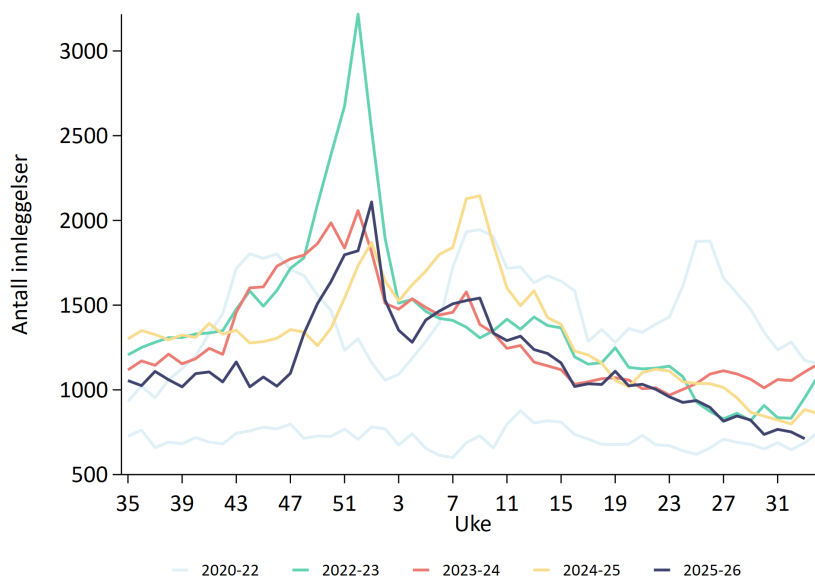
I alle aldersgrupper var antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner lavere enn de fire siste sesongene, med unntak av aldersgruppen 1-4 år, hvor det var omtrent like mange innleggelser som 2023-24-sesongen (Figur 10).

Varigheten av sykehusoppholdet var lengst i aldersgruppene 65 år og eldre med median liggetid på 4 døgn, og kortest for barn under fem år hvor median liggetid var 1 døgn. Det var hyppigst behov for pustestøtte, det vil si invasiv respiratorbehandling eller ikke-invasiv pustestøtte med kontinuerlig eller bifasisk luftveisoverttrykk (CPAP eller BiPAP), hos barn under 1 år (i 12 % av innleggelsene). Dødsfall under innleggelsen eller i løpet av 14 dager etter utskrivelse, var hyppigst forekommende i aldersgruppen 80 år og eldre, etterfulgt av aldersgruppen 65-79 år. Det var svært få dødsfall blant barn (Tabell 5).

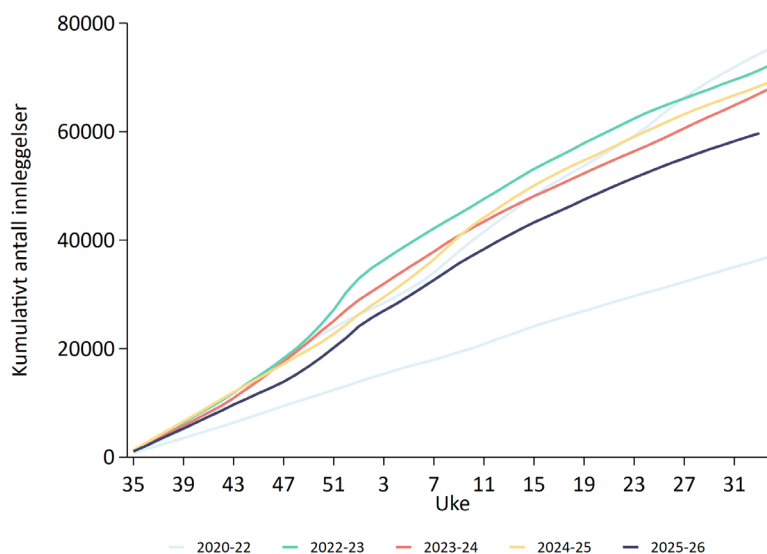
Mellom fylkene varierte antall sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner mellom 834 og 1295 per 100 000 innbyggere i hhv. Akershus og Nordland (Tabell 6). Det er vanskelig å vite hva forskjellene mellom fylkene skyldes, og i hvilken grad ulik forekomst av luftveisinfeksjoner forklarer funnene. Ulike demografisk sammensetning i hvert fylke påvirker både forekomst av luftveisinfeksjoner, og risiko og frekvens for alvorlige utfall, deriblant sykehusinnleggelse. Denne sammenhengen er ikke undersøkt. Også andre faktorer, som tilgang til og organisering av helsetjenester, helsetilstand i befolkningen, vaksinasjonsdekning m.fl. påvirker sykehusinnleggelser for luftveisinfeksjoner.

Vurdering

Byrden i sykehus relatert til luftveisinfeksjoner var lavere i 2025-26-sesongen enn de fire foregående sesongene. Forekomsten av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner reflekterte kjent aldersrelatert risiko for alvorlige forløp av luftveisinfeksjoner med flest innleggelser hos de eldste og de yngste. Hos de yngste var innleggelsene av kort varighet, og barna under ett år hadde andelsvis oftest behov for pustestøtte (non-invasiv eller invasiv). De eldste var mest utsatt for alvorlig forløp, med lengst liggetid og flest dødsfall relatert til sykehusinnleggelsen.



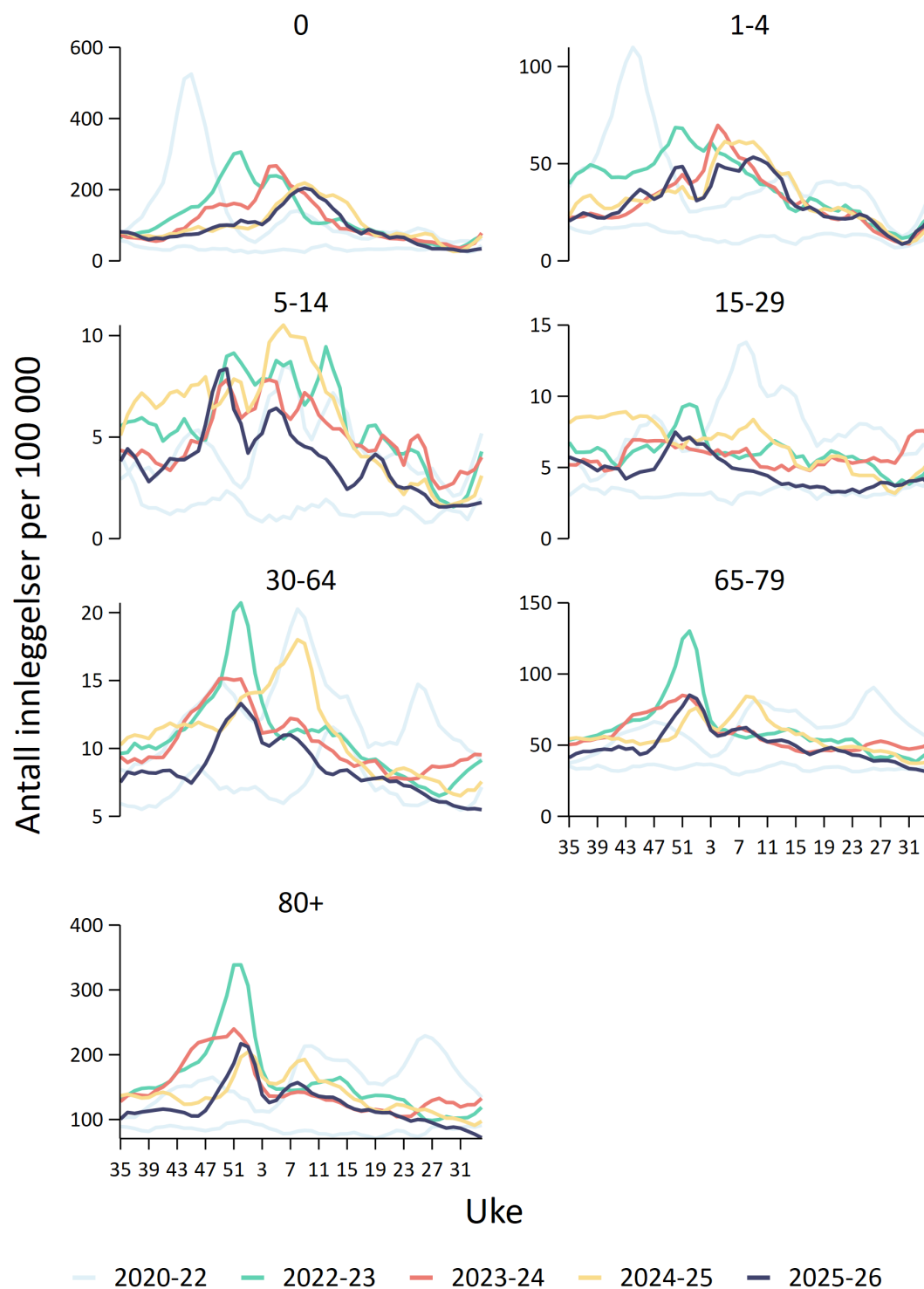
Figur 7. Ukentlig antall innleggelser med luftveisinfeksjoner etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.



Figur 8. Kumulativt antall innleggelser med luftveisinfeksjoner etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.

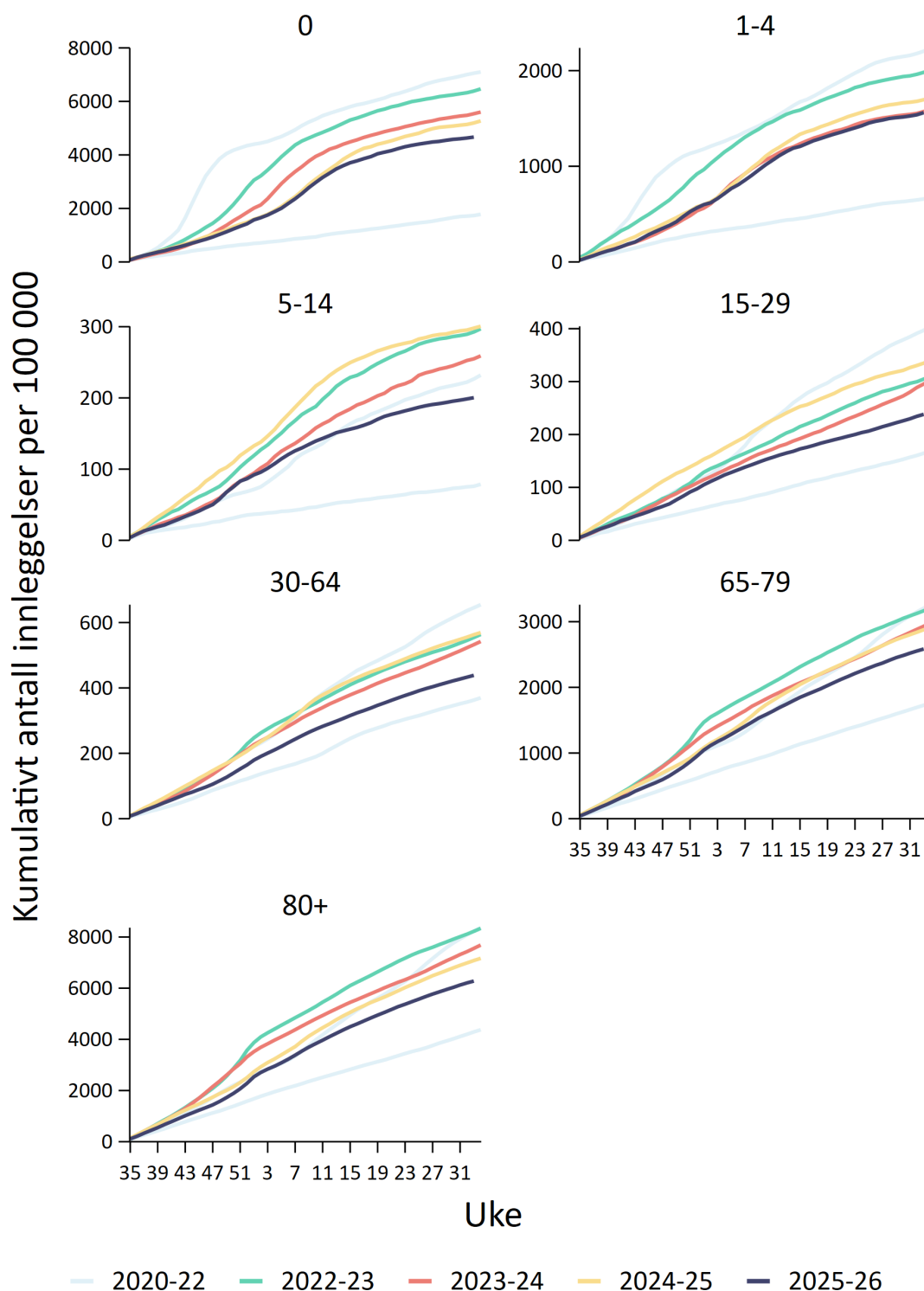
Tabell 4. Totalt antall innleggelser med luftveisinfeksjoner etter sesong, 29.8.2022 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.

Sesong	Antall	Antall per 100 000
2022-23	72410	1319,2
2023-24	68159	1228,0
2024-25	69240	1237,7
2025-26	59701	1060,9



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 9. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av ukentlig antall innleggelser med luftveisinfeksjoner per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 10. Kumulativt antall innleggelser med luftveisinfeksjoner per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19..

Tabell 5. Totalt antall innleggelser med luftveisinfeksjoner samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19. NK: nedre kvartil, ØK: øvre kvartil

Aldersgruppe	Totalt antall		Liggetid (dager)			Pustestøtte		Dødsfall	
	Antall	Per 100 000	Median	NK	ØK	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
0 år	2594	4667,3	1	1	3	318	12,3	6	0,2
1-4 år	3441	1561,1	1	1	3	180	5,2	1-4	-
5-14 år	1237	200,3	2	1	3	97	7,8	1-4	-
15-29 år	2495	238,1	2	1	4	110	4,4	18	0,7
30-64 år	11416	438,5	3	2	7	659	5,8	364	3,2
65-79 år	20628	2584,6	4	3	8	892	4,3	1566	7,6
80+ år	17890	6278,5	4	3	7	396	2,2	2169	12,1
Totalt	59701	1060,9	4	2	7	2652	4,4	4128	6,9

Tabell 6. Ukentlig samt totalt antall innleggelser med luftveisinfeksjoner per 100 000 etter fylke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19.

Fylke	Antall	Antall	Antall per 100 000
Agder		3580	1105,2
Akershus		6250	834,2
Buskerud		2915	1067,8
Finnmark		757	1005,5
Innlandet		4745	1250,4
Møre og Romsdal		2791	1021,7
Nordland		3150	1294,8
Oslo		5986	821,4
Rogaland		5881	1155,6
Telemark		1983	1114,5
Troms		1533	895,3
Trøndelag		4459	911,6
Vestfold		3210	1237,8
Vestland		8406	1276,8
Østfold		3576	1130,0

Innleggelser i intensivavdeling

Gjennom 2025-26-sesongen var det registrert til sammen 1 185 intensivinnleggelser med luftveisinfeksjoner. Av disse hadde 528 (45 %) luftveisinfeksjoner som hovedårsak til innleggelsen, 497 (42 %) hadde luftveisinfeksjoner som medvirkende årsak til innleggelsen og hos 160 (14 %) var luftveisinfeksjoner et bifunn. Innleggeselsraten var høyest blant spedbarn, etterfulgt av aldersgruppene 80 år og eldre samt 65-79 år (Tabell 7). Median liggetid var 3 dager (nedre-øvre kvartil 2-7 dager). Av de 1 185 omtrent 70 % fikk pustestøtte, <1 % fikk ECMO, og 14 % døde på intensiv.

Vurdering

Sesongen 2025-26 er den første sesongen med nasjonal overvåking av intensivinnleggelser med luftveisinfeksjoner. Det er noe usikkerhet knyttet til hvor komplett rapporteringen er. Ettersom historiske data mangler, er det ikke mulig å sammenligne nivået av intensivinnleggelser med tidligere sesonger. Resultatene bør derfor betraktes som et første referansepunkt for framtidige vurderinger av sykdomsbyrden.

Tabell 7. Totalt antall innleggelser i intensivavdeling med luftveisinfeksjoner samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk intensivregister. NK: nedre kvartil, ØK: øvre kvartil

Aldersgruppe	Totalt antall		Liggetid (dager)			Pustestøtte		ECMO		Dødsfall	
	Antall	Per 100 000	Median	NK	ØK	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
0 år	48	86,4	3	2	8	39	81,2	1	2,1	-	-
1-4 år	67	30,4	3	2	6	48	71,6	0	0,0	0	0,0
5-14 år	36	5,8	3	2	7	31	86,1	2	5,6	-	-
15-29 år	47	4,5	4	2	7	30	63,8	0	0,0	-	-
30-64 år	300	11,5	4	2	8	219	73,0	7	2,3	33	11,0
65-79 år	488	61,1	3,5	2	7	336	68,9	0	0,0	82	16,8
80+ år	199	69,8	2	1	5	124	62,3	0	0,0	42	21,1
Totalt	1185	21,1	3	2	7	827	69,8	10	0,8	165	13,9

Dødsfall

Totaldødelighet

Med «totaldødelighet» menes dødeligheten av alle dødsårsaker. Totaldødeligheten har gjennom hele 2025-26-sesongen ligget innenfor forventet variasjon, gitt dødelighetstrendene sett i referanseperioden (Figur 11). Det forventede normalområdet er beregnet ut fra ukentlig dødelighet i en referanseperiode som inkluderer de siste 10 årene, men der alle uker i 2020-2022 er utelatt som følge av unormale svingninger i dødeligheten under covid-19 pandemien. Dødeligheten var i den øvre del av normalområdet i ukene før jul, men fortsatt innenfor det som er forventet for denne tiden av året.

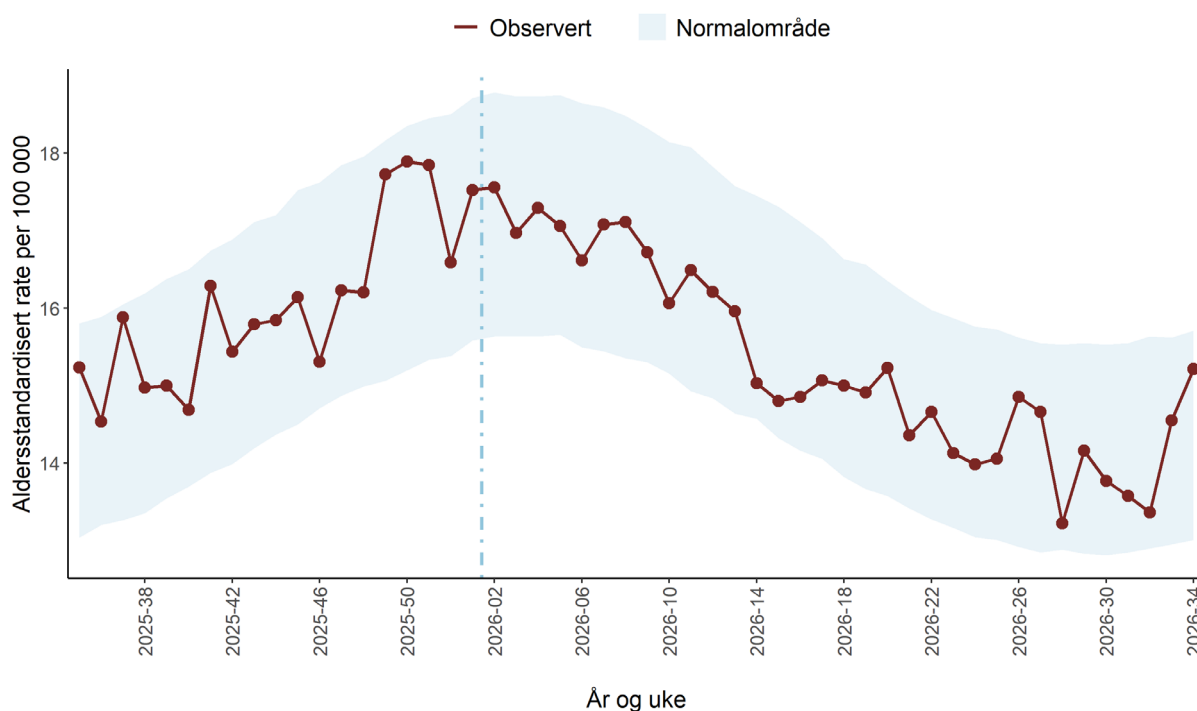
Så langt er det registrert 45 096 dødsfall for sesongen 2025-26 (oppdatert 27.08.2026). Dette er flere enn i alle sesonger i perioden 2017-18 til 2024-25, med unntak av sesongen 2021-22 under covid-19-pandemien. Det høyere antallet sammenlignet med tidligere sesonger skyldes endret befolkningssammensetning, særlig en økning i antallet eldre. Når det justeres for disse endringene

ved bruk av aldersstandardiserte dødelighetsrater, har dødeligheten gjennom 2025-26-sesongen ligget lavere enn i de fleste tidligere sesongene vist i Figur 12.

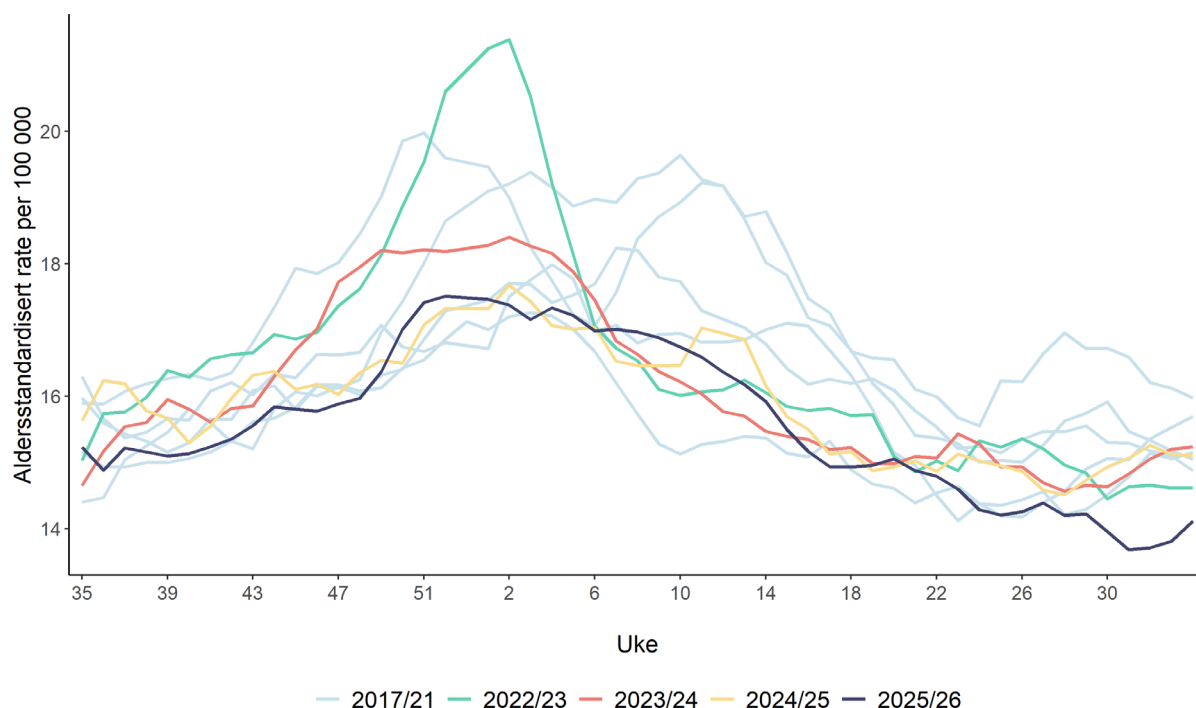
Resultatene fra overvåkingen for året 2025 som helhet er oppsummert i en egen rapport tilgjengelig på [FHIs nettsider om Overvåking av totaldødelighet](#).

Vurdering

Det er så langt registrert flere dødsfall i sesongen 2025-26 enn i fjorårets sesong, men dette skyldes i hovedsak en økning i antall eldre i befolkningen. Når man tar hensyn til endringer i befolkningssammensetning, har totaldødeligheten ligget innenfor normal variasjon gjennom sesongen, selv om enkelte perioder, særlig i ukene før jul, lå i øvre del av normalområdet.



Figur 11. Aldersstandardisert rate for totalt antall dødsfall, 25.08.2025 – 17.08.2026. Normalområde (lyseblått felt) angir hvor det er forventet at dødelighetsraten skal ligge basert på trenden de siste ti år der pandemiperioden 2020 til 2022 er utelatt. Stiplet linje markerer uke 1 i 2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret via Stat19 og SSB sin statistikkbank tabell 07459.



Figur 12. Aldersstandardisert rate for totalt antall dødsfall etter sesong med 4-ukers glidende gjennomsnitt, 28.08.2017 – 17.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret via Stat19 og SSB sin statistikkbank tabell 07459.

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner

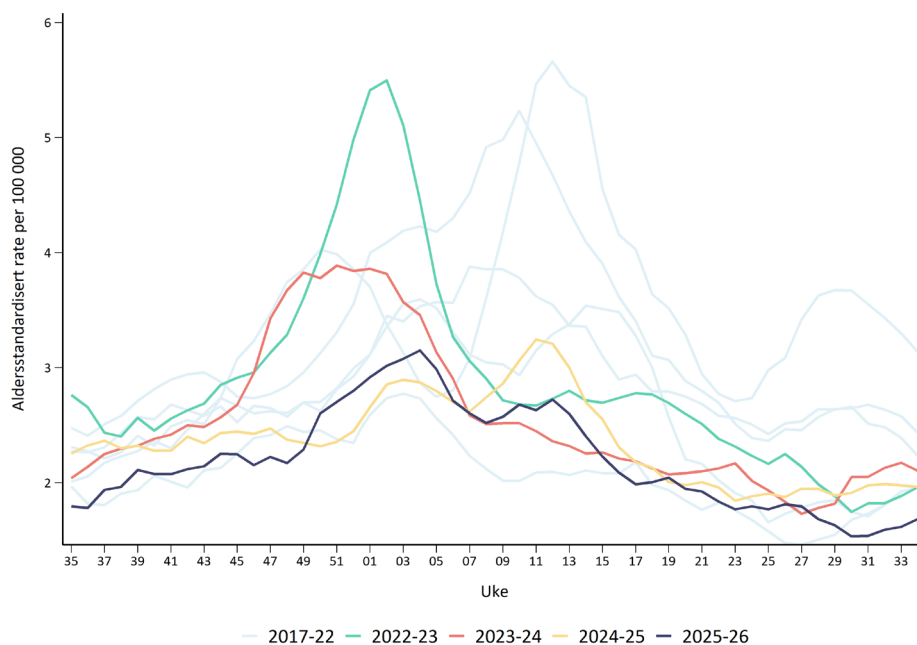
Høsten 2025 steg antall dødsfall relatert til luftveisinfeksjoner fra begynnelsen av desember, fra et lavere nivå enn de siste årene. Økningen begynte et par uker tidligere enn sesongen før, men flere uker senere enn i 2022-23 og 2023-24-sesongene. I hovedtoppen i uke 1 var det 192 dødsfall, og i en lavere topp i uke 9 var det 168 dødsfall (Figur 13).

Gjennom 2025-26-sesongen ble det registrert 6 363 dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner. Dette er noe færre enn fjorårssesongen, og færre enn de fleste sesongene tilbake til 2017-18. Kun i 2020-21-sesongen var det færre dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner, en periode sterkt preget av strenge smitteverntiltak pga. covid-19-pandemien og svært lav forekomst av vanlige luftveisvirus- og bakterier (Figur 14). Gjennom 2025-26-sesongen utgjorde dødsfall med luftveisinfeksjon som underliggende eller medvirkende dødsårsak 14 % av alle dødsfall i Norge. Figur 15 viser fordelingen av dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner i forhold til alle dødsfall. Forekomsten av dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner økte med økende alder (Tabell 9).

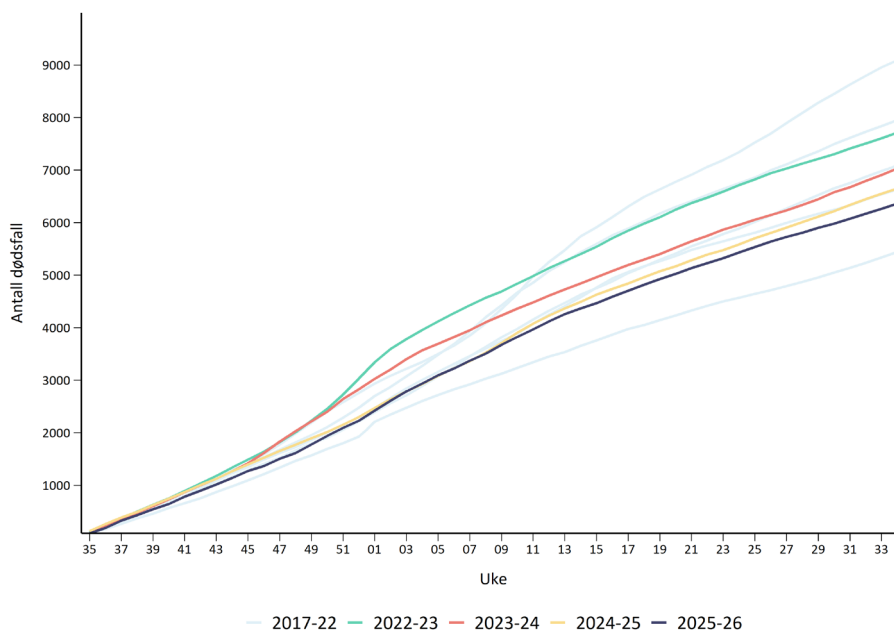
Mellom fylkene varierte antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner mellom 86 og 153 per 100 000 innbyggere i hhv. Oslo og Innlandet (Tabell 10). Det er vanskelig å vite hva forskjellene mellom fylkene skyldes, og i hvilken grad ulik forekomst av luftveisinfeksjoner forklarer funnene. Ulike demografisk sammensetning i hvert fylke vil kunne påvirke både forekomst av luftveisinfeksjoner, og risiko og frekvens for alvorlige utfall, deriblant sykehusinnleggelse. Denne sammenhengen er ikke undersøkt. Også andre faktorer, som tilgang til helsetjenester, helsetilstand i befolkningen, vaksinasjonsdekning m.fl. påvirker sykehusinnleggelser for luftveisinfeksjoner.

Vurdering

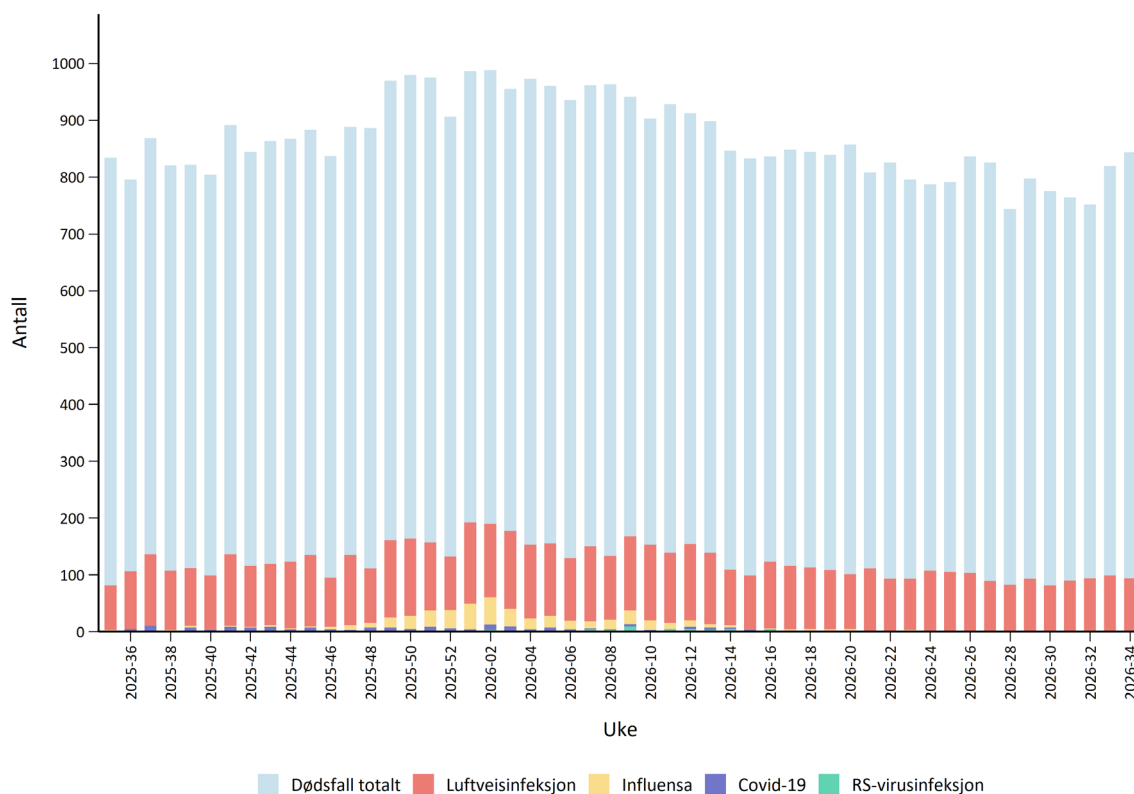
Antallet dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner var lavere enn de fire siste sesongene. Forekomsten av dødsfall med luftveisinfeksjoner reflekterte kjent aldersrelatert risiko for alvorlige forløp av luftveisinfeksjoner med flest innleggelser hos de eldste.



Figur 13. Aldersstandardisert rate for dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon med 4-ukers glidende gjennomsnitt, 28.08.2017 –23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.



Figur 14. Kumulativt antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, 28.08.2017 –23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.



Figur 15. Totalt antall dødsfall og dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, influensa, covid-19 og RS-virusinfeksjon, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 8. Totalt antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Sesong	Antall	Antall per 100 000
2022-23	7 718	140,6
2023-24	7 041	126,9
2024-25	6 657	119,0
2025-26	6 363	113,1

Tabell 9. Totalt antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner per 100 000 etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Aldersgruppe	Antall	Antall per 100 000
0-14 år	10	1,1
15-29	16	1,5
30-64	378	14,5
65-79	1 756	220,0
80+	4 199	1 473,6
Ukjent	4	-
Totalt	6 363	113,1

Tabell 10. Totalt antall dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner per 100 000 etter fylke, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Fylke	Antall	Antall per 100 000
Agder	324	100,0
Akershus	686	91,6
Buskerud	315	115,4
Finnmark	108	143,4
Innlandet	579	152,6
Møre og Romsdal	307	112,4
Nordland	362	148,8
Oslo	623	85,5
Rogaland	614	120,6
Telemark	255	143,3
Troms	224	130,8
Trøndelag	463	94,7
Vestfold	321	123,8
Vestland	759	115,3
Østfold	417	131,8
Ukjent fylke	6	-
Norge	6 363	113,1

Influenza

Oppsummering

Influensasessongen 2025-26 var kjennetegnet av et tidlig utbrudd drevet av den nye K-varianten av influensa A(H3N2). Til tross for at konsultasjonsaktiviteten i primærhelsetjenesten ikke overskred middels nivå, peker flere indikatorer på at dette var en av de mest alvorlige influensasessongene de senere årene, spesielt for den eldste delen av befolkningen. Sesongen utmerket seg særlig ved høyt antall varslede utbrudd i helseinstitusjoner, mange sykehus- og intensivinnleggelser og et høyt antall influensarelaterte dødsfall, hovedsakelig blant eldre. Det er usikkert i hvilken grad endringer i testaktivitet, demografisk utvikling og registreringspraksis i forhold til tidligere påvirker resultatene.

Utbruddet startet flere uker tidligere enn normalt og nådde også toppen tidligere enn vanlig. Utviklingen ser i stor grad å ha vært drevet av tidlig sirkulasjon av den nye K-varianten av influensa A(H3N2)-virus, som trolig hadde høy spredningsevne. Dette kom til uttrykk gjennom en uvanlig tidlig og rask økning i influensalignende sykdom (ILS) blant de yngste barna. Vestland, Rogaland og Agder hadde en senere utbruddstart og utbruddstopp enn resten av landet, noe som sannsynligvis hang sammen med senere økning av A(H3N2)-virus i disse områdene.

Mens omtrent to tredjedeler av influensatilfellene kan tilskrives influensa A(H3N2)-virus som nesten alle tilhørte K-varianten, var noe under en tredjedel A(H1N1). De aller fleste av disse var ganske lik hverandre og tilhørte undergruppen D.3.1.1. Kun et par-tre prosent av influensatilfellene var influensavirus B, disse fordelte seg på diverse undergrupper.

Høyest forekomst ble sett hos skolebarn, etterfulgt av yngre barn og unge voksne, men både barn under 5 år og eldre over 65 år ser ut til å ha vært mer rammet enn i de foregående sesongene. Det ble varslet flere influensautbrudd i helseinstitusjoner enn noen gang tidligere, noe som sannsynligvis både reflekterer omfattende smittespredning og alvorlig sykdom blant eldre, samt forbedret varsling.

Antallet sykehusinnleggelser med influensa var høyt og på nivå med den foregående sesongen. De høyeste innleggesratene ble observert blant personer over 65 år og spedbarn. De eldste hadde størst forekomst av alvorlig sykdom, med lengre liggetid, flere intensivinnleggelser og flest dødsfall. Blant barn var innleggesene gjennomgående kortvarige, og det ble ikke registrert influensarelaterte dødsfall blant personer under 15 år.

Vaksinasjonsdekningen blant personer over 65 år nådde et nytt toppnivå på 69 %, og det ble distribuert om lag 1,7 millioner vaksinedoser. De fleste dosene ble satt før influensautbruddet begynte.

Konsultasjoner i primærhelsetjenesten

Andelen influensalignende sykdom (ILS) blant alle konsultasjoner steg fra midten av november, noen uker tidligere enn normalt (Figur 17). Den tidlige økningen gjaldt for alle aldersgrupper, men spesielt blant barn 0-4 år og 5-14 år (Figur 19). Utbruddsterskelen ble passert i uke 48 (Figur 16). Dette sammenfalt med at utbruddsterskelen ble passert i Fyrtårnsystemet og det laboratoriebaserte systemet. Toppen ble nådd i nyttårsuken (uke 1 2026) da 2,4 % av konsultasjonene i primærhelsetjenesten skyldtes influensalignende sykdom. Dette tilsvarte et middels intensitetsnivå i henhold til MEM-tersklene. ILS-indikatoren holdt seg på middels nivå i tre uker (Figur 16).

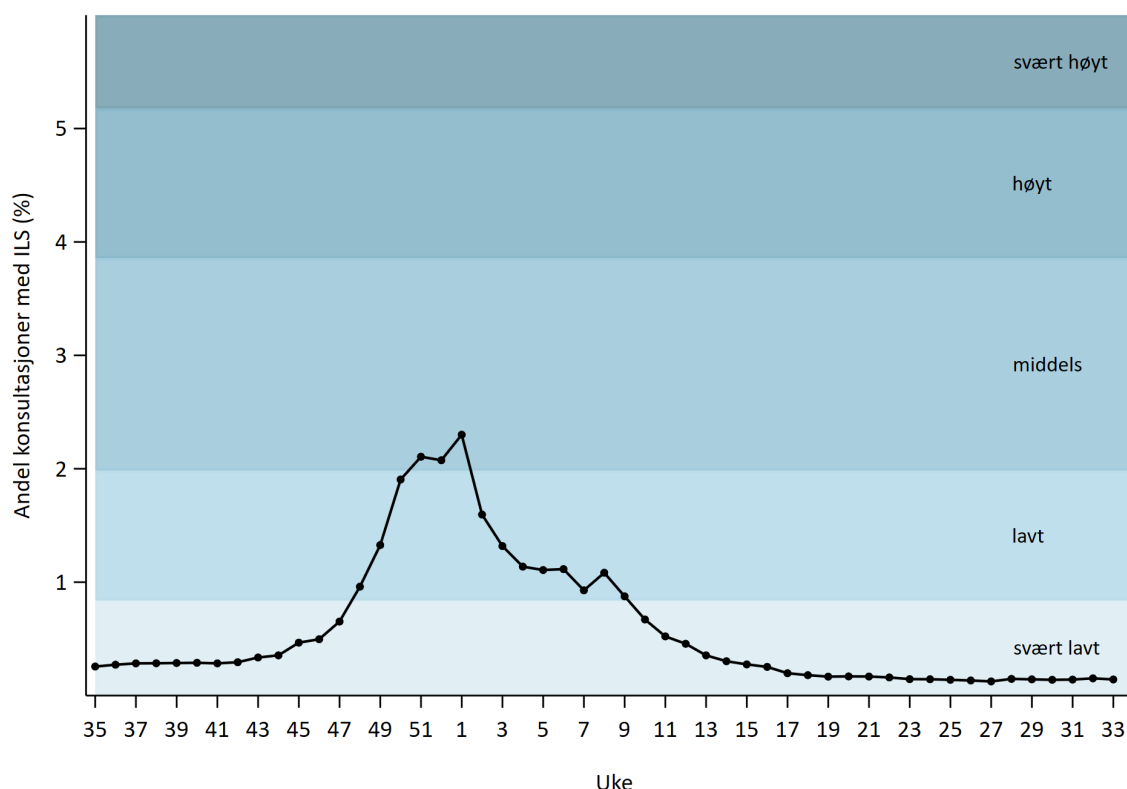
Gjennom sesongen ble det registrert i overkant av 105 539 konsultasjoner for ILS. Dette utgjorde ca. 0,6 % av alle konsultasjoner hos fastlege og legevakt, og ligger innenfor normalen for de siste fire sesongene (90 029 i sesongen 2023-24 og 129 610 i sesongen 2024-25).

De fleste konsultasjoner for influensalignende sykdom var i aldersgruppene 15-29 år (2 478 per 100 000) og 30-64 år (2 340 per 100 000) (Tabell 12). Sammenlignet med tidligere sesonger lå antall konsultasjoner hos de minste barna (0-4 år) på et høyere nivå enn vanlig (Figur 20). I denne aldersgruppen var det også en tidligere økning i antall konsultasjoner for ILS (Figur 19).

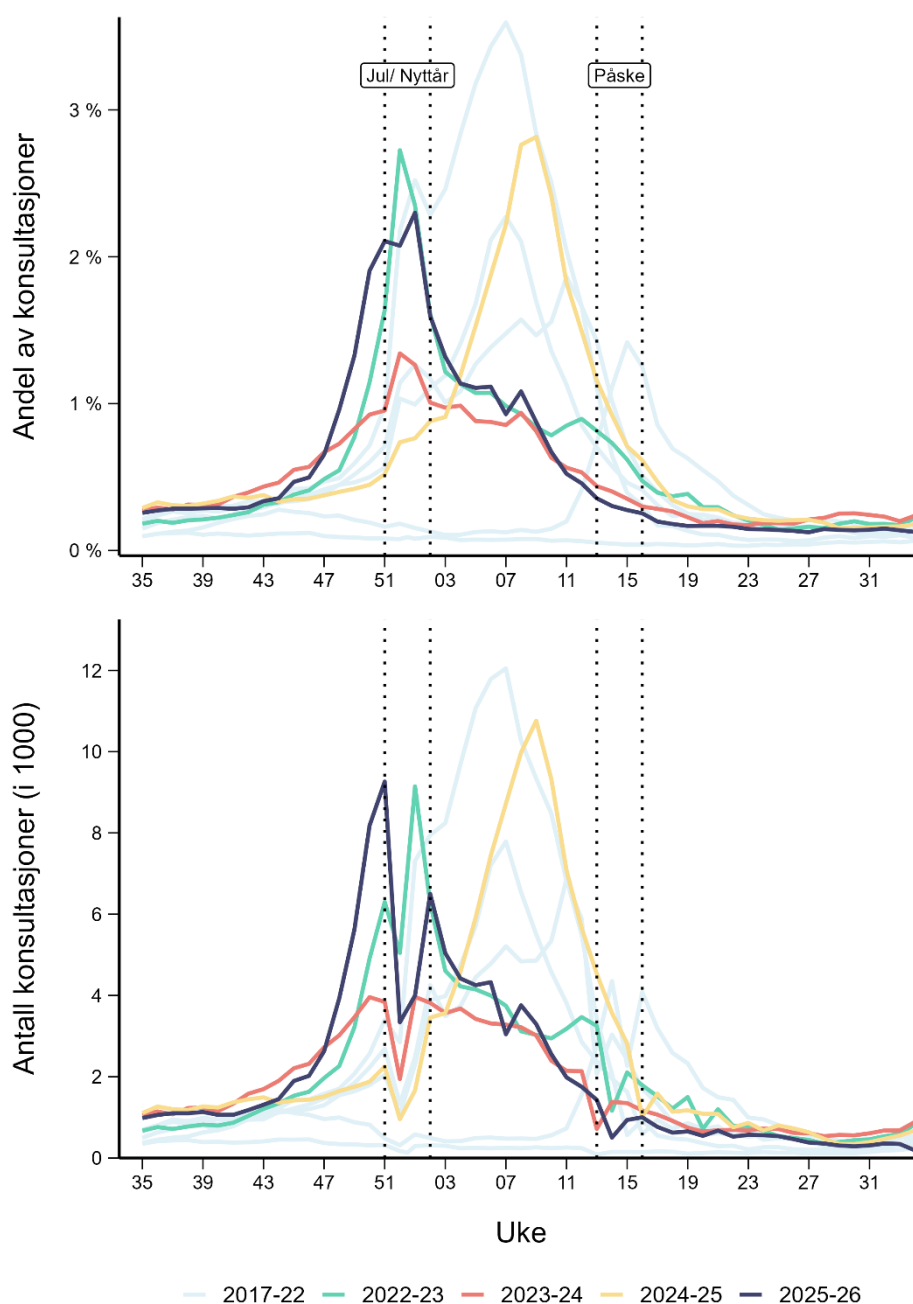
For 2025-26 sesongen var det Telemark som hadde lavest antall ILS (1 275 per 100 000), mens Oslo hadde høyest antall influensakonsultasjoner (2 225 per 100 000). Agder, Rogaland og Vestland hadde en noe forlenget sesong når man ser på andel ILS sammenlignet med resterende fylker (Tabell 13). Disse forskjellene kan forklares av ulik influensaforekomst, men også ulik legesøkning for ILS, alderssammensetning, tilgang til helsehjelp og generell helsetilstand i befolkningen.

Vurdering

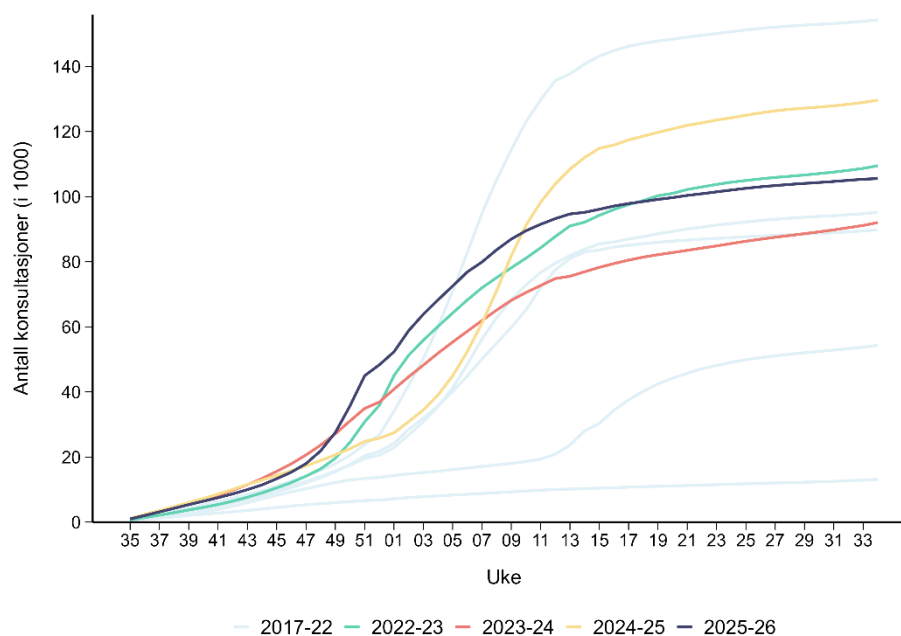
Antall konsultasjoner for ILS har ligget innenfor det som er forventet basert på tidligere sesonger. Sesongen var preget av en unormal rask og tidlig økning hos den minste aldersgruppen, noe som kan forklares av den nye K-varianten av influensa A H3-viruset som sirkulerte denne sesongen.



Figur 16. Nivå av influensaaktivitet målt ved ukentlig andel konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS), 25.08.2025 - 16.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



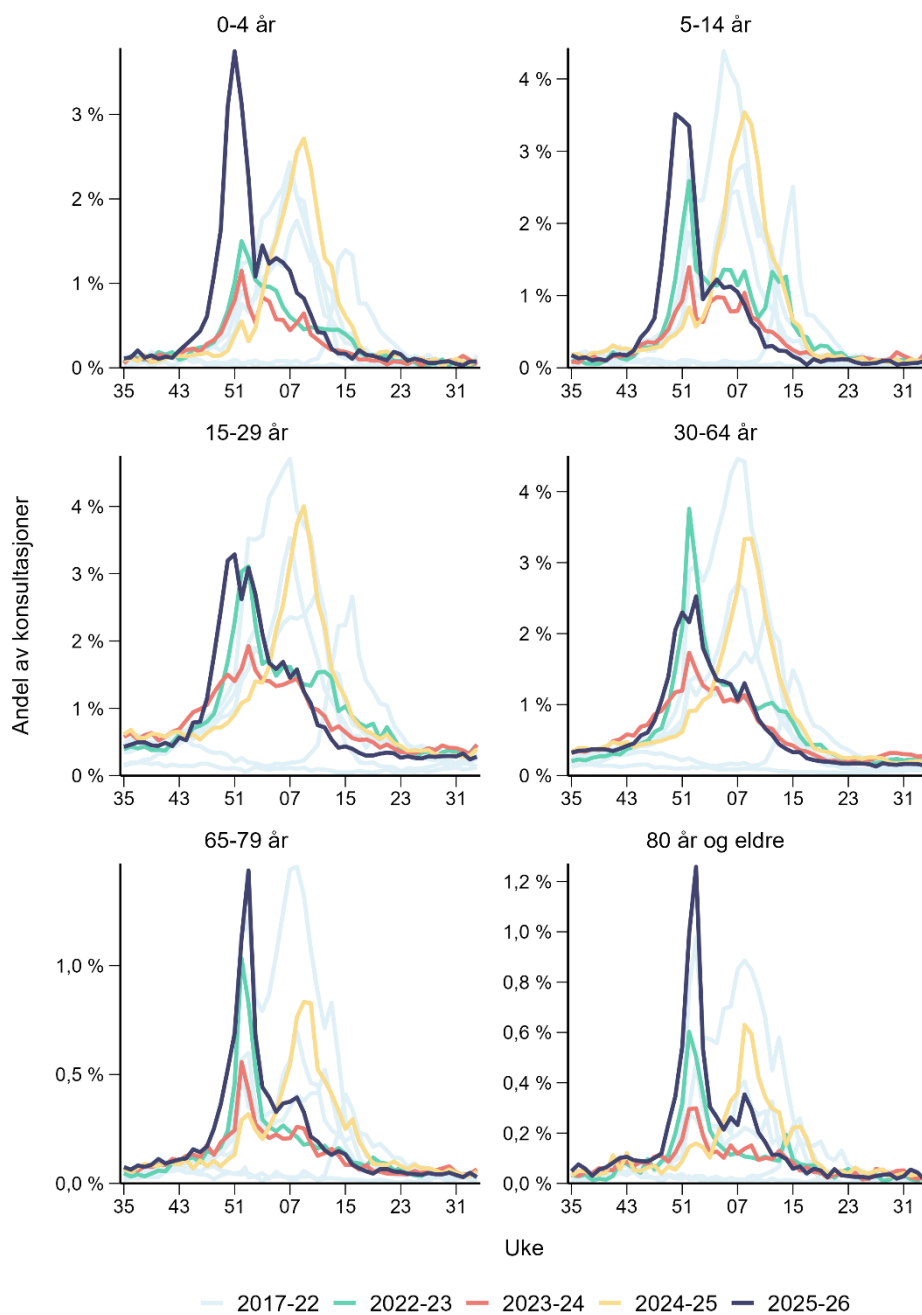
Figur 17. Ukentlig andel konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS) etter sesong, 28.08.2017 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



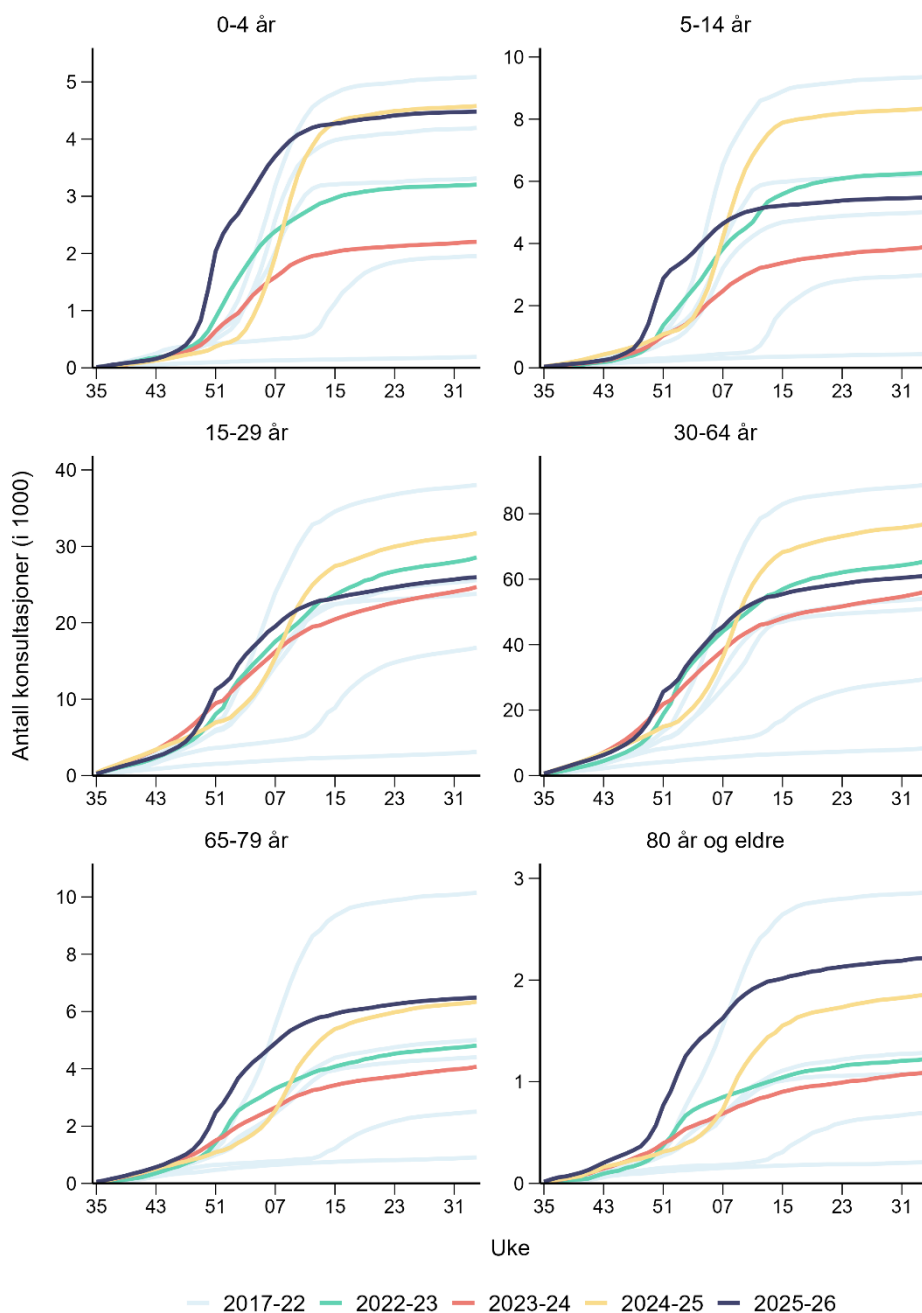
Figur 18. Kumulativt antall konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS) etter sesong, 28.08.2017 –23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Tabell 11. Totalt antall konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS) etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Sesong	Totalt antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner for ILS	Antall konsultasjoner for ILS per 100 000
2022-23	18 384 313	109 494	1 995
2023-24	18 526 090	92 029	1 658
2024-25	18 606 247	129 610	2 317
2025-26	18 112 142	105 539	1 875



Figur 19. Ukentlig andel konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS) etter aldersgruppe og sesong, 28.08.2017 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



Figur 20. Kumulativt antall konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS) etter aldersgruppe og sesong, 28.08.2017 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Tabell 12. Totalt antall konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS) etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026.
Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Aldersgruppe	Totalt antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner for influensa	Antall konsultasjoner for influensa per 100 000
0-4 år	650 710	4 480	1 623
5-14 år	903 266	5 475	887
15-29 år	2 758 652	25 960	2 478
30-64 år	9 002 775	60 922	2 340
65-79 år	3 274 083	6 484	812
80+ år	1 521 421	2 214	777
Ukjent	1 235	4	.
Totalt	18 112 142	105 539	1 875

Tabell 13. Ukentlig andel samt totalt antall konsultasjoner for influensalignende sykdom (ILS) etter fylke, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Fylke	Ukentlig andel konsultasjoner for influensa	Totalt antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner for influensa	Antall konsultasjoner for influensa per 100 000
Agder		1 092 171	6 050	1 868
Akershus		2 474 900	16 205	2 163
Buskerud		927 156	5 031	1 843
Finnmark		253 016	1 013	1 345
Innlandet		1 245 412	5 077	1 338
Møre og Romsdal		883 533	4 529	1 658
Nordland		769 129	3 147	1 294
Oslo		2 161 712	16 212	2 225
Rogaland		1 536 072	9 890	1 943
Telemark		580 866	2 269	1 275
Troms		566 437	2 951	1 724
Trøndelag		1 535 777	8 911	1 822
Vestfold		910 071	4 734	1 825
Vestland		2 006 013	13 576	2 062
Østfold		1 098 391	5 605	1 771
Norge		18 112 142	105 539	1 875

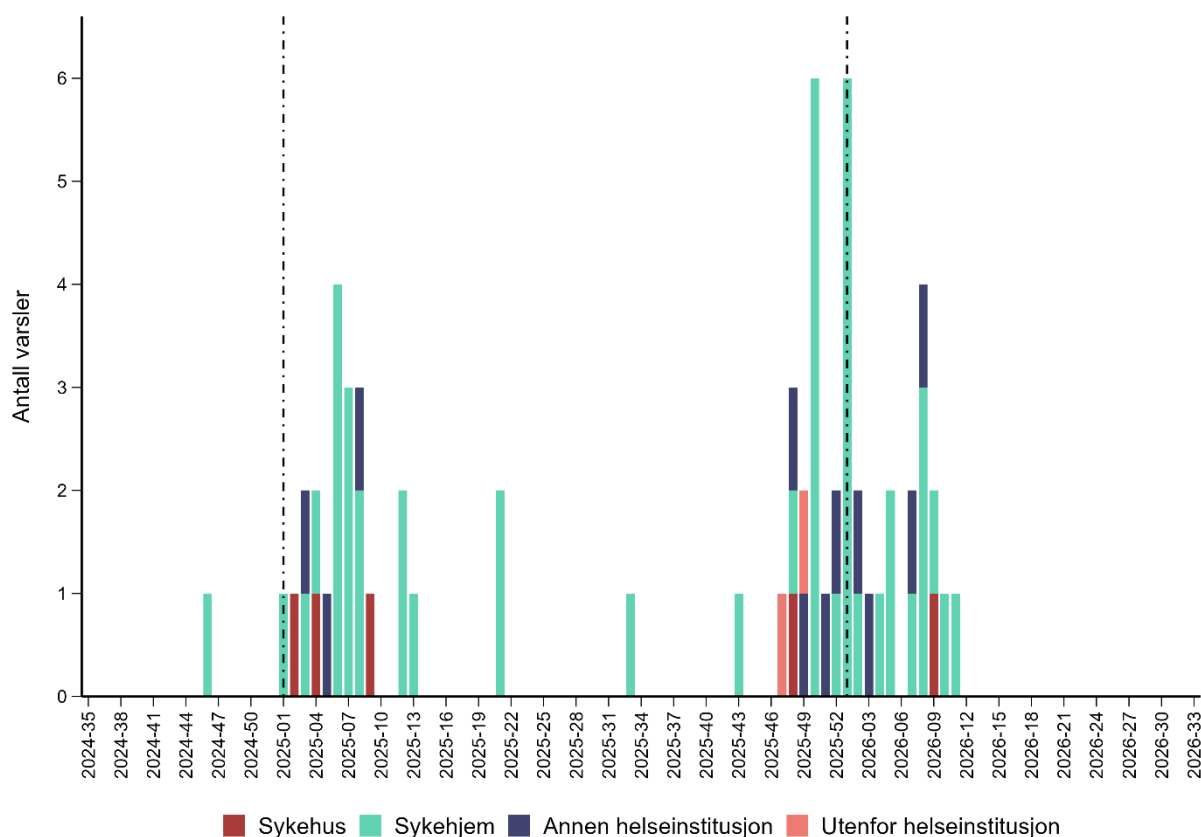
Varslede utbrudd

Antall influensautbrudd i helseinstitusjoner kan variere fra år til år og er blant annet avhengig av varighet og intensitet av vinterens influensautbrudd, immunitet blant pasienter/beboere og helsepersonell mot sirkulerende influensavirus, vaksinasjonsdekning og vaksineeffekt.

Gjennom sesongen 2025-26 ble det varslet 38 utbrudd av influensa i helseinstitusjoner, i tillegg til ett fra en barnehage og ett fra en ungdomsskole. Influensa A ble angitt i 33 av 38 utbrudd. Subtype var ikke spesifisert i noen av utbruddene.

Vurdering

Antall varslede influensautbrudd gjennom 2025-26-sesongen er det høyeste noen gang. Dette skyldes sannsynligvis at vinterens influensautbrudd ga mye smitte og alvorlig sykdom blant de eldste. I tillegg kan mer komplett varsling fra helsepersonell de siste årene hatt innvirkning på tallene.



Figur 21. Varslede utbrudd av influensa siste 2 sesonger etter første innsykningsdato. Svart stiplet linje markerer uke 1 hvert år, 26.08.2024 – 23.08.2026. Kilde: Vesuv, Folkehelseinstituttet.

Tabell 14. Totalt antall utbrudd av influensa og totalt antall tilfeller i utbruddene etter første innsykningsdato og sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: Vesuv.

Sesong	Antall utbrudd i helseinstitusjoner	Totalt antall utbrudd	Antall tilfeller
2022-23	9	10	77
2023-24	9	10	87
2024-25	25	25	272
2025-26	36	38	330

Påvisninger

Laboratoriepåvist influensa begynte å øke medio oktober, noen uker tidligere enn normalt. I størsteparten av landet ble hovedtoppen nådd i uke 51 med andel influensapositive prøver på 29 %. Dette er den tidligste sesonginfluensatoppen siden 2003. Etter nyttår tilkom en ny mindre topp i uke 5 med andel positive prøver på 17 %. Utbruddet var over noen uker tidligere enn vanlig.

Gjennom 2025-26-sesongen ble 280 872 personer testet for influensavirus (Tabell 15). Dette var en tilbakegang etter jevn økning over flere år og færre enn fjorårssesongen, en sesong preget av høy testaktivitet som sannsynligvis skyldtes høy forekomst av influensa delvis sammenfallende med utbruddet av *Mycoplasma pneumoniae*. Influenzavirus ble påvist hos drøyt 26 000 personer.

Testing forekom oftest blant de eldste og de yngste. Det var flest påvisninger i aldersgruppen 80 år og eldre, etterfulgt av 1-4 år og under ett år (Tabell 16). Andelen positive prøver blant analyserte prøver brukes ofte som en indikasjon på relativ forekomst mellom grupper og sesonger. Den høyeste andelen positive prøver i noen enkeltuke ble observert i aldersgruppen 5-14 år (51 % i uke 51), etterfulgt av 1-4 år (43 % i uke 51) og 15-29 år (39 % i uke 50). Denne sesongen var andel positive prøver i toppuken høyere enn tidligere sesonger i aldersgruppene under 5 år og over 65 år (Figur 24).

Det var stor ulikhet i testaktivitet mellom fylkene (Tabell 17). Dette skyldes bl.a. ulik rekvireringspraksis hos legene, og i hvor stor grad laboratoriene kjører utvidete luftveispaneler, og bruken av hurtigtester hvor svar ikke rapporteres til MSIS-labdatabasen. Et høyt antall påvisninger kan dermed både bety at forekomsten av sykdom er høy, eller at testaktivitet er høy. I de ulike fylkene var det noe variasjon i hvilken uke utbruddet nådde toppen. Tidligst var Oslo, Akershus og Møre og Romsdal, som hadde høyest andel positive i uke 50. Tre fylker, Vestland, Rogaland og Agder, hadde en senere utbruddstart og hadde ikke den samme influensatoppen før nyttår som ellers i landet (Tabell 17). Den høyeste andelen positive prøver i ett fylkes toppuke ble observert i Akershus, Østfold, Trøndelag og Finnmark (37 % i hhv. uke 50, 51, 52 og 52), mens toppen var lavest i Rogaland (11 % i uke 8).

Influensatype og subtype

I perioden fra uke 35/2025 til og med uke 34/2026 er det, blant nesten 340 000 testede sykdomstilfeller, registrert 29 126 laboratorieverifiserte influensa A-infeksjoner mens det kun er påvist 792 tilfeller med influensa B. Mer enn 97 % av influensapåvisningene var altså type A.

Influenzavirus A(H3N2) har dominert, særlig i delene av landet med tidlig start på utbruddet. I Vestland og Rogaland var A(H1N1) i flertall i starten og utbruddet utviklet seg saktere enn de fleste andre deler av landet (Figur 25). I områder som hadde et tidlig utbrudd med A(H3N2), utgjorde A(H1N1) en voksende andel av påvisningene på nyåret/mot slutten av vintersesongen. Som vist i rapportens kapittel om viruskarakterisering tilhørte sesongens A(H3N2)-virus nesten utelukkende den nye K-varianten som antakelig hadde en spredningsevne som bidro sterkt til den tidlige utbruddstoppen. Sett over hele sesongen estimerer vi at A(H3N2)-virus utgjorde to tredjedeler av infeksjonene, med noe over 30 % A(H1N1) og noe under 3 % influensa B/Victoria (Figur 26).

Sist gang H3N2 var det vanligst påviste influensaviruset var i 2022/2023-sesongen. I de tre neste sesongene var det H1N1 som forekom hyppigst (Figur 28).

De tre sirkulerende influensavirusene har ulike aldersprofiler. For de dominerende A(H3N2)-virusene hadde de yngste (0-4 år) og de eldste (80 år og eldre) høyere sannsynlighet enn øvrige aldersgrupper

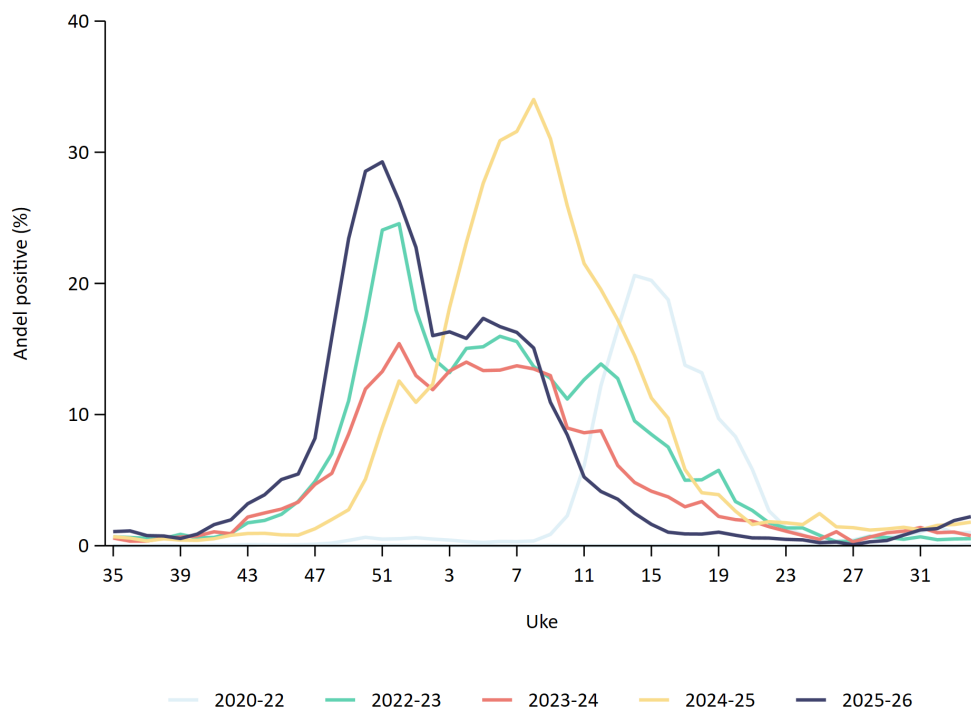
for å få påvist infeksjon. Men de eldste var langt mindre overrepresentert enn tidligere, for eksempel i 2016-2017 og 2017-2018-sesongene da de eldste hadde 4-5 ganger høyere sannsynlighet for å få påvist infeksjon enn andre aldersgrupper (Figur 27).

Også for influensa A(H1N1) var de yngste og de eldste overrepresentert. Men her har trenden vært motsatt når en sammenligner med 2017-2018 og 2018-2019-sesongene da de yngste var langt mer overrepresentert mens de eldste ikke hadde forhøyet sannsynlighet for å få subtypen påvist. For influensa B/Victoria hadde aldersgruppen 5-14 år høyest sannsynlighet for påvisning, med lavest sannsynlighet hos personer 65 år og eldre. I denne gruppen ser influensa B/Victoria til å ha blitt enda sjeldnere enn for ni år siden.

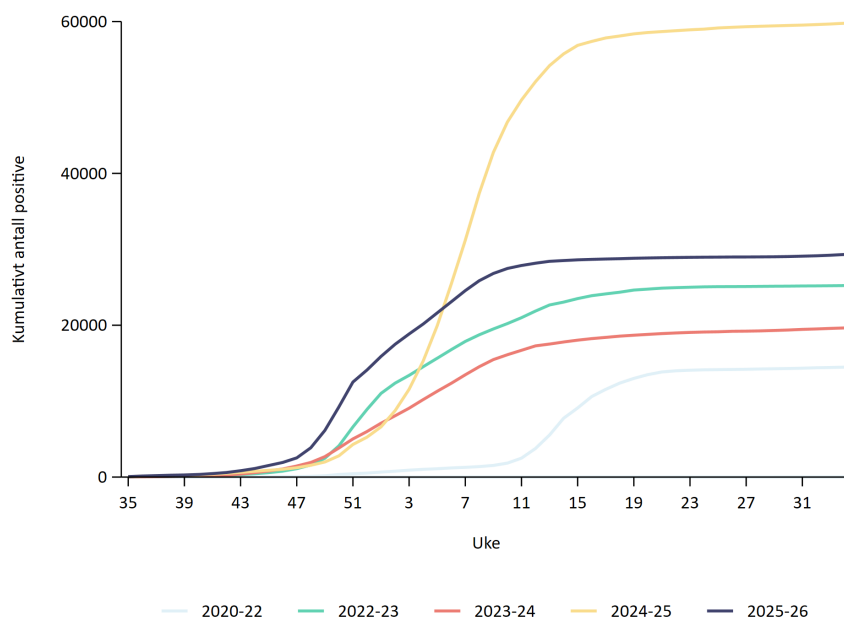
Vurdering

Sesongens influensautbrudd forekom noen uker tidligere enn normalt, og endte også tidligere enn vanlig. Tidlig forekomst av den nye K-varianten av A(H3N2)-virus som ser ut til å ha hatt høy spredningsevne og dermed er en sannsynlig driver for den tidlige utviklingen av utbruddet. Dette støttes av at deler av landet der det var mye A(H1N1) og lite A(H3N2) i starten ikke fikk samme tidlige utbruddstopp. Som normalt ser forekomsten ut til å ha vært høyest i aldersgruppen 5-14 år, etterfulgt av 1-4 år og 15-29 år. Samtidig ser utbruddet ut til å ha vært noe kraftigere for barn under 5 år og personer 65 år og eldre enn foregående sesonger.

Vestland, Rogaland og Agder hadde en senere utbruddstart enn resten av landet, som sannsynligvis skyldtes en senere økning i influensa A(H3N2). Disse fylkene opplevde en senere utbruddstopp enn landet for øvrig. Statistikk over typer og subtyper av influensa gjennom sesongen nasjonalt og i ulike fylker er tilgjengelig på FHI sine statistiksider ([Fordeling av smittestoff - andel \(%\) påviste - MSIS-labdatabasen - FHI Statistikk](#)).



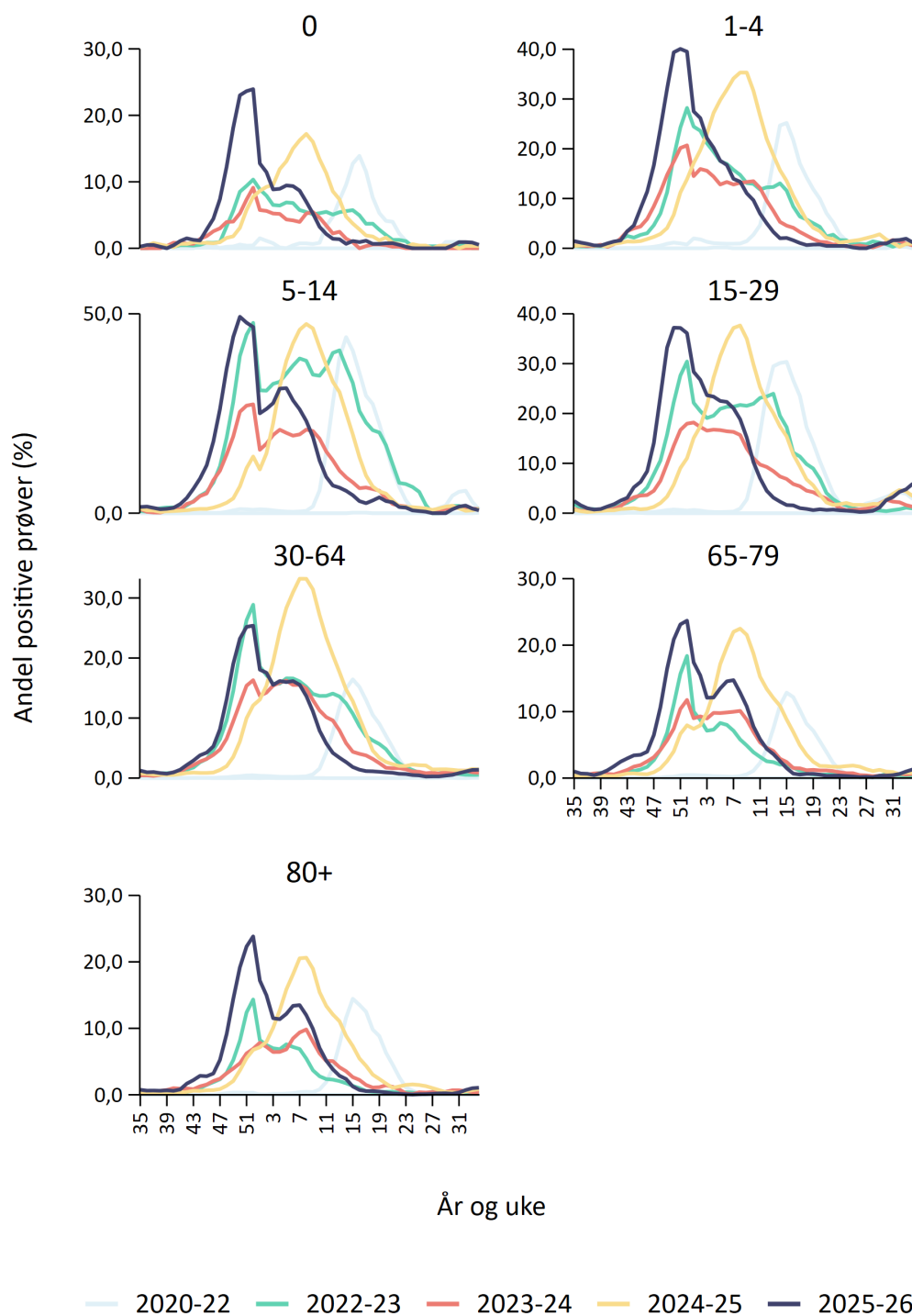
Figur 22. Ukentlig andel personer som testet positivt for influensavirus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.



Figur 23. Kumulativt antall personer som testet positivt for influensavirus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 15. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for influensavirus etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Antall personer testet	Antall personer som testet positivt
2022-23	229443	22661
2023-24	278872	17612
2024-25	470614	50961
2025-26	280872	26333



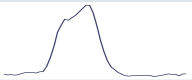
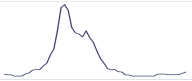
*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

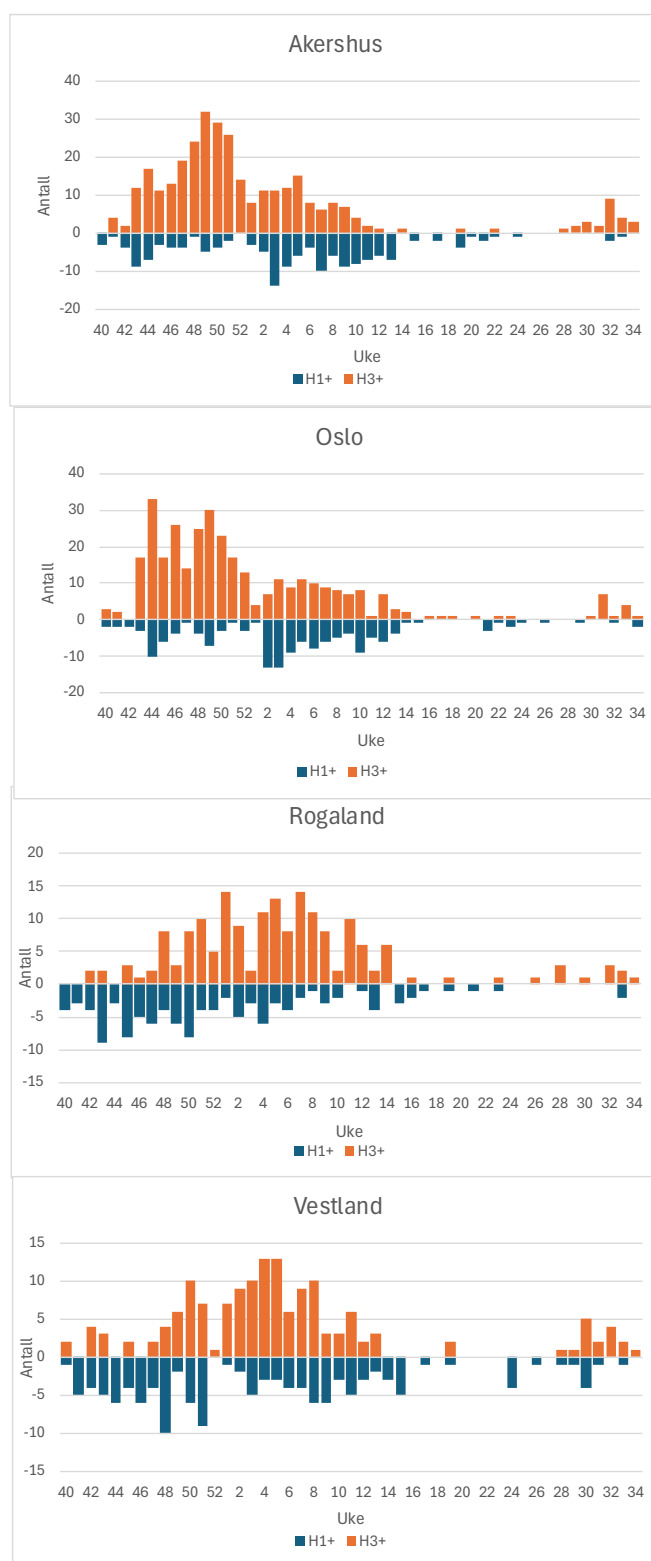
Figur 24. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for influensavirus etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 16. Totalt antall personer testet og som testet positivt for influensavirus etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026.
Kilde: MSIS labdatabase.

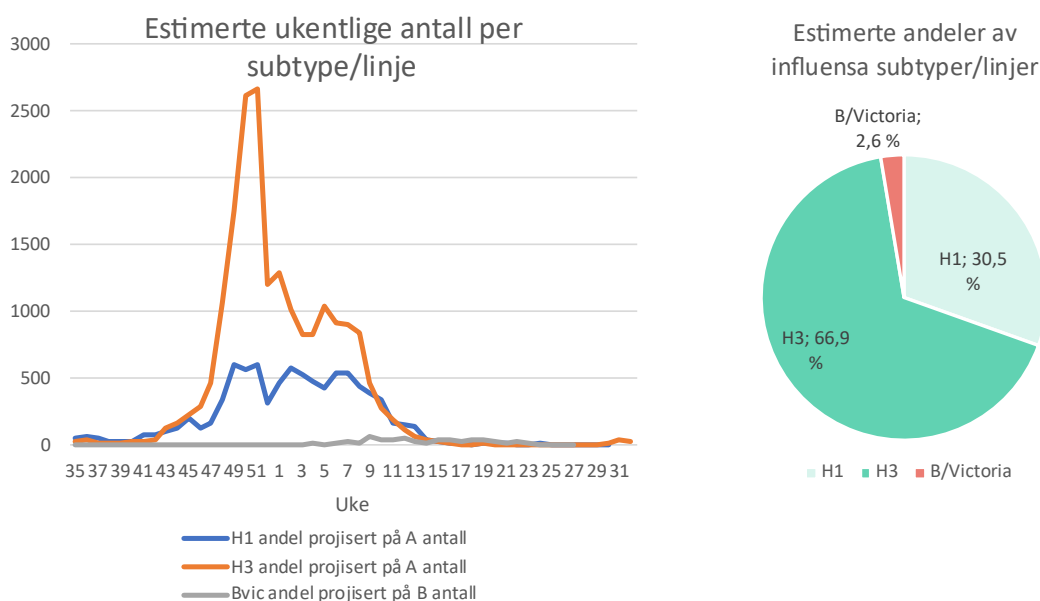
		Influensavirus totalt			Influenza A		Influenza B	
Aldersgruppe	Testede	Testede	Positive	Positive	Positive	Positive	Positive	Positive
		pr 100000		pr 100000		pr 100000		pr 100000
0 år	7113	12798,2	411	739,5	405	728,7	6	10,8
1-4 år	13695	6213,1	1912	867,4	1876	851,1	39	17,7
5-14 år	13980	2263,9	2759	446,8	2661	430,9	101	16,4
15-29 år	41074	3920,5	4898	467,5	4797	457,9	97	9,3
30-64 år	110217	4234,0	9119	350,3	8833	339,3	262	10,1
65-79 år	57593	7216,1	4496	563,3	4438	556,1	20	2,5
80+ år	37173	13046,0	2734	959,5	2698	946,9	8	2,8
Totalt	280872	4991,2	26333	467,9	25711	456,9	534	9,5

Tabell 17. Ukentlig andel positive samt totalt antall personer testet og som testet positivt for influensavirus etter fylke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

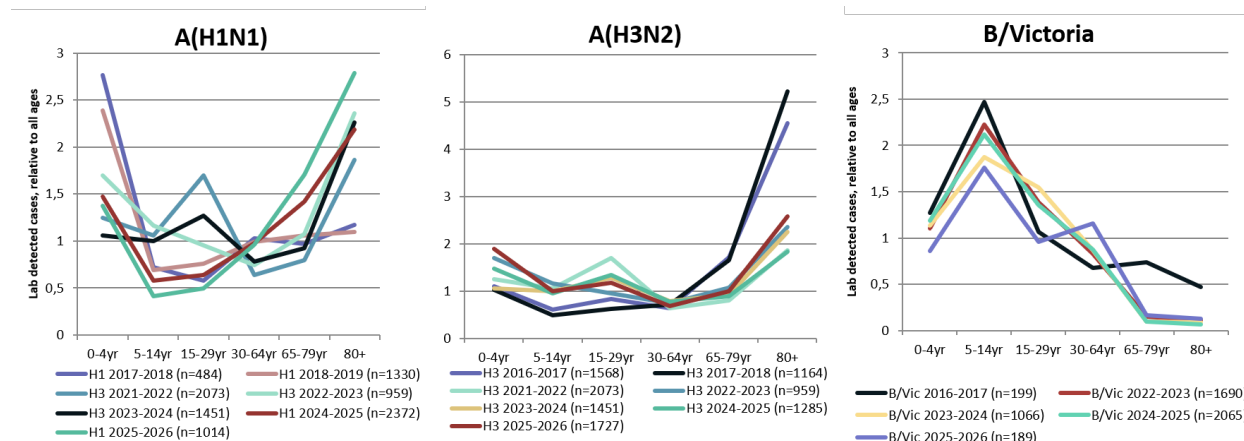
Fylke	Ukentlig andel positive	Testede	Testede per 100 000	Positive	Positive per 100 000
Agder		10041	3099,7	1180	364,3
Akershus		33940	4530,1	3379	451,0
Buskerud		10106	3702,1	938	343,6
Finnmark		3524	4680,7	250	332,1
Innlandet		15835	4172,7	1359	358,1
Møre og Romsdal		14961	5476,8	1269	464,5
Nordland		14419	5927,1	1162	477,7
Oslo		32485	4457,9	3603	494,4
Rogaland		26697	5245,8	2412	473,9
Telemark		7488	4208,6	678	381,1
Troms		9348	5459,7	680	397,2
Trøndelag		21915	4480,1	2053	419,7
Vestfold		17121	6602,0	1332	513,6
Vestland		45555	6919,7	4196	637,4
Østfold		14941	4721,5	1545	488,2



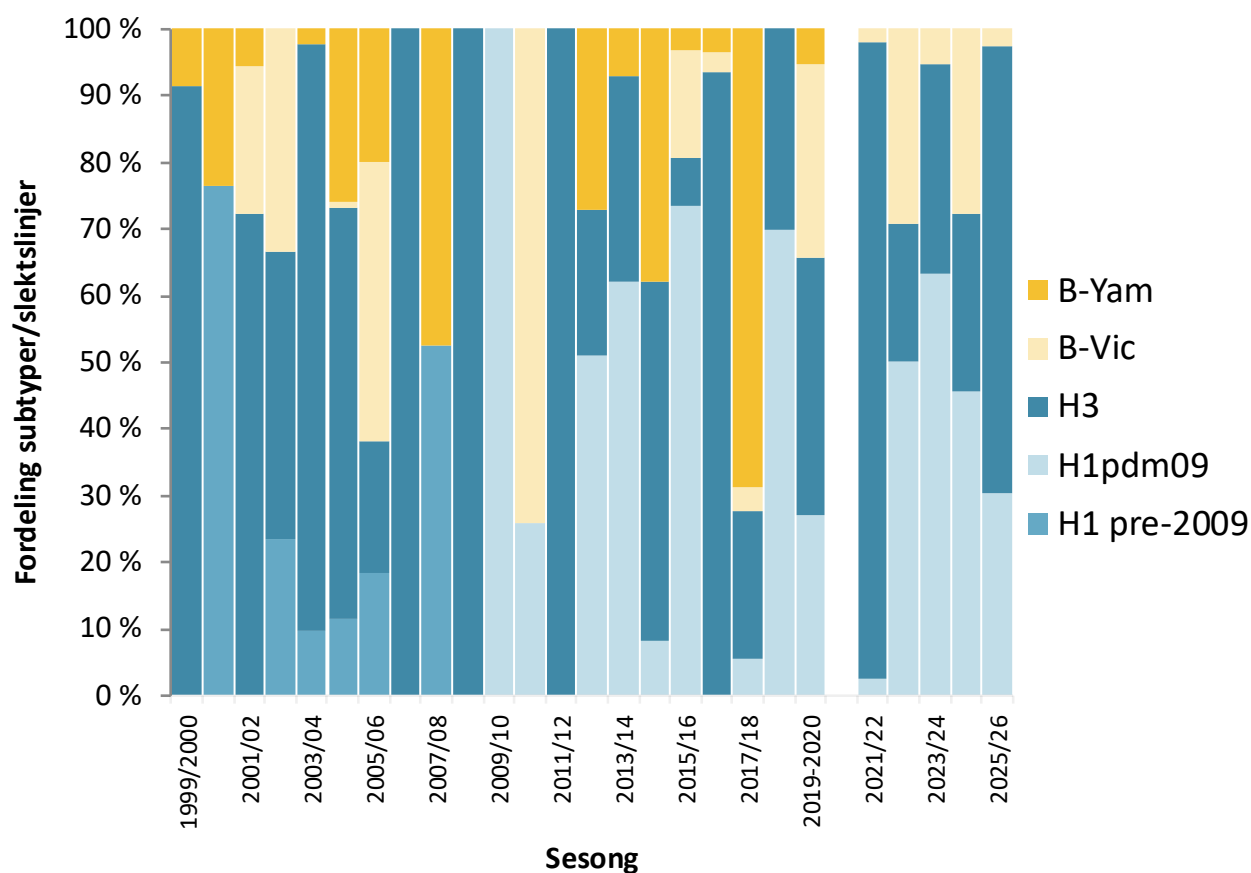
Figur 25. Ukentlige antall influensa A-virus oversendt til nasjonalt influensasenter/referanselaboratoriet ved FHI og subtypebestemt der, fra utvalgte fylker som representerer ulike mønstre. Antallet H1-påvisninger er plottet nedover men er ment å leses som positive verdier. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved FHI.



Figur 26. Estimerte andeler av de tre sirkulerende influensavirusene denne sesongen. Diagrammet til venstre viser fordelingen per uke, når andelen per subtype i den enkelte uke projiseres på antallet influensa A-påvisninger i samme uke. For influensa B regnes alle å tilhøre Victoria-slektslinjen. Diagrammet til høyre viser de samme tallene summert over hele sesongen. Kilde: MSIS labdatabasen og Nasjonalt influensasenter ved FHI.



Figur 27. Aldersprofiler for de ulike influensavirusene denne sesongen, sammenlignet med tidligere sesonger. For hver aldersgruppe er frekvensen av subtypepåvisninger i prøver mottatt hos det nasjonale influensasenteret på FHI, delt på befolkningen i aldersgruppen. Deretter er frekvensene normalisert mot den samlede frekvensen for alle aldre (satt til verdien 1). En aldersgruppe med verdien 2 har altså dobbelt så høy frekvens som alle aldre sett under ett. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved FHI.



Figur 28. Estimert fordeling av influensavirus subtyper og slektslinjer i tidligere og siste sesong. Fordelingen av influensa A H-subtyper blant positive prøver oversendt til det nasjonale influensasenteret er projisert på det nasjonale antallet influensa A-positive; tilsvarende er fordelingen av slektslinjer fordelt på antallet influensa B-påvisninger. Kilde: MSIS labdatabasen og nasjonalt influensasenter.

Virologi

Genetisk karakterisering

I løpet av inneværende influensasessong har Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomført helgenomsekvensering av 916 virus. A/H3N2 utgjorde den største andelen med 52,6 %, etterfulgt av A/H1N1 med 39,1 % og B/Victoria med 8,3 %. De fleste prøvene (83,6 %) stammet fra den generelle overvåkingen mens 150 prøver (16,4%) stammet fra «Fyrtårn» sentinel systemet. De fleste prøvene kom fra polikliniske pasienter (73,5 %), mens 22,7 % var fra innlagte pasienten.

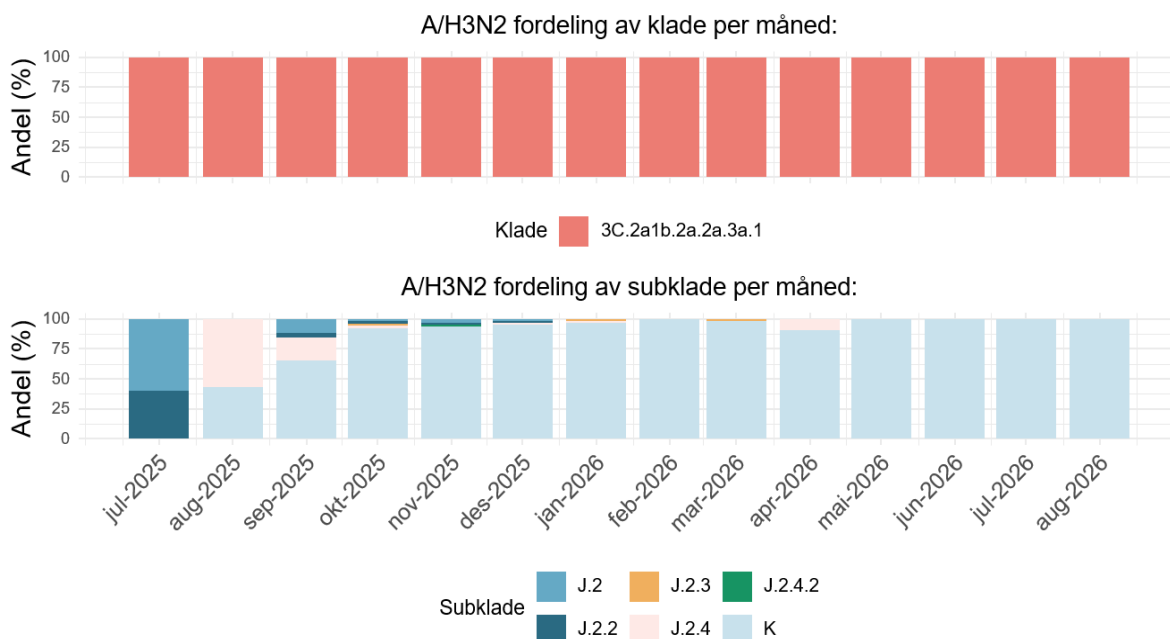
Disse sekvenserte virusene danner grunnlaget for de genetiske analysene og statistikkene som presenteres i overvåkingen ([Influenza B/Victoria-linjen - fordeling i Norge - Mikrobiologisk genomovervåking \(NGS\) - FHI Statistikk](#)) De genetiske dataene er oppsummert på månedsnivå, ettersom sekvenseringsfrekvensen og antallet virus som analyseres, er tilpasset månedlig overvåking av sirkulerende genetiske varianter og endringer i variantfordelingen.

I denne rapporten benyttes betegnelsen «klade» om WHO's nomenklatur for HA-klader, mens «subklade» brukes om den mer detaljerte Nextstrain-nomenklaturen.

Influenza A H3N2

Alle sekvenserte A/H3N2-virus tilhørte HA-klade 3C.2a1b.2a.2a.3a.1. På subklade nivå var den genetiske variasjonen større før sesongstart, i juli 2025, med flere J.2.X-subklader i omløp. Subklade K, tidligere betegnet J.2.4.1, ble først påvist i august 2025, men økte raskt i andel og var dominerende fra høsten 2025 og gjennom resten av overvåkingsperioden, med kun sporadisk forekomst av andre subklader (Figur 29).

Subklade K representerer en videreutvikling av J.2.4 som er karakterisert ved HA-substitusjonene T135K og K189R, mens subklade K har akkumulert ytterligere endringer, blant annet K2N, S144N, N158D, I160K, Q173R, T328A og S378N. Flere av disse ligger i kjente antigen viktige deler av HA-molekylet og en av disse introduserer en ny potensiell N-glykosylering. Glykosylering i eller nær sentrale epitoper kan endre tilgjengeligheten og strukturen til antistoffbindingssteder og dermed bidra til redusert gjenkjenning av viruset ved eksisterende immunitet etter tidligere infeksjon eller vaksinasjon. Immunitetsundersøkelser utført ved [FHI i samarbeid med bl.a. WHO's Globale influensenter i London](#) viste likevel at befolkninges immunitet mot subklade K holdt seg forholdsvis stabil sammenlignet med tidligere J.2.4 klader.

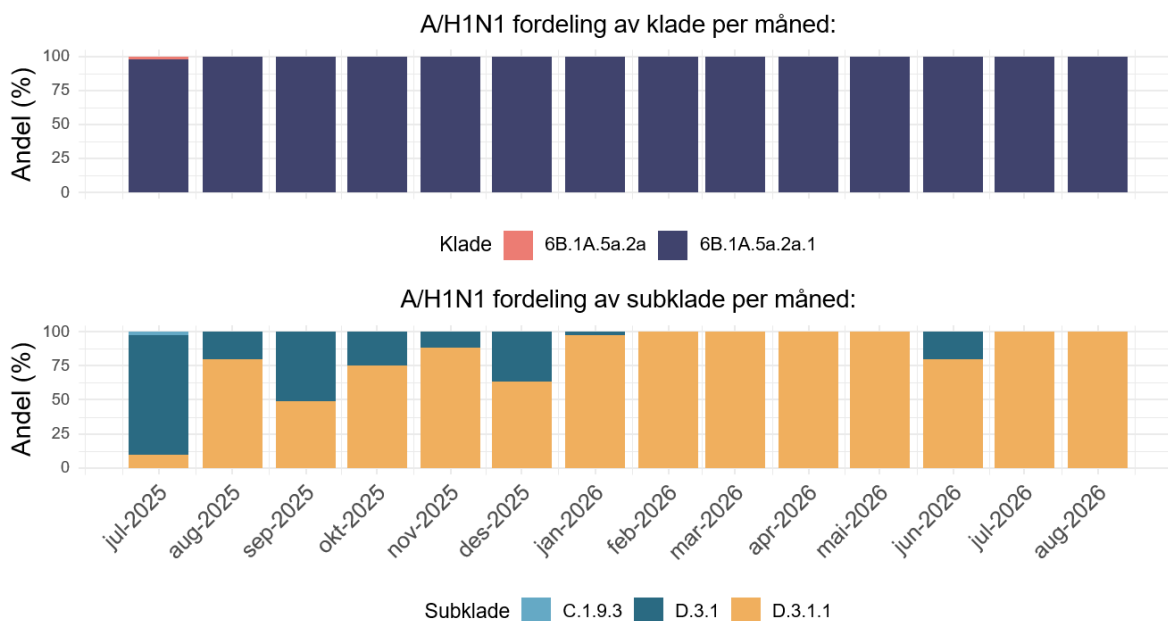


Figur 29. Månedlig fordeling av klader og subklader blant sekvenserte A/H3N2-virus fra juli 2025 til august 2026. Øvre panel viser fordelingen etter WHO-kladenomenklatur, der alle analyserte virus tilhørte klade 3C.2a1b.2a.2a.3a.1. Nedre panel viser den mer detaljerte fordelingen etter Nextstrain-subklader. Subklade K var dominerende gjennom størstedelen av perioden, mens flere J-subklader forekom særlig i de første månedene av sesongen. Søylen viser den relative andelen (%) av sekvenserte virus per måned.

Post-infeksjonsantiserer fra ildere mot J.2-virusene A/District of Columbia/27/2023 og A/Croatia/10136RV/2023, som representerte A(H3N2)-komponenten i vaksinen for nordlige halvkule 2025–2026, viste likevel redusert gjenkjenning av J.2.4- og senere K-virus. [WHO oppdaterte A\(H3N2\)-komponenten til J.2.4 for sørlige halvkule 2026](#), representert ved A/Sydney/1359/2024-lignende virus for cellebaserte, rekombinante og nukleinsyrebaserte vaksiner og A/Singapore/GP20238/2024-lignende virus for eggbaserte vaksiner. Antiserer mot disse J.2.4-virusene gjenkjente mange K-virus godt, men K-virus ble gjennomgående bedre gjenkjent av antiserer mot subklade K-referansevirusene A/Darwin/1415/2025 og A/Darwin/1454/2025. [WHO oppdaterte derfor i februar A\(H3N2\)-komponenten videre til K-lignende virus i vaksinen for nordlige halvkule 2026–2027](#).

Influenza A H1N1

Nesten alle sekvenserte A/H1N1pdm09-virus tilhørte HA-klade 6B.1A.5a.2a.1. På subkladenivå sirkulerte hovedsakelig D.3.1 og D.3.1.1, med en tydelig overgang mot dominans av D.3.1.1 gjennom sesongen (Figur 30). D.3.1.1 er blant annet karakterisert ved HA-substitusjonene R113K, A139D, E283K og K302E.



Figur 30 Månedlig fordeling av klader og subklader blant sekvenserte A/H1N1-virus fra juli 2025 til august 2026. Øvre panel viser fordelingen etter WHO-kladenomenklatur. Nedre panel viser den mer detaljerte fordelingen etter Nextstrain-subklader. Subklade D.3.1.1 dominerte gjennom størstedelen av perioden, mens D.3.1 forekom hyppigere i de første månedene av sesongen og i mindre grad senere. Subklade C.1.9.3 ble kun påvist i lav andel. Søylene viser den relative andelen (%) av sekvenserte virus per måned.

WHOs antigenisitetssanalyser viste at ilder-antisera mot H1N1-komponentene i vaksinen for nordlige halvkule 2025–2026 fortsatt gjenkjente D.3.1- og D.3.1.1-virus godt, selv om humane post-vaksinasjonssera viste reduserte antistoff-titre mot enkelte virus. H1N1-komponenten ble senere oppdatert til A/Missouri/11/2025-lignende virus for [sørlige halvkule 2026](#) og videreført for [nordlige halvkule 2026–2027](#).

Influenza B Victoria

Alle sekvenserte B/Victoria-virus tilhørte HA-klade V1A.3a.2. På subkladenivå var det større variasjon gjennom sesongen, med skiftende forekomst av blant annet C.5.1, C.5.6, C.5.6.1 og C.3-relaterte virus. Ingen enkelt subklade dominerte gjennom hele perioden.

Overvåking av resistens mot antivirale medikamenter

For vurdering av antiviral resistens benyttes WHO's tabeller over kjente resistensassosierte aminosyresubstitusjoner for [neuraminidasehemmere](#) og [baloksavir](#).

Blant influensavirus testet for antiviral følsomhet i 2025/26-sesongen ble det påvist resistensassosierte substitusjoner i seks A/H1N1-virus, ut av 343 testede (1,7 %). Fire A/H1N1-virus hadde kombinasjonen I223V/S247N i NA-genet, påvist i uke 10, 17 (to tilfeller) og 18 i 2026. Denne kombinasjonen er assosiert med redusert følsomhet for oseltamivir og er også rapportert av WHO blant A/H1N1-virus med redusert følsomhet for neuraminidasehemmere. Ett A/H1N1-virus med I223R ble påvist i uke 38 i 2025; denne substitusjonen er assosiert med redusert følsomheten av oseltamivir og kan også redusere følsomheten for zanamivir. Ett A/H1N1 virus med H275Y ble påvist i uke 30 i 2026. H275Y medfører sterkt redusert følsomhet for oseltamivir og sterkt redusert følsomhet for peramivir.

Innleggelser i sykehus

Gjennom 2025-26-sesongen ble det registrert 7536 sykehusinnleggelser med influensa (133,9 per 100 000 innbyggere) (Tabell 18). Det var noe færre enn fjorårssesongen, men flere enn i de tre sesongene forut for den. Sykehusinnleggelsene fulgte utbruddskurven fra den laboratoriebaserte overvåkingen, med 768 nye innleggelser på det meste i uke 51 (Figur 31). Influensa A-virus ble påvist i 97,7 % av innleggelsene, mens influensa B-virus bare ble påvist i 0,8 % (Tabell 18).

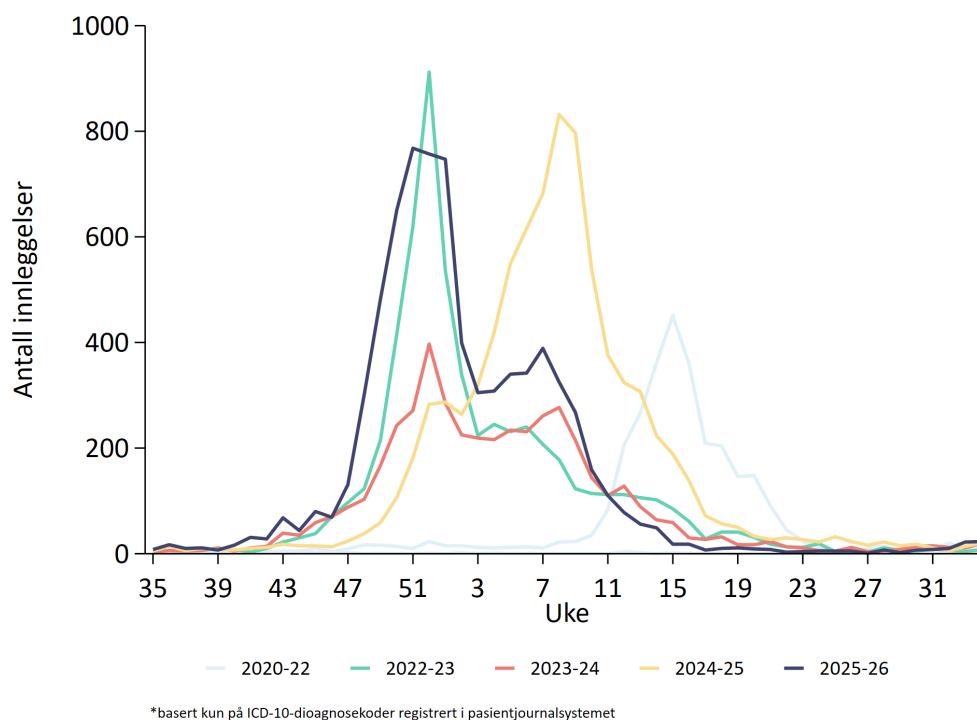
Det var flest innleggelser per 100 000 i aldersgruppen 80 år og eldre, etterfulgt av aldersgruppene 65-79 år og barn under 1 år. Dette reflekterer kjent aldersrelatert risiko for alvorlig forløp. Kumulativt antall innleggelser gjennom sesongen var på likt, eller noe høyere, nivå som tidligere mest tallrike sesonger for 0 år, 15-29 år, 65-79 år og 80 + år (Tabell 20, Figur 34).

Varigheten av sykehusoppholdet var lengst i aldersgruppene 80 år og eldre med median liggetid på 4 døgn, og kortest for barn under fem år hvor median liggetid var 1 døgn. Det var hyppigst behov for pustestøtte, det vil si invasiv respiratorbehandling eller ikke-invasiv pustestøtte med kontinuerlig eller bifasisk luftveisovertrykk (CPAP eller BiPAP), blant barn under 15 år (i 4,5-5,6 % av innleggelsene). Dødsfall under innleggelsen eller i løpet av 14 dager etter utskrivelse, var hyppigst forekommende i aldersgruppen 80 år og eldre (189 dødsfall, 8,7 % av innleggelsene), etterfulgt av aldersgruppen 65-79 år (96 dødsfall, 3,5 % av innleggelsene). Det var ingen dødsfall blant barn under 15 år (Tabell 21).

Mellom fylkene varierte antall sykehusinnleggelser med influensa mellom 100,3 og 177,6 per 100 000 innbyggere (for hhv. Agder og Vestland). Tidspunktet for flest sykehusinnleggelser sammenfalt med fylkets utbruddskurve fra den laboratoriebaserte overvåkingen, og spesielt i Agder, Rogaland og Vestland, var toppukene forskjøvet senere i sesongen enn i øvrige fylker (Tabell 22).

Vurdering

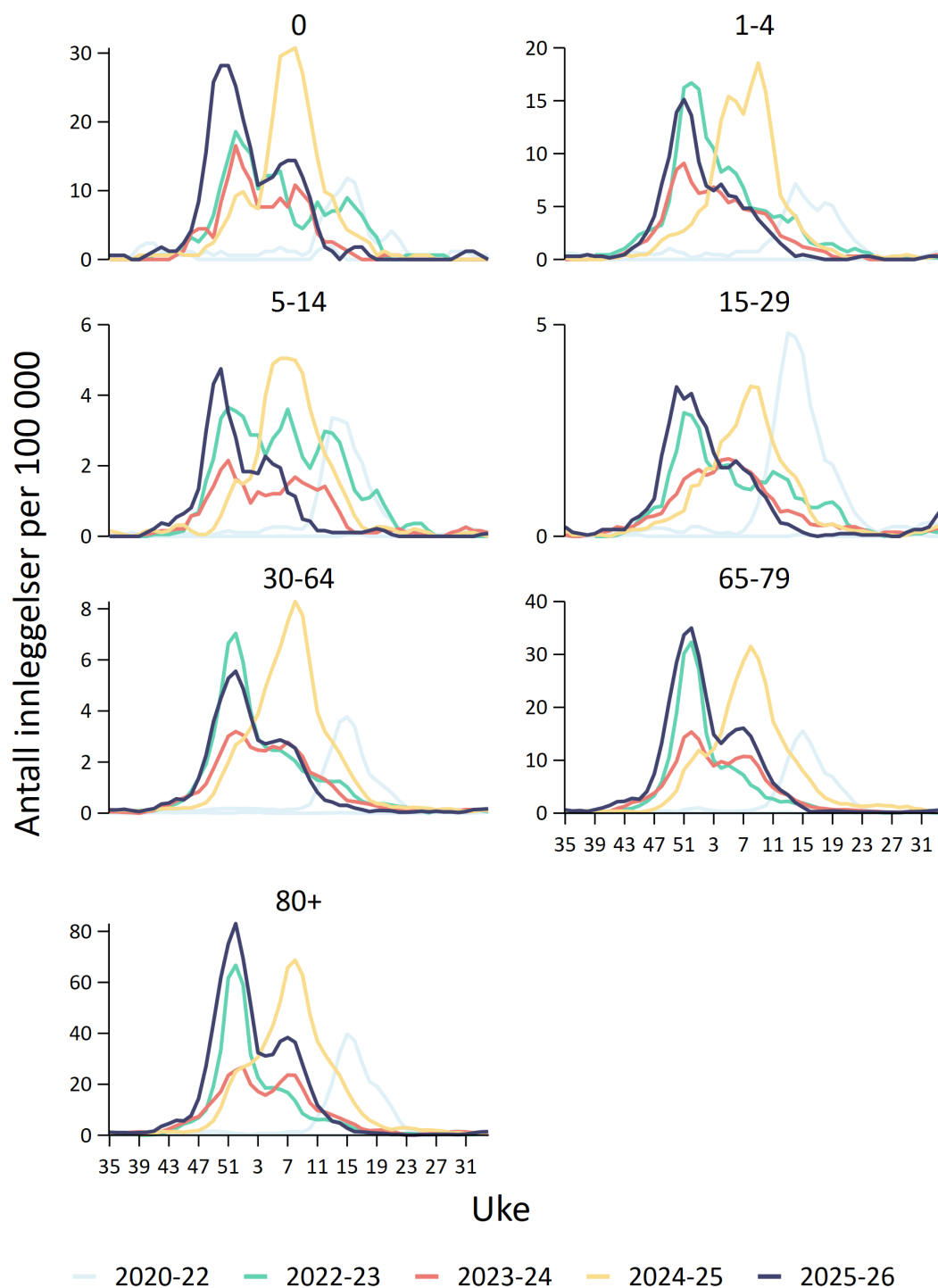
Totalt antall sykehusinnleggelser med influensa for 2025-26-sesongen la seg tett opptil det høye antallet fra forrige sesong, 2024-25-sesongen. Det var flest innleggelser per 100 000 blant personer over 65 år og barn under 1 år. De eldste var mest utsatt for alvorlig forløp, med lengst liggetid og flest dødsfall relatert til sykehusinnleggelsen. Hos de yngste var innleggelsene av kort varighet, og det var denne sesongen ingen registrerte dødsfall blant barn under 15 år.



Figur 31. Ukentlig antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Tabell 18. Totalt antall innleggelser med influensa etter sesong, 29.8.2022 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

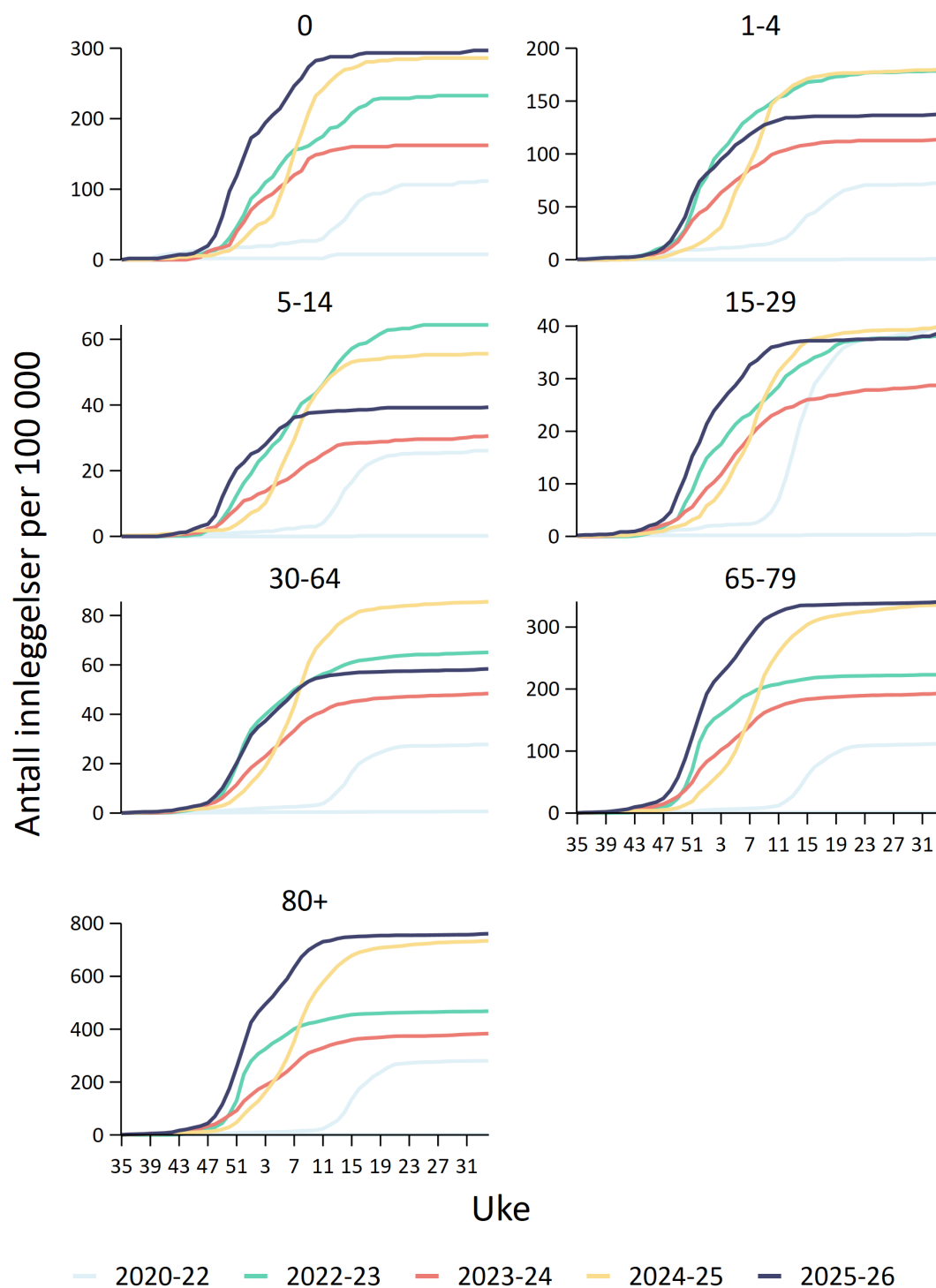
Sesong	Totalt		Type A		Type B	
	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000
2022-23	5840	106,4	4885	84,6	890	15,4
2023-24	4571	82,4	4264	94,6	242	5,4
2024-25	8180	146,2	7245	89,7	832	10,3
2025-26	7536	133,9	7365	99,2	61	0,8



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

*basert kun på ICD-10-diaagnosekoder registrert i pasientjournalssystemet

Figur 32. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av ukentlig antall innleggelser med influensa per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

*basert kun på ICD-10-dioagnosekoder registrert i pasientjournalsystemet

Figur 33. Kumulativt antall innleggelser med influensa per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026.
Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

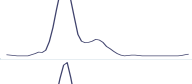
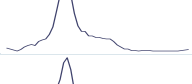
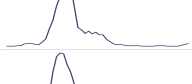
Tabell 19. Totalt antall innleggelser med influensa etter aldersgruppe og virustype, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Aldersgruppe	Totalt		Type A		Type B	
	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000
0 år	165	296,9	162	291,5	3	5,4
1-4 år	303	137,5	299	135,6	4	1,8
5-14 år	243	39,4	235	38,1	9	1,5
15-29 år	414	39,5	397	37,9	9	0,9
30-64 år	1520	58,4	1472	56,5	24	0,9
65-79 år	2722	341,1	2665	333,9	6	0,8
80+ år	2169	761,2	2135	749,3	6	2,1
Totalt	7536	133,9	7365	130,9	61	1,1

Tabell 20. Totalt antall innleggelser med influensa samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19. NK: nedre kvartil, ØK: øvre kvartil.

Aldersgruppe	Totalt		Liggetid (dager)			Pustestøtte		Dødsfall	
	Antall	Antall per 100 000	Median	NK	ØK	Antall	Andel	Antall	Andel
0 år	165	296,9	1	1	2	8	4,8	0	0,0
1-4 år	303	137,5	1	1	3	17	5,6	0	0,0
5-14 år	243	39,4	2	1	3	11	4,5	0	0,0
15-29 år	414	39,5	2	1	3	5	1,2	1-4	-
30-64 år	1520	58,4	3	1	5	46	3,0	20-24	-
65-79 år	2722	341,1	3	2	6	82	3,0	96	3,5
80+ år	2169	761,2	4	2	6	27	1,2	189	8,7
Totalt	7536	133,9	3	2	5	196	2,6	310	4,1

Tabell 21. Antall innleggelser med influensa etter fylke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Fylke	Ukentlig antall per 100 000	Totalt antall	Totalt antall per 100 000
Agder		325	100,3
Akershus		864	115,3
Buskerud		397	145,4
Finnmark		102	135,5
Innlandet		496	130,7
Møre og Romsdal		411	150,5
Nordland		389	159,9
Oslo		819	112,4
Rogaland		725	142,5
Telemark		211	118,6
Troms		177	103,4
Trøndelag		688	140,6
Vestfold		294	113,4
Vestland		1169	177,6
Østfold		381	120,4

Innleggelser i intensivavdeling

Gjennom 2025-26-sesongen var det registrert til sammen 309 intensivinnleggelser med influensa. Dette er det høyeste antallet intensivinnleggelser med influensa registrert siden datainnsamlingen begynte i 2018, og 31 (11 %) flere enn fjorårssesongen, 94 (44 %) flere enn i 2023-24-sesongen og 106 (52 %) flere enn i 2022-23-sesongen. Av de 309 hadde 186 (60 %) luftveisinfeksjoner som hovedårsak til innleggelsen, og 123 (40 %) hadde luftveisinfeksjoner som medvirkende årsak til innleggelsen. Innleggelsesraten var høyest i aldersgruppene 80 år og eldre samt 65-79 år (Tabell 22). Median liggetid var 3 dager (nedre-øvre kvartil 2-6 dager). Av de 309 var det 66 % som fikk pustestøtte, 2 % fikk ECMO, og 13 % døde på intensiv.

Vurdering

Totalt antall intensivinnleggelser med influensa for 2025-26-sesongen var høyere enn i noen av sesongene siden 2018. Det er imidlertid noe usikkerhet i tallene fordi registreringen nok har endret seg i årenes forløp, og det er mulig at en større andel av alle intensivinnleggelser med influensa registreres nå enn før. Det var flest innleggelser per 100 000 blant personer over 65 år, og de eldste hadde også flest dødsfall relatert til intensivinnleggelsen.

Tabell 22. Totalt antall innleggelser i intensivavdeling med influensa samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk intensivregister. NK: nedre kvartil, ØK: øvre kvartil

Aldersgruppe	Totalt antall Per 100 000		Liggetid (dager)			Pustestøtte		ECMO		Dødsfall	
	Antall		Median	NK	ØK	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
0 år	3	5,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-4 år	6	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-14 år	8	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-29 år	12	1,1	3,5	2	5,5	5	41,7	0	0,0	-	-
30-64 år	76	2,9	4	2,5	8	53	69,7	3	3,9	-	-
65-79 år	146	18,3	3	2	6	97	66,4	0	0	19	13,0
80+ år	58	20,4	2	1	4	35	60,3	0	0	11	19,0
Totalt	309	5,5	3	2	6	204	66,0	5	1,6	39	12,6

Dødsfall

Gjennom 2025-26-sesongen ble det registrert 443 dødsfall assosiert med influensa (7,9 per 100 000) (Tabell 23). Dette er det høyeste antallet dødsfall assosiert med influensa registrert siden 2017 (Figur 35) (og sannsynligvis også siden Hong Kong-syken, influensapandemien som pågikk i Norge i 1969-70). Det var flest dødsfall i uke 1 og uke 2 med hhv. 45 og 48 dødsfall. Gjennom 2025-26-sesongen utgjorde dødsfall assosiert med influensa 7 % av alle luftveisinfeksjons-relaterte dødsfall i Norge.

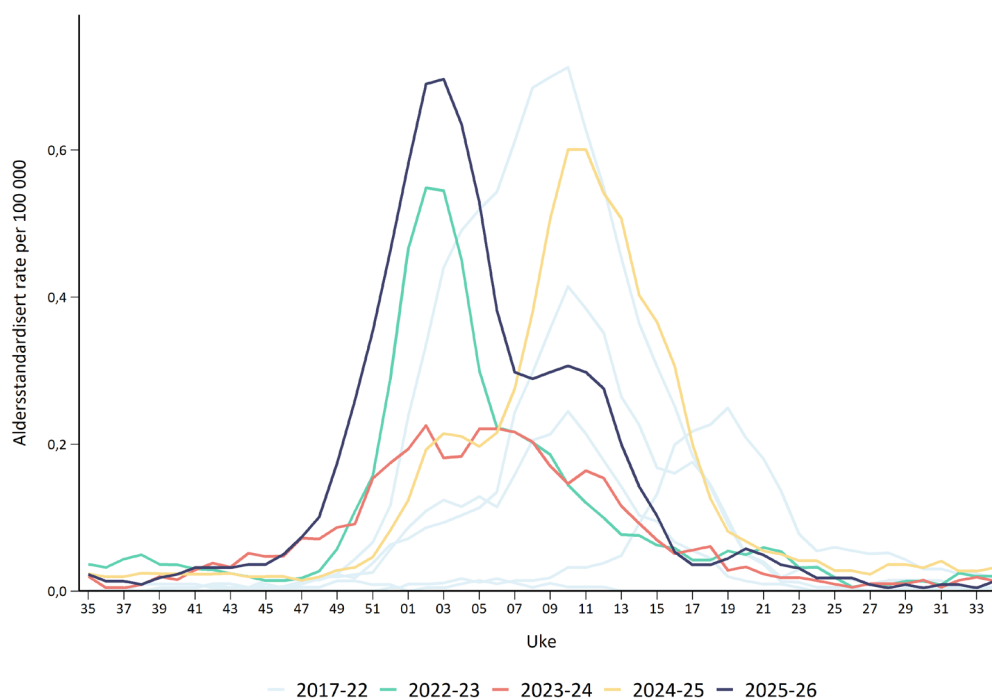
Forekomsten av dødsfall assosiert med influensa var høyest i aldersgruppen 80 år og eldre, etterfulgt av 65-79 år (Tabell 25). Det var svært få dødsfall blant barn og unge.

Mellom fylkene varierte antall dødsfall assosiert med influensa mellom 5 og 12 per 100 000 innbyggere i hhv. Oslo, og Nordland og Innlandet (Tabell 26).

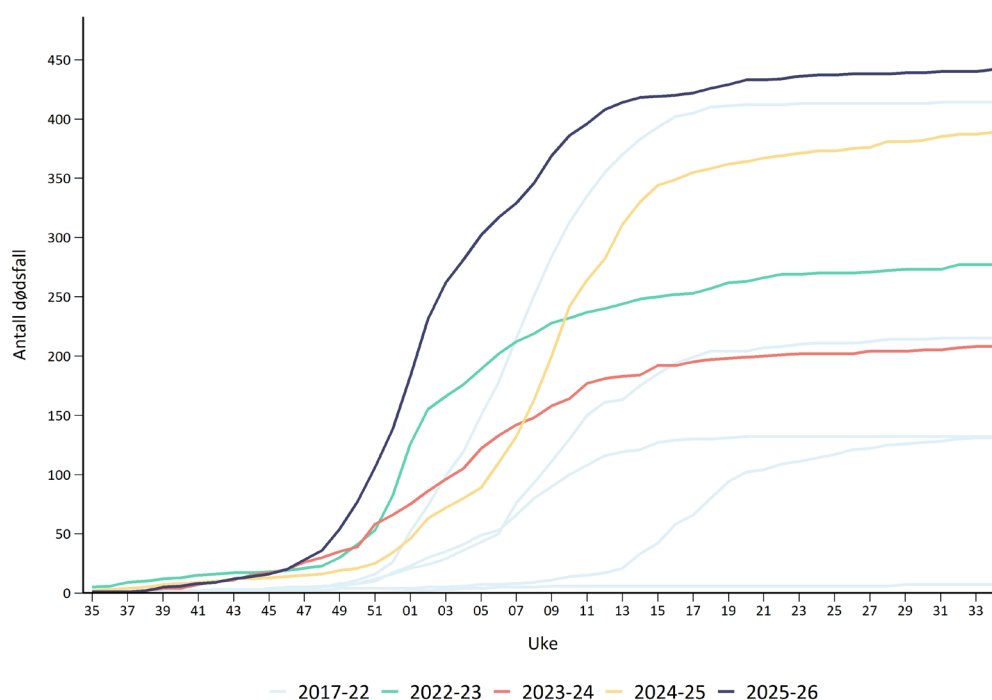
Vurdering

Det kumulative antallet dødsfall assosiert med influensa gjennom sesongen 2025-26, tyder på at dette har vært en av de mest alvorlige sesongene vi kjenner til. Aldersfordelingen har vært som forventet basert på kjent aldersrelatert risiko for alvorlig influensa, men antallet dødsfall i aldersgruppen 65 år og eldre har likevel vært høyt sammenlignet med tidligere sesonger.

Det er usikkerhet i tallene fordi registreringen nok har endret seg i årenes forløp ved at man i større grad tester for influensa i forhold til tidligere, noe som øker sannsynligheten for at diagnosen blir oppført på dødsattesten. Det er også mulig at en aldrende befolkning er en årsak til flere dødsfall enn tidligere.



Figur 34. Aldersstandardisert rate for dødsfall assosiert med influensa med 4-ukers glidende gjennomsnitt, 28.08.2017 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.



Figur 35. Kumulativt antall dødsfall assosiert med influensa, 28.08.2017 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 23. Totalt antall dødsfall assosiert med influensa etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Sesong	Antall	Antall per 100 000
2022-23	277	5,0
2023-24	211	3,8
2024-25	391	7,0
2025-26	443	7,9

Tabell 24. Totalt antall dødsfall assosiert med influensa per 100 000 etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Aldersgruppe	Antall	Antall per 100 000
0-64 år	31	0,7
65-79 år	113	14,2
80+ år	298	104,6
Ukjent	1	-
Totalt	443	7,9

Tabell 25. Totalt antall dødsfall assosiert med influensa per 100 000 etter fylke, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Fylke	Antall	Antall per 100 000
Agder	17	5,2
Akershus	54	7,2
Buskerud	31	11,4
Finnmark	8	10,6
Innlandet	45	11,9
Møre og Romsdal	21	7,7
Nordland	30	12,3
Oslo	28	3,8
Rogaland	43	8,4
Telemark	19	10,7
Troms	16	9,3
Trøndelag	49	10,0
Vestfold	17	6,6
Vestland	42	6,4
Østfold	21	6,6
Ukjent fylke	2	-
Norge	443	7,9

Vaksinasjon

Vaksinasjonsdekningen blant personer over 65 år var 69 % per 31. mai. Dette er en økning på 3 prosentpoeng fra forrige sesong. Det var stor variasjon i dekning mellom fylkene (55-74%). Det har blitt distribuert omtrent 1,7 millioner doser vaksiner totalt. Dette er noe mer enn forrige sesong (ca. 170 000 flere doser). 87 prosent av dosene ble satt innen utgangen av uke 48 da utbruddsterskelen ble passert.

Oversikt og detaljer vedrørende vaksinasjonsdekning og gjennomføring av kampanjen for voksevakinasjonsprogrammet i sesongen 2025/26 finnes i Sesongrapport for voksevakinasjonsprogrammet (lenke kommer når rapporten er ferdig 10.9)

RS-virusinfeksjon

Oppsummering

Vinterens epidemi med RS-virus var kraftigere enn de foregående tre sesongene, med høyere RS-virusaktivitet og flere sykehusinnleggelser. Forekomsten var, som normalt, høyest blant barn under 5 år. Barn under ett år hadde klart flest innleggelser per 100 000, etterfulgt av barn i alderen 1–4 år og personer 80 år og eldre. Samtidig var det noe færre innleggelser blant barn under 1 år enn i tidligere sesonger, til tross for betydelig smittespredning.

Et særtrekk ved sesongen var den økende bruken av RS-virusvaksine blant gravide.

Vaksinasjonsdekningen blant gravide var mellom 30 og 40 % gjennom vinteren og våren etter at FHI publiserte vaksineanbefalingen høsten 2025. Det pågår arbeid i FHI for å undersøke vaksinens betydning for sykdomsbyrden blant barn under ett år.

Forekomsten og sykehusinnleggelser blant voksne og eldre var høyere enn i de foregående sesongene. Samtidig ble det varslet få utbrudd med RS-virusinfeksjon i helseinstitusjoner.

Intensivinnleggelser forekom hovedsakelig blant eldre. Det var forholdsvis få registrerte dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon, som hovedsakelig forekom blant eldre.

Virologiske undersøkelser viste en liten overvekt av RSV B gjennom sesongen, selv om RSV A dominerte tidlig i utbruddet. Hos de yngste barna var RSV A vanligst, mens RSV B var mest utbredt blant eldre. Det ble ikke sett tegn til forskjeller i alvorlighetsgrad mellom RSV A og RSV B ved å se til fordelingen mellom innlagte og polikliniske pasienter.

Varslede utbrudd

Gjennom 2025-26-sesongen ble det varslet et fåtall utbrudd med RS-virusinfeksjon, i likhet med de siste sesongene (Tabell 26).

Tabell 26. Totalt antall utbrudd av RS-virusinfeksjon og totalt antall tilfeller i utbruddene etter første innsyningsdato og sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026, Kilde: Vesuv.

Sesong	Antall utbrudd i helseinstitusjoner	Totalt antall utbrudd	Antall tilfeller
2022-23	5	5	24
2023-24	0	0	0
2024-25	6	7	39
2025-26	5	6	44

Påvisninger

Laboratoriepåvist RS-virus begynte å øke i begynnelsen av november, noe tidligere enn fjorårssesongen, men senere enn 2022-23 og 2023-24-sesongene. Det var høyest andel positive prøver i uke 10 (17 %). Dette var en noe høyere andel positive prøver enn toppnivået de foregående tre sesongene. Utbruddet var over i løpet av mai (Figur 36).

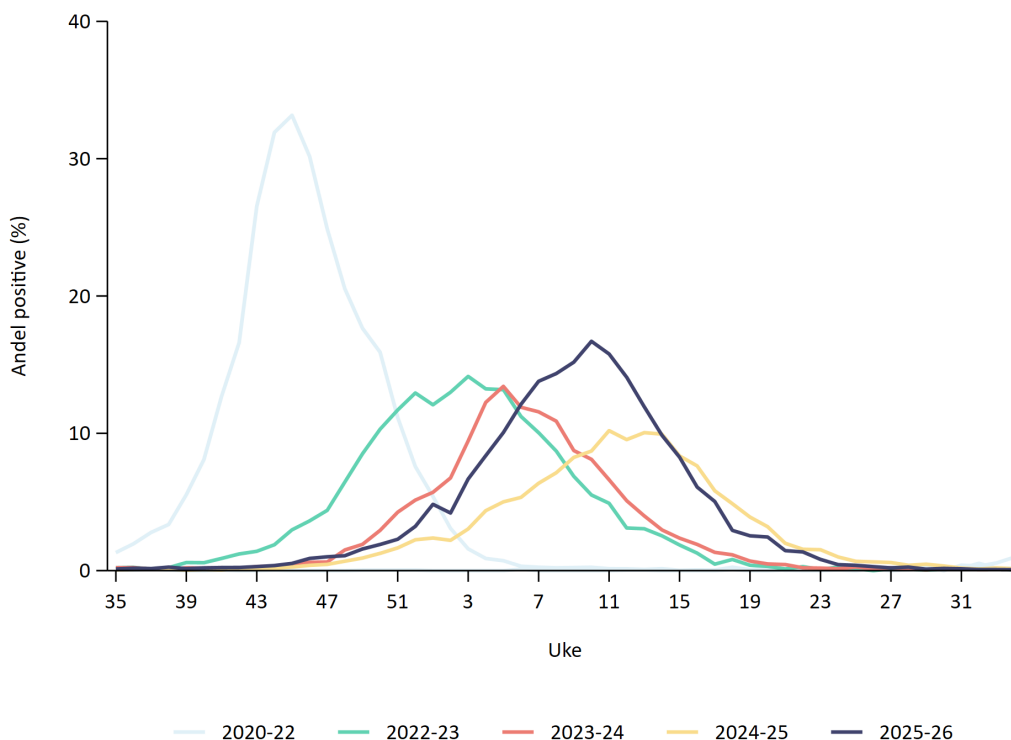
Gjennom 2025-26-sesongen ble 266 486 personer testet for RS-virus som var på nivå med 2023-24 sesongen (Tabell 27, Figur 37). Det var 41 % færre prøvetatte enn sist sesong, da testaktiviteten var rekordhøy, sannsynligvis grunnet høy forekomst av influensa delvis sammenfallende med utbruddet av *Mycoplasma pneumoniae*. RS-virus ble påvist hos drøyt 12 000 personer (Tabell 27).

Testing forekom oftest blant de yngste og de eldste (Tabell 28). Det var flest påvisninger i aldersgruppen under 1 år etterfulgt av 1-4 år (Tabell 28). Andelen positive prøver blant analyserte prøver brukes ofte som en indikasjon på relativ forekomst mellom grupper og sesonger. Den høyeste andelen positive prøver i noen enkeltuke ble observert i aldersgruppen under ett år (50 % i uke 7) og 1-4 år (41 % i uke 8). For sesongen totalt var andel positive prøver høyest i aldersgruppene under ett år (19 %) og 1-4 år (17 %). Denne sesongen var andel positive prøver i toppuken høyere enn de tre foregående sesongene for alle aldersgrupper fra 5 år, mens den i de yngste aldersgruppene lå på nivå med 2022-23- og 2023-24-sesongene (Figur 38).

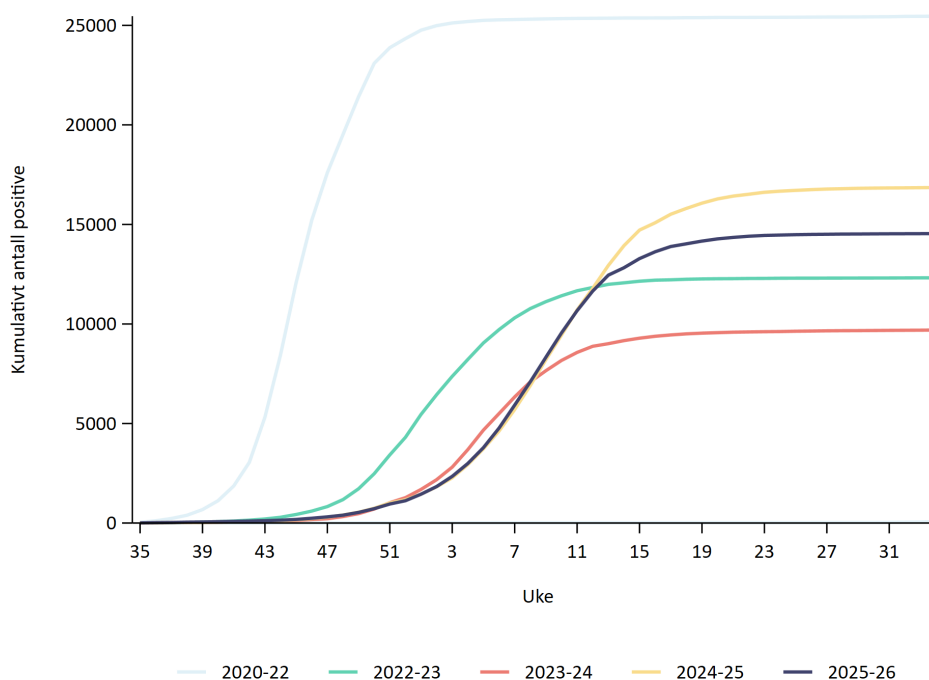
Det var stor ulikhet i testaktivitet mellom fylkene (Tabell 29). Dette skyldes bl.a. ulik rekvisiteringspraksis hos legene, og i hvor stor grad laboratoriene benytter utvidete luftveispaneler. Et høyt antall påvisninger kan dermed både bety at forekomsten av sykdom er høy, eller at testaktivitet er høy. I de ulike fylkene var det noe variasjon i hvilken uke utbruddet nådde toppen. Tidligst var Oslo, Akershus og Vestfold som hadde høyest andel positive i uke 7, mens Nordland først nådde toppen i uke 13. Den høyeste andelen positive prøver i ett fylkes toppuke ble observert i Østfold (23 % i uke 10), mens toppen var lavest i Nordland (11 % i uke 13).

Vurdering

Sesongens RS-virusutbrudd ser ut til å ha vært noe kraftigere enn de foregående tre sesongene. Som normalt ser det ut til at forekomsten har vært høyest blant barn under 5 år. Samtidig ser utbruddet ut til å ha vært noe kraftigere for voksne og eldre enn de tre foregående sesongene.



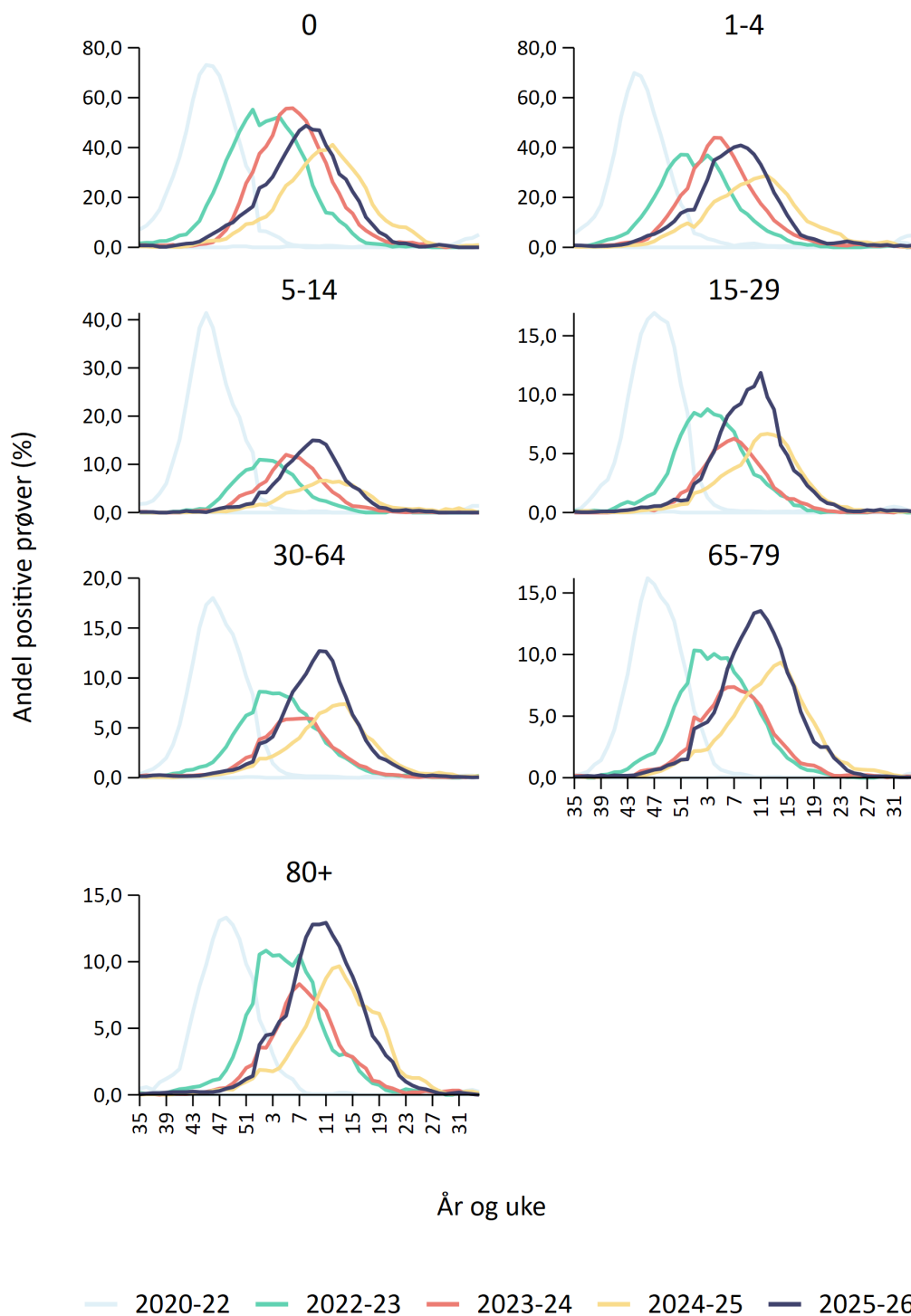
Figur 36. Ukentlig andel personer som testet positivt for RS-virus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.



Figur 37. Kumulativt antall personer som testet positivt for RS-virus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 27. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for RS-virus etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Antall personer testet	Antall personer som testet positivt
2022-23	191 294	10 571
2023-24	255 253	8 239
2024-25	454 143	13 294
2025-26	266 486	12 153



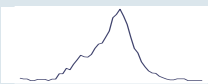
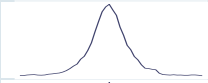
*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 38. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for RS-virus etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 28. Totalt antall personer testet og som testet positivt for RS-virus etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	RSV totalt				RSV A		RSV B	
	Testede	Testede pr 100000	Positive	Positive pr 100000	Positive	Positive pr 100000	Positive	Positive pr 100000
0 år	7164	12890,0	1380	2483,0	178	320,3	152	273,5
1-4 år	13684	6208,1	2267	1028,5	282	127,9	170	77,1
5-14 år	13816	2237,3	527	85,3	45	7,3	41	6,6
15-29 år	39921	3810,4	991	94,6	80	7,6	93	8,9
30-64 år	105959	4070,4	3494	134,2	207	8,0	382	14,7
65-79 år	53230	6669,4	2152	269,6	134	16,8	285	35,7
80+ år	32695	11474,4	1341	470,6	107	37,6	208	73,0
Totalt	266486	4735,5	12153	216,0	1033	18,4	1331	23,7

Tabell 29. Ukentlig andel positive samt totalt antall personer testet og som testet positivt for RS-virus etter fylke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

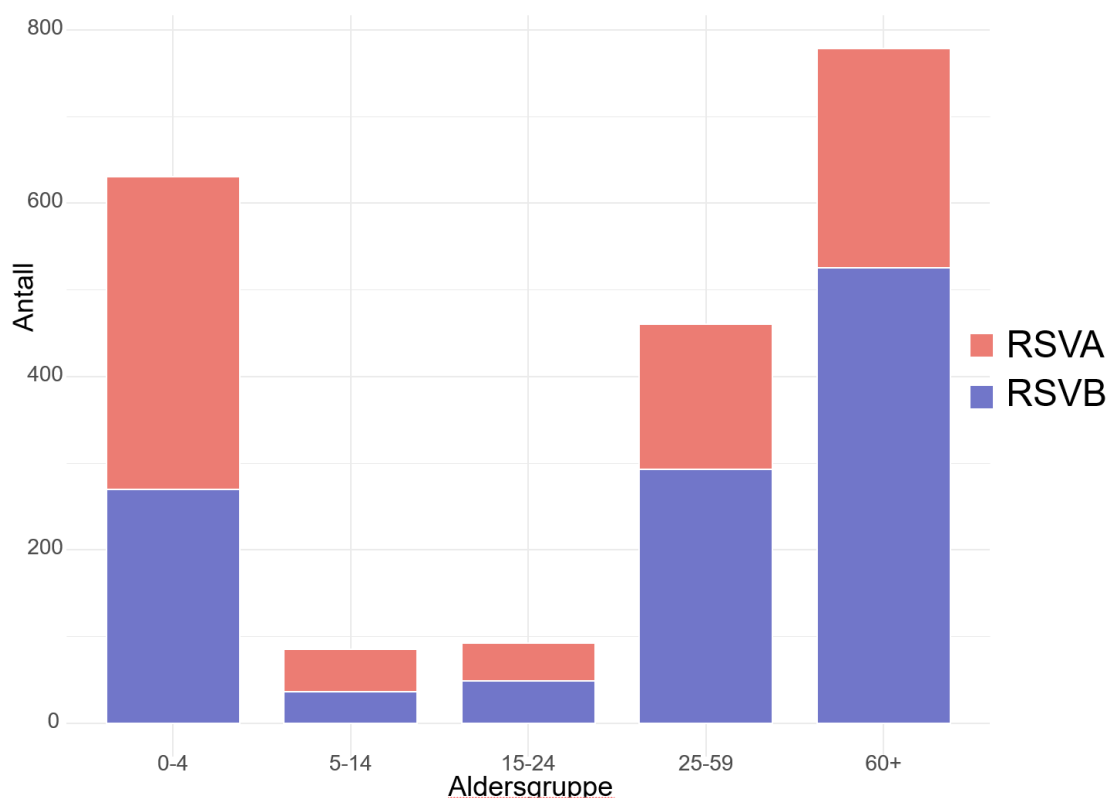
Fylke	Andel	Testede	Testede per 100 000	Positive	Positive per 100 000
Agder		7684	2372,1	523	161,5
Akershus		33650	4491,4	1613	215,3
Buskerud		10044	3679,4	449	164,5
Finnmark		3490	4635,5	139	184,6
Innlandet		15502	4085,0	731	192,6
Møre og Romsdal		13446	4922,2	594	217,4
Nordland		14139	5812,0	423	173,9
Oslo		30344	4164,0	1515	207,9
Rogaland		26068	5122,2	1204	236,6
Telemark		5985	3363,8	243	136,6
Troms		9258	5407,1	376	219,6
Trøndelag		19500	3986,4	914	186,8
Vestfold		17133	6606,6	856	330,1
Vestland		43037	6537,2	1692	257,0
Østfold		14929	4717,7	817	258,2

Virologi

Kun et fåtall av de mikrobiologiske laboratoriene gjennomfører rutinemessig RS-virustypetesting av RSV A og B. Resultatene presentert i dette avsnittet viser typingsanalyser gjennomført ved FHI på kliniske prøver som er testet positivt på RS-virus og innsendt som en del av den virologiske overvåkingen.

RS-virustype

For 2025-26 sesongen har det vært en liten overvekt av påvisninger av RSV B over RSV A. Totalt er 872 (42 %) RS-virusprøver typet til RSV A og 1185 (58 %) prøver typet til RSV B. Tidlig i sesongen var det en overvekt av RSV A i typede prøver, men utover 2026 endret det seg til en overvekt av RSV B. Personer på 60 år og eldre utgjør gruppen med flest typede prøver, etterfulgt av barn i alderen 0-4 år (Figur 39). For de yngste barna har det vært en overvekt av RSV A, mens det har vært overvekt av RSV B i prøver fra eldre. Forholdet mellom RSV A og B var likt i prøver fra innlagte pasienter og prøver tatt i poliklinikk, hvilket tyder på at det ikke var noen forskjell i alvorlighetsgrad etter smitte mellom RS-virustypene.



Figur 39. Fordeling av RSV A og B i prøver typet ved FHI fordelt på aldersgrupper for 2025-26 sesongen. 01.10.2025 – 28.08.2026. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Innleggelser i sykehus

Gjennom 2025-26-sesongen ble det registrert 3424 sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon, flere enn de foregående tre sesongene (Figur 41, Tabell 30). Sykehusinnleggelsene fulgte utbruddskurven fra den laboratoriebaserende overvåkingen, med 294 nye innleggelser på det meste i uke 9 (Figur 40). Prøver fra 316 innleggelser ble typet, med en liten overvekt av RSV B (54 %) over RSV A (Tabell 30).

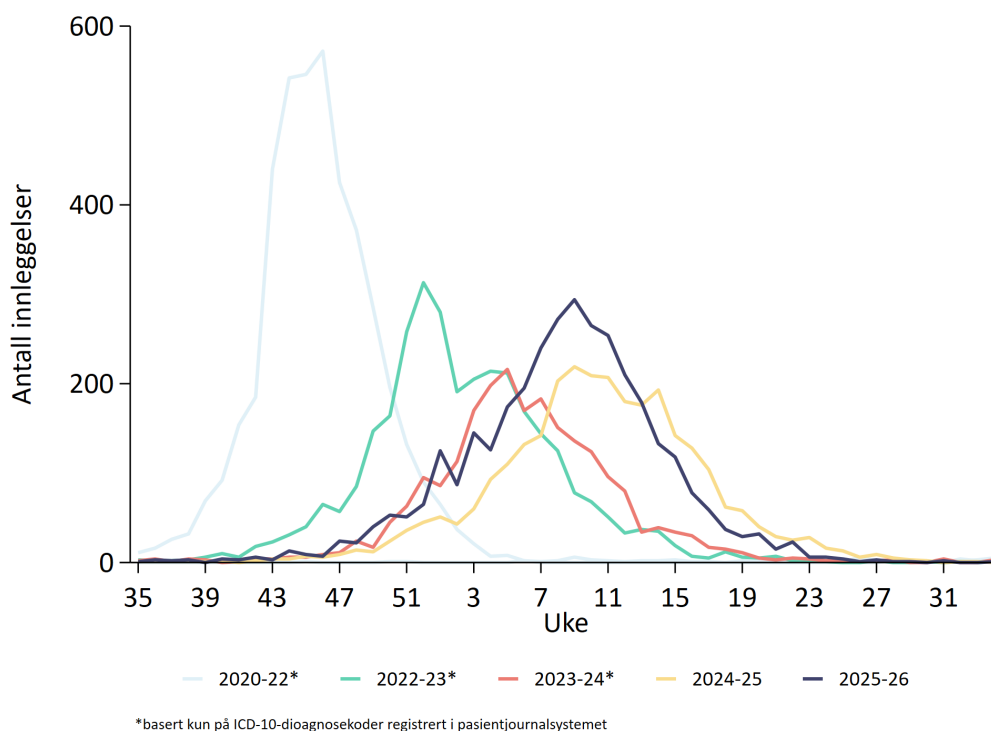
Antall sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon gjennom 2025-26-sesongen reflekterte kjent aldersrelatert risiko for alvorlig forløp, og varierte mellom aldersgruppene fra 4,5 til 1398 per 100 000 for hhv. 15-29 år og under 1 år. Etterfulgt av barn under ett år, var det høyest forekomst hos 80 år og eldre, barn 1-4 år og 65-79 år (Tabell 31). I aldersgruppen 65-79 år og 80 år og eldre var det flere innleggelser enn tidligere sesonger, mens det for barn under 1 år var noe færre (Figur 42).

Varigheten av sykehusoppholdet var lengst i aldersgruppene 65-79 og 80 år og eldre med median liggetid på 4 døgn, og kortest for barn 1-4 og 5-14 år hvor median liggetid var 2 døgn. Det var hyppigst behov for pustestøtte, det vil si invasiv respiratorbehandling eller ikke-invasiv pustestøtte med kontinuerlig eller bifasisk luftveisovertrykk (CPAP eller BiPAP), i aldersgruppen under 1 år (i 23 % av innleggelsene). Dødsfall under innleggelsen eller i løpet av 14 dager etter utskrivelse, var hyppigst forekommende i aldersgruppen 80 år og eldre (56 dødsfall, 7,6 % av innleggelsene). Det var svært få dødsfall blant barn under 15 år (Tabell 32).

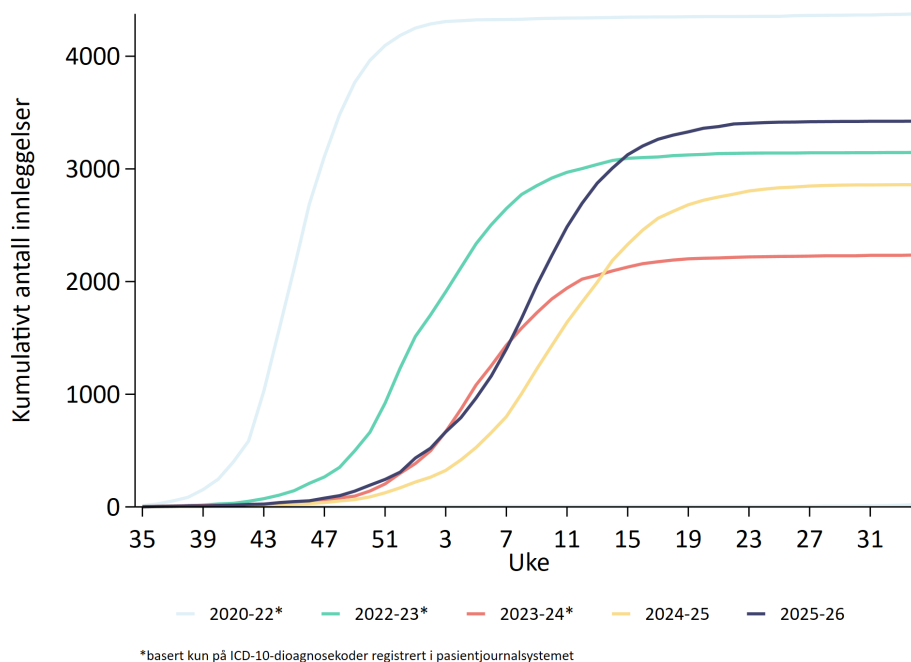
Mellom fylkene varierte antall sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjoner mellom 28 og 79 per 100 000 innbyggere (for hhv. Telemark og Buskerud) (Tabell 33).

Vurdering

Det var flere sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon i 2025-26-sesongen enn de foregående tre sesongene. Det var høyest forekomst hos barn under ett år, etterfulgt av aldersgruppene 1-4 år og 80 år og eldre. Det var noe flere innleggelser blant de eldste enn foregående sesonger, mens det var noe færre blant barn under 1 år. Liggetiden var lengst blant personer fra 65 år og oppover, mens bruk av pustestøtte (non-invasiv eller invasiv) var hyppigst blant barn under 1 år. Dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon forekom hovedsakelig blant eldre. Type RS-virus ser ikke ut til å ha påvirket risiko for innleggelse.



Figur 40. Ukentlig antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per uke og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

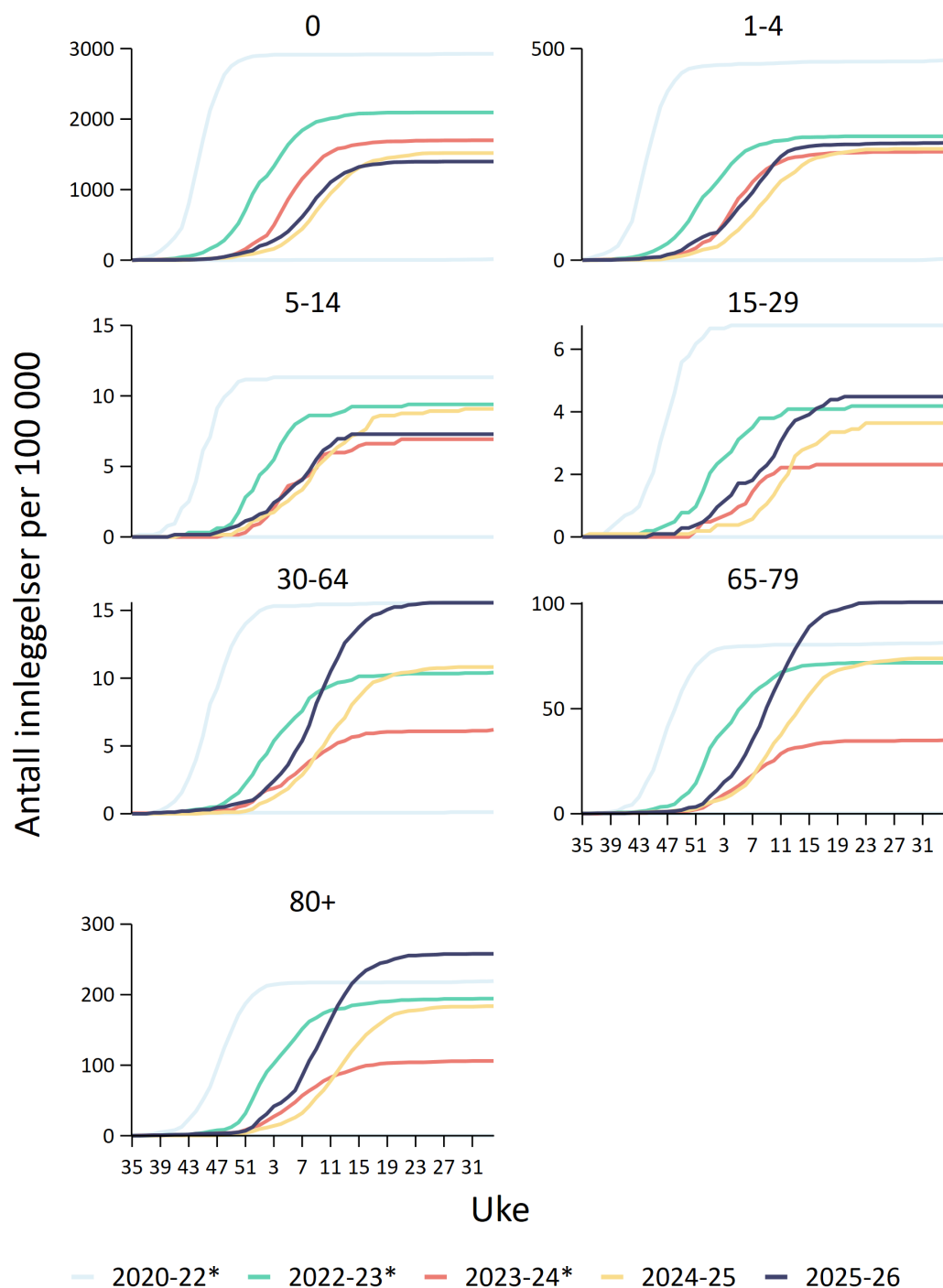


Figur 41. Ukentlig antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per uke og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Tabell 30. Totalt antall innleggelser med RS-virusinfeksjon etter sesong, 29.8.2022 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19

Sesong	Totalt		Type A		Type B	
	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000
2022-23	3146*	57,3		.		.
2023-24	2236*	40,3		.		.
2024-25	2860	51,1	188	29,0	460	71,0
2025-26	3424	60,8	316	45,7	375	54,3

*basert kun på ICD-10-diagnosekoder



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

*basert kun på ICD-10-diaagnosekoder registrert i pasientjournalssystemet

Figur 42. Kumulativt antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Tabell 31. Totalt antall innleggelser med RS-virusinfeksjon etter aldersgruppe og virustype, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19

Aldersgruppe	Totalt		Type A		Type B	
	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000	Antall	Antall per 100 000
0 år	777	1398,0	85	152,9	80	143,9
1-4 år	611	277,2	65	29,5	34	15,4
5-14 år	45	7,3	5	0,8	7	1,1
15-29 år	47	4,5	8	0,8	7	0,7
30-64 år	405	15,6	34	1,3	43	1,7
65-79 år	804	100,7	47	5,9	106	13,3
80+ år	735	257,9	72	25,3	98	34,4
Totalt	3424	60,8	316	5,6	375	6,7

Tabell 32. Totalt antall innleggelser med RS-virusinfeksjon samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19. NK: nedre kvartil, ØK: øvre kvartil

Aldersgruppe	Totalt antall		Liggetid (dager)			Pustestøtte		Dødsfall	
	Antall	Per 100 000	Median	NK	ØK	Antall	Andel	Antall	Andel
0 år	777	1398,0	3	1	5	177	22,8	1-4	-
1-4 år	611	277,2	2	1	4	71	11,6	1-4	-
5-14 år	45	7,3	2	1	4	7	15,6	1-4	-
15-29 år	47	4,5	3	2	7	6	12,8	1-4	-
30-64 år	405	15,6	3	2	6	16	4,0	10	2,5
65-79 år	804	100,7	4	3	7	35	4,4	49	6,1
80+ år	735	257,9	4	3	6	9	1,2	56	7,6
Totalt	3424	60,8	3	2	6	321	9,4	120	3,5

Tabell 33. Antall innleggelser med RS-virusinfeksjon etter fylke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19

Fylke	Ukentlig antall per 100 000	Totalt antall	Totalt antall per 100 000
Agder		181	55,9
Akershus		476	63,5
Buskerud		215	78,8
Finnmark		40	53,1
Innlandet		244	64,3
Møre og Romsdal		151	55,3
Nordland		143	58,8
Oslo		354	48,6
Rogaland		389	76,4
Telemark		50	28,1
Troms		96	56,1
Trøndelag		216	44,2
Vestfold		194	74,8
Vestland		423	64,3
Østfold		234	73,9

Innleggelser i intensivavdeling

Gjennom 2025-26-sesongen var det registrert til sammen 134 intensivinnleggelser med RS-virusinfeksjon. Av disse hadde 84 (63 %) luftveisinfeksjoner som hovedårsak til innleggelsen, og 50 (37 %) hadde luftveisinfeksjoner som medvirkende årsak til innleggelsen. Innleggelsesraten var høyest i aldersgruppene 80 år og eldre samt 65-79 år (Tabell 34). Median liggetid var 3 dager (nedre-øvre kvartil 2-6 dager). Av de 134 var det 73 % som fikk pustestøtte, <1 % fikk ECMO, og 10 % døde på intensiv.

Vurdering

Sesongen 2025-26 er den første sesongen med nasjonal overvåking av intensivinnleggelser med luftveisinfeksjoner. Det er noe usikkerhet knyttet til hvor komplett rapporteringen er. Fordi historiske data mangler, er det ikke mulig å sammenligne nivået av intensivinnleggelser med tidligere sesonger. Resultatene bør derfor betraktes som et første referansepunkt for framtidige vurderinger av sykdomsbyrden.

Tabell 34. Totalt antall innleggelser i intensivavdeling med RS-virusinfeksjon samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk intensivregister

Aldersgruppe	Totalt antall		Liggetid (dager)			Pustestøtte		ECMO		Dødsfall	
	Antall	Per 100000	Median	NK	ØK	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
0 år	24	43,2	2,5	2	5	-	-	0	0,0	0	0,0
1-4 år	26	11,8	4	2	7	20	76,9	0	0,0	0	0,0
5-14 år	4	0,6	-	-	-	-	-	0	0,0	0	0,0
15-29 år	2	0,2	-	-	-	-	-	0	0,0	0	0,0
30-64 år	20	0,8	4	2	6	13	65,0	1	5,0	-	-
65-79 år	37	4,6	3	2	6	28	75,7	0	0,0	7	18,9
80+ år	21	7,4	2	1	6	11	52,4	0	0,0	-	-
Totalt	134	2,4	3	2	6	98	73,1	1	0,7	14	10,4

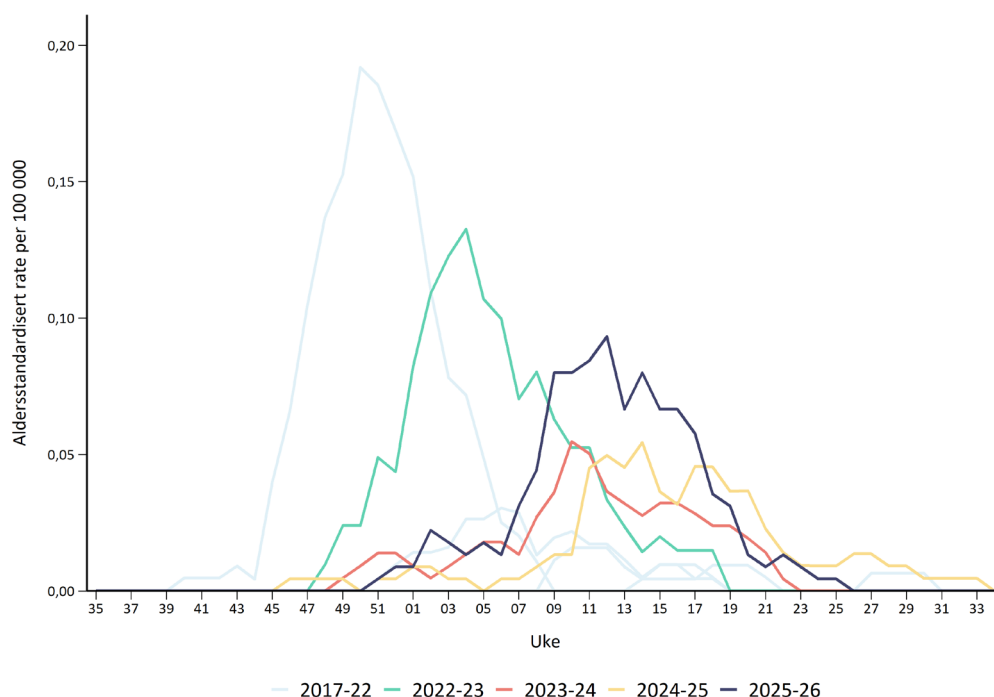
Dødsfall

Gjennom 2025-26-sesongen ble det registrert 56 dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon (1,0 per 100 000). Dette er noe flere enn de foregående to sesongene, men færre enn 2021-22- og 2022-23-sesongene (Figur 43, Tabell 35). Gjennom 2025-26-sesongen utgjorde dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon 0,9 % av alle luftveisinfeksjons-relaterte dødsfall i Norge.

Forekomsten av dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon var høyest i aldersgruppen 80 år og eldre. Det var svært få dødsfall blant personer under 70 år (Tabell 36).

Vurdering

RSV-dødsfall utgjør en liten andel av dødsfall assosiert med luftveisinfeksjoner. Det er usikkerhet knyttet til hvor godt disse tallene gjenspeiler virkeligheten, fordi mer uspesifikke diagnosekoder ofte brukes når smittestoffet ikke er kjent.



Figur 43. Aldersstandardisert rate for dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon med 4-ukers glidende gjennomsnitt, 28.08.2017 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 35. Totalt antall dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Sesong	Antall	Antall per 100 000
2022-23	65	1,2
2023-24	31	0,6
2024-25	36	0,6
2025-26	56	1,0

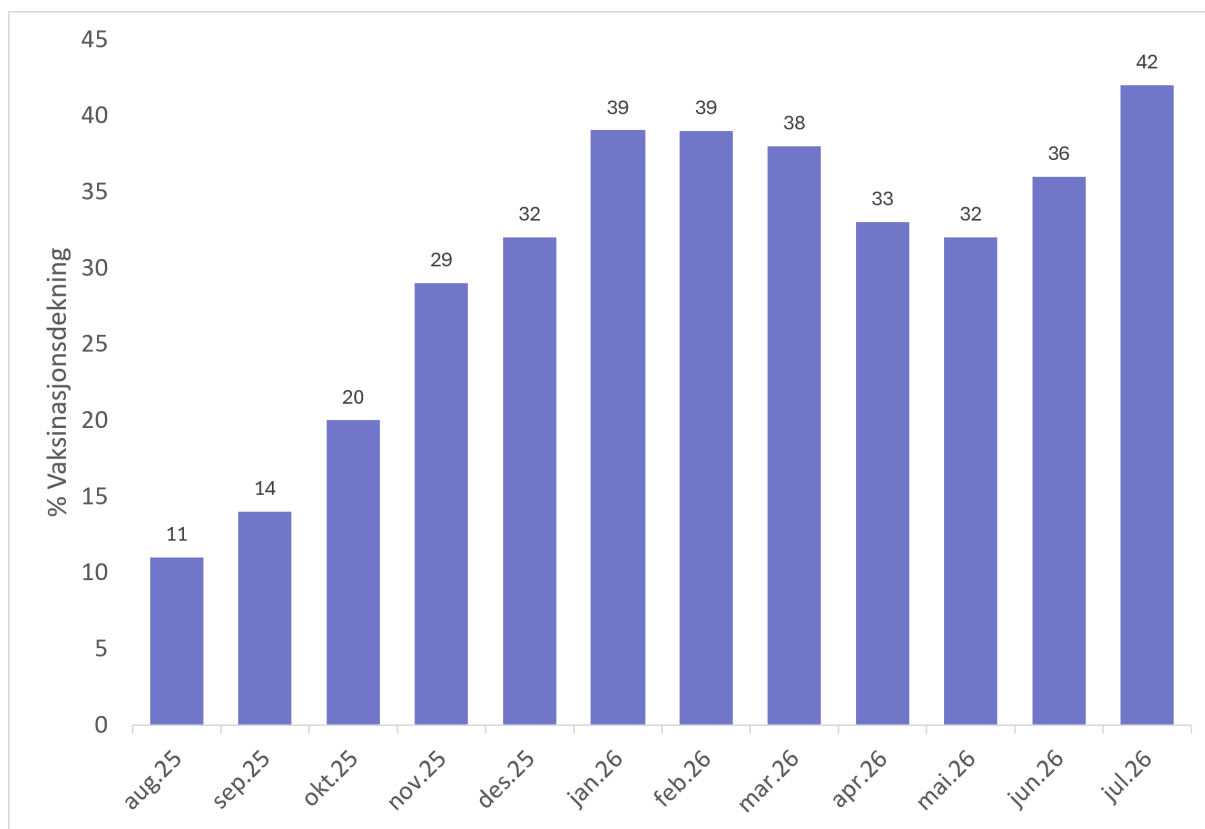
Tabell 36. Totalt antall dødsfall assosiert med RS-virusinfeksjon per 100 000 etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Aldersgruppe	Antall	Antall per 100 000
0-69 år	5	0,1
70-79 år	20	4
80+ år	30	10,5
Ukjent	1	-
Totalt	56	1

Vaksinasjon

Folkehelseinstituttet publiserte sine vaksineanbefalinger for RS-virus-vaksinering av gravide i november 2025. Vaksinen gir beskyttelse mot RS-virusinfeksjon det første halvåret etter fødsel. Frem mot RS-virusutbruddet i sesongen 2025-26 var det en markant økning i antall gravide som valgte å ta RS-virus vaksinen. Den høyeste andelen vaksinerte var størst i de månedene der det også var flest smittede og innleggelser med RS-virus. Andelen vaksinerte sank noe mot sommeren, men ser ut til å øke mot slutten av sesongen. Den høyeste andelen vaksinerte gravide ble observert i juli 2026, da

42% av de som fødte denne måneden hadde valgt å ta RS-vaksinen i løpet av svangerskapet (Figur 44).



Figur 44. Vaksinasjonsdekning hos gravide etter måned for barnets fødsel, 01.11.24 – 24.08.26. Kilder: Medisinsk fødselsregister og Sysvak via Stat19, FHI.

Covid-19

Oppsummering

Gjennom sesongen 2025-26 hadde covid-19 en begrenset påvirkning på sykdomsbyrden i befolkningen sammenlignet med foregående sesonger. Alle de sentrale overvåkingsindikatorne viste et lavere nivå av sykdomsaktivitet enn tidligere og understøtter inntrykket av at SARS-CoV-2 nå sirkulerer på et lavere nivå enn tidligere, samtidig som eldre personer fortsatt er mest utsatt for alvorlig sykdom.

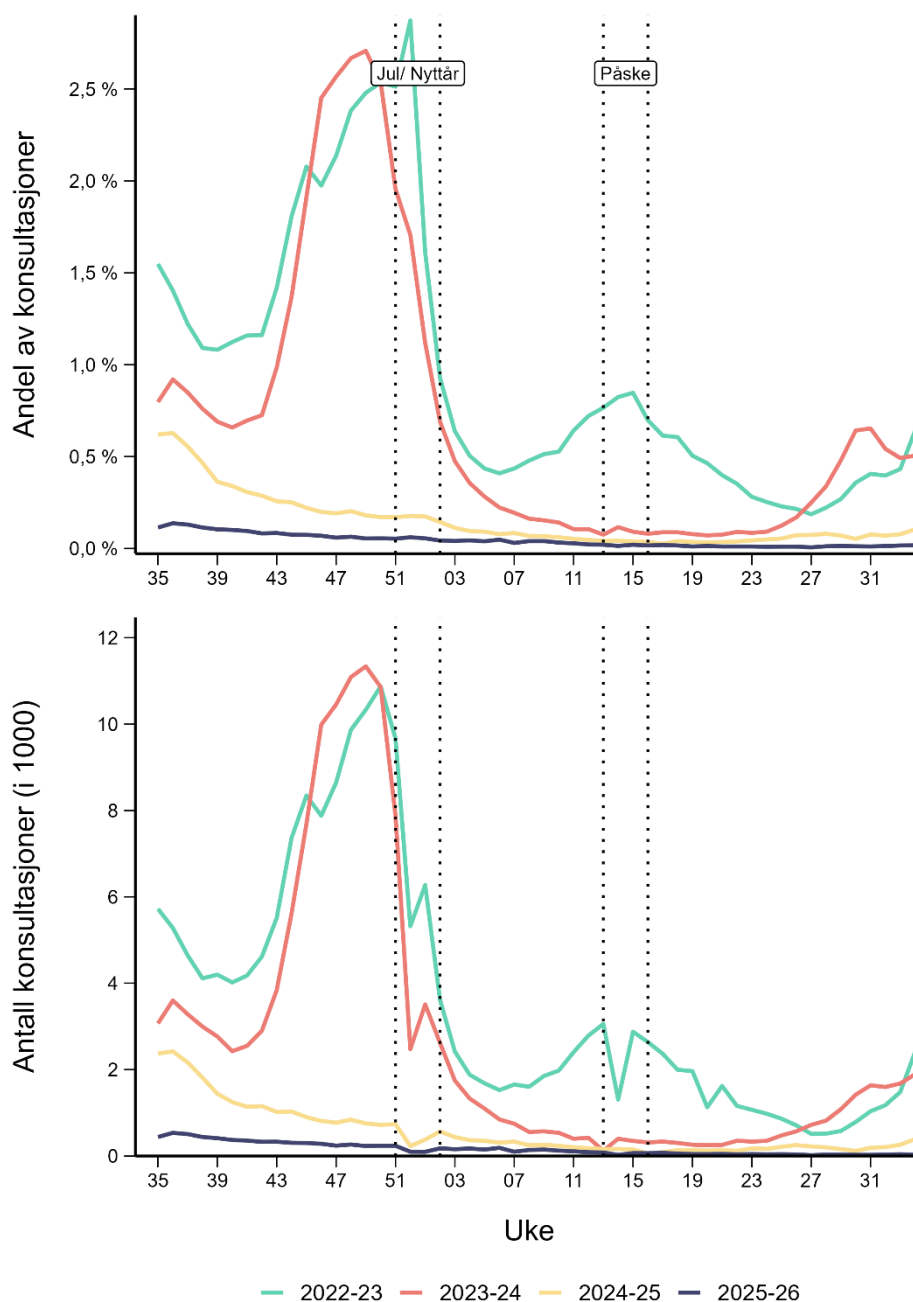
Antallet sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og dødsfall assosiert med covid-19 var lavere enn foregående sesonger. Personer i de eldste aldersgruppene hadde fortsatt høyest forekomst av alvorlig sykdom, med flest innleggelser i sykehus og intensivenhet, lengst liggetid i sykehus og flest dødsfall.

Det sees tendenser til et epidemiologisk skifte i aldersprofil for covid-19 ved at perioder med økt covid-19-forekomst i økende grad er begrenset til aldersgrupper under 15 år, uten at dette fører til større utbrudd i befolkningen som helhet. Tiden vil vise om dette bildet vil stå seg eller er et forbigående trekk.

Vaksinasjonsdekningen blant eldre var 48 % blant personer 75 år og eldre og 39 % blant personer 65 år og eldre ved sesongslutt.

Konsultasjoner i primærhelsetjenesten

Gjennom de to siste sesongene har diagnosekodene for covid-19 (ICPC-2 R991 og R992) blitt brukt i synkende grad. Dette kan bl.a. skyldes synkende forekomst av covid-19, redusert bruk av hurtigtester for å påvise SARS-CoV-2, lavere testaktivitet og mindre oppmerksomhet om sykdommen (Figur 45, Tabell 37).



Figur 45. Ukentlig andel konsultasjoner for covid-19 etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Tabell 37. Totalt antall konsultasjoner for covid-19 etter sesong, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet

Sesong	Totalt antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner for covid-19	Antall konsultasjoner for covid-19 per 100 000
2022-23	18 384 313	182 478	3 324
2023-24	18 526 090	134 689	2 427
2024-25	18 606 247	29 227	522
2025-26	18 112 142	8 442	150

Varslede utbrudd

Gjennom 2025-26-sesongen ble det varslet 17 utbrudd med covid-19. Dette er en kraftig reduksjon siden 2022-23-sesongen (Tabell 38).

Tabell 38. Totalt antall utbrudd av covid-19 og totalt antall tilfeller i utbruddene etter første innsyningsdato og sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: Vesuv.

Sesong	Antall utbrudd i helseinstitusjoner	Totalt antall utbrudd	Antall tilfeller
2022-23	407	421	3 905
2023-24	227	228	1 898
2024-25	58	58	420
2025-26	17	17	137

Påvisninger

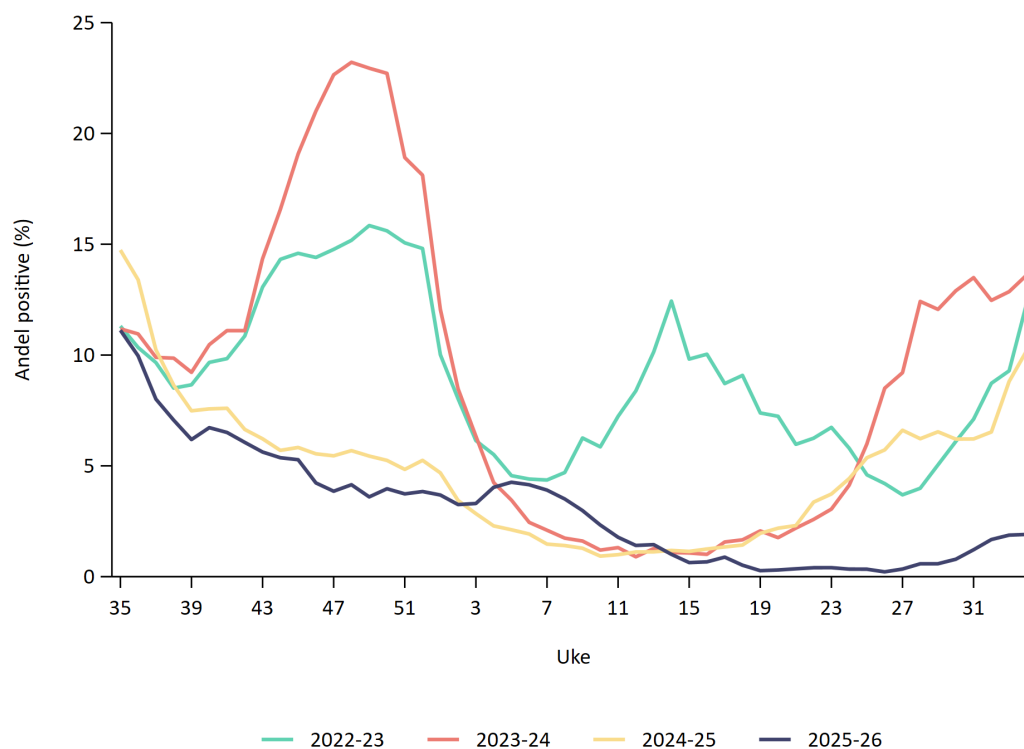
Ved inngangen til 2025-26-sesongen var forekomsten av laboratoriepåvist SARS-CoV-2 på vei ned, etter et toppunkt i uke 26-2025 hvor andel positive prøver var på 11 %. Gjennom sesongen og frem til slutten av juni 2026 har forekomsten vært i jevn nedgang, med unntak av en periode med noe økt forekomst i januar til februar, hvor andel positive på det meste var 4 % i uke 4 og først og fremst drevet av påvisninger blant barn. Andel positive prøver har gjennom sesongen vært langt lavere enn tidligere (Figur 46).

Gjennom 2025-26-sesongen ble 280 015 personer testet for SARS-CoV-2, omtrent like mange tester som 2023-24-sesongen. SARS-CoV-2 ble påvist hos drøyt 10 000 personer, som var under halvparten for hver av de siste tre siste sesongene (Tabell 39).

Testing forekom oftest i aldersgruppene 80 år og eldre og under 1 år, og de hadde også flest påvisninger av SARS-CoV-2 per 100 000 (Tabell 40). Den høyeste andelen positive prøver i noen enkeltuke ble også observert i disse aldersgruppene (17 % og 12 % i uke 35 i hhv. under ett år og 80 år og eldre) (Figur 47, Figur 48). Den økte forekomsten i januar til februar gjorde seg hovedsakelig gjeldende blant barn under 15 år (Figur 47). Det var stor ulikhet i testaktivitet mellom fylkene (Tabell 41).

Vurdering

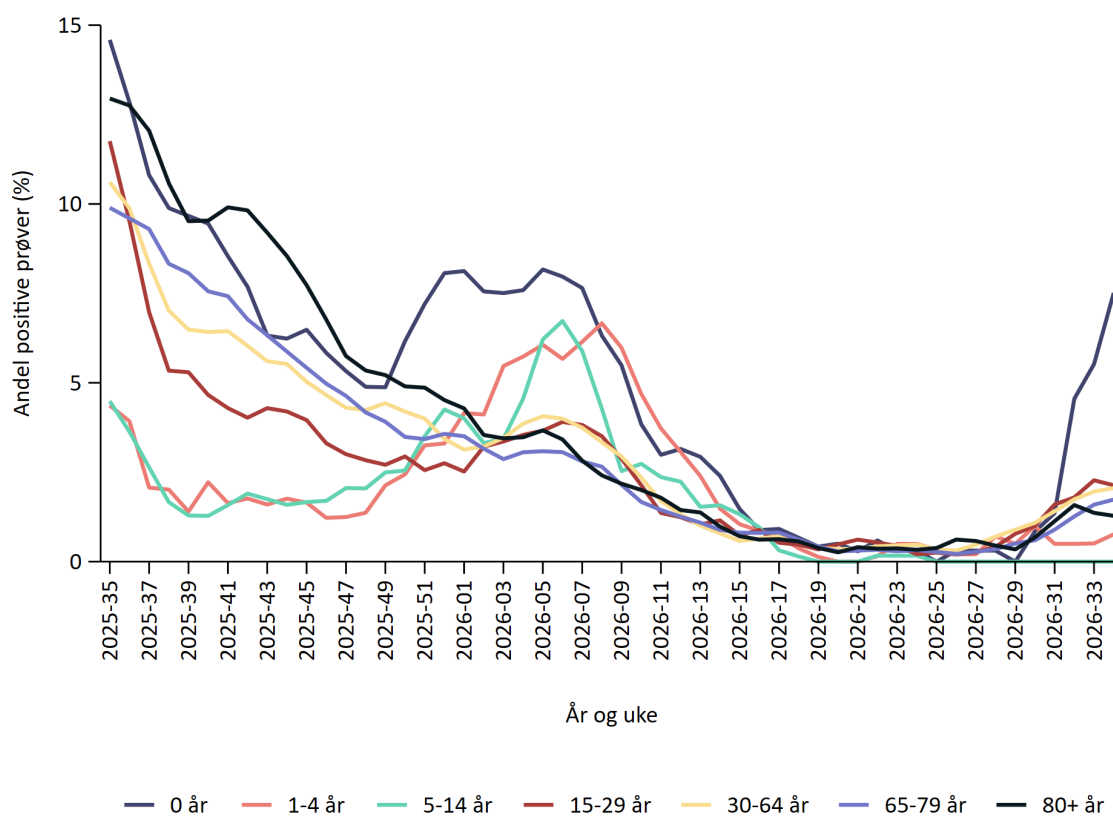
Forekomsten av SARS-CoV-2 har gjennom 2025-26-sesongen var på det laveste nivået siden SARS-CoV-2 begynte å sirkulere. Det er en tendens til at økt forekomst først og fremst sees hos barn under 15 år og at viruset i mindre grad gir utbrudd i hele befolkningen. Tiden vil vise om denne tendensen vil holde seg eller om det vil komme nye større epidemier med lenger mellomrom.



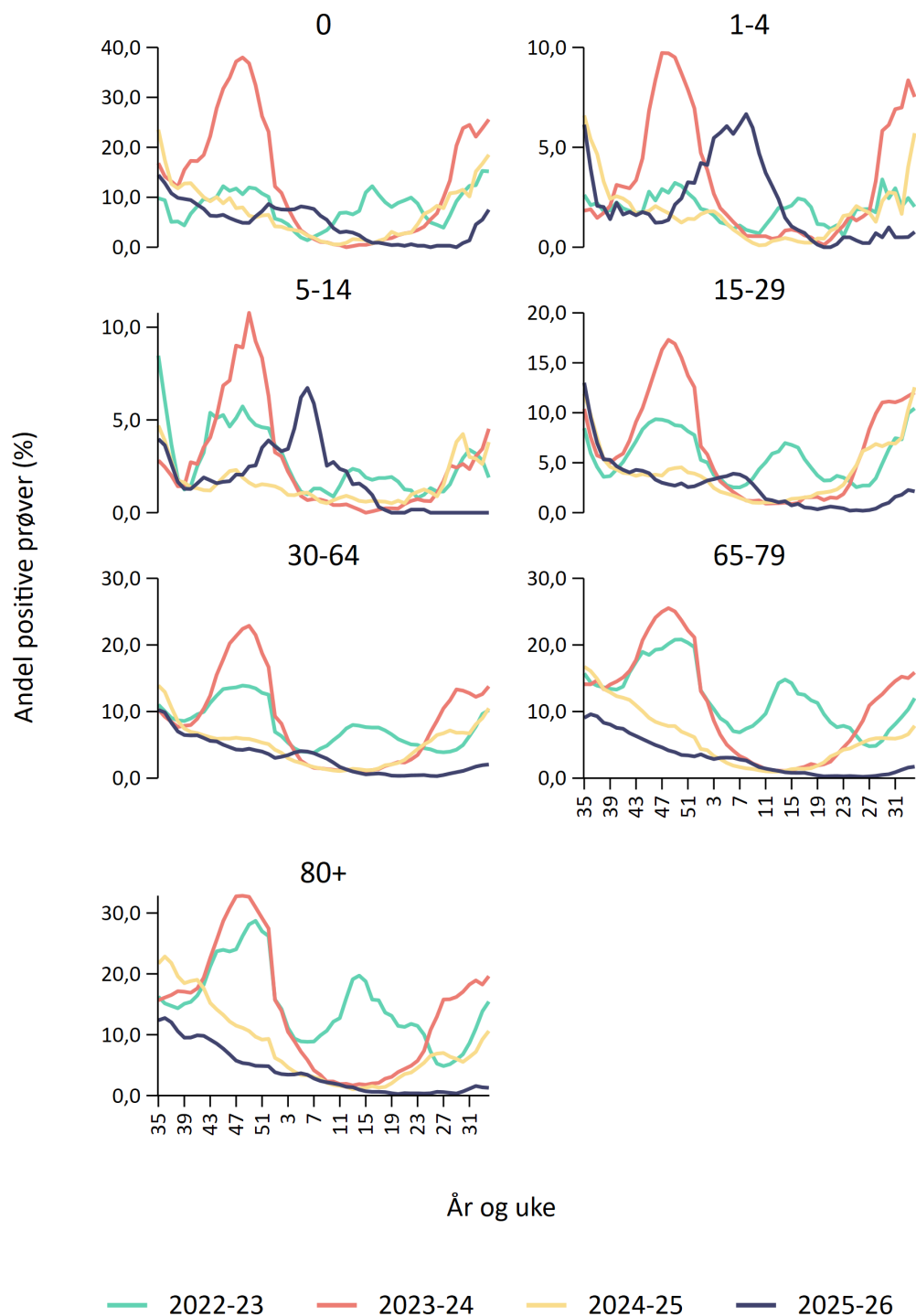
Figur 46. Ukentlig andel personer som testet positivt for SARS-CoV-2 etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 39. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for SARS-CoV-2 etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase

Sesong	Antall personer testet	Antall personer som testet positivt
2022-23	245 734	22 580
2023-24	280 502	27 156
2024-25	472 184	22 025
2025-26	280 015	10 304



Figur 47. Treukers glidende gjennomsnitt av ukentlig andel PCR-analyser positive for SARS-CoV-2 etter aldersgruppe, 24.8.2020 - 23.8.2026. Kilde: MSIS-labdatabasen.



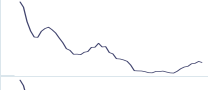
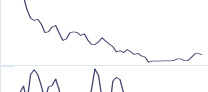
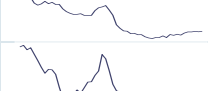
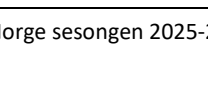
*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 48. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for SARS-CoV-2 etter aldersgruppe og sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026, Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 40. Totalt antall personer testet og som testet positivt for SARS-CoV-2 etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026.
Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Testede	Testede per 100 000	Positive	Positive per 100 000
0 år	7090	12756,8	390	701,7
1-4 år	13634	6185,4	378	171,5
5-14 år	13975	2263,0	343	55,5
15-29 år	41087	3921,7	1328	126,8
30-64 år	110419	4241,8	4172	160,3
65-79 år	57206	7167,6	2020	253,1
80+ år	36575	12836,1	1673	587,1
Totalt	280015	4975,9	10304	183,1

Tabell 41. Ukentlig andel positive samt totalt antall personer testet og som testet positivt for SARS-CoV-2 etter fylke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Fylke	Andel	Testede	Testede per 100 000	Positive	Positive per 100 000
Agder		10084	3113,0	377	116,4
Akershus		34219	4567,4	1260	168,2
Buskerud		10096	3698,4	286	104,8
Finnmark		3484	4627,6	102	135,5
Innlandet		15726	4144,0	560	147,6
Møre og Romsdal		14970	5480,1	529	193,7
Nordland		14163	5821,9	639	262,7
Oslo		31965	4386,5	1130	155,1
Rogaland		26692	5244,8	891	175,1
Telemark		7433	4177,6	287	161,3
Troms		9234	5393,1	297	173,5
Trøndelag		21879	4472,7	916	187,3
Vestfold		17167	6619,7	578	222,9
Vestland		45517	6913,9	1743	264,8
Østfold		14950	4724,3	623	196,9

Virologi

Genomovervåkning

I løpet av inneværende overvåkingsperiode har Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomført helgenomsekvensering av 479 SARS-CoV-2-virus. De fleste prøvene stammet fra det generelle overvåkingssystemet (94,4 %), mens 27 prøver (5,6 %) kom fra Fyrtårn-systemet for sentinelovervåking. Disse sekvenserte virusene er grunnlaget for de genetiske analysene og statistikkene som inngår i overvåkingen ([Varianter av SARS-CoV-2 - Mikrobiologisk genomovervåkning \(NGS\) - FHI Statistikk](#)). De genetiske dataene er oppsummert på månedsnivå, ettersom sekvenseringsfrekvensen og antallet virus som analyseres, er tilpasset overvåking av sirkulerende varianter og endringer i variantfordelingen over tid.

For SARS-CoV-2 benyttes ECDCs variantklassifiseringssystem for å gruppere sekvenser i epidemiologisk relevante variantkategorier (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>). Variantfordelingen endret seg gjennom overvåkingsperioden. XFG var dominerende høsten 2025, men avtok gjennom vinteren samtidig som BA.3.2 økte og utgjorde en betydelig andel av de sekvenserte virusene i februar og mars 2026. Det har vært lite BA.3.2 de siste månedene. NB.1.8.1 ble påvist gjennom store deler av perioden, mens BA.2.86-relaterte virus økte mot slutten av overvåkingsperioden. Andre varianter forekom kun sporadisk.

Flere av de sirkulerende variantene hadde Spike-mutasjoner som kan bidra til redusert antistoffgjenkjenning. NB.1.8.1 hadde en FLuQE-relatert mutasjonsprofil med blant annet F456L og Q493E, mens XFG i tillegg hadde R346T og dermed kombinerte sentrale trekk fra tidligere FLiRT- og FLuQE-varianter. Disse endringene ligger i reseptorbindende domene i Spike og kan påvirke nøytralisering ved eksisterende antistoffimmunitet. BA.3.2 representerer en separat evolusjonær gren og har også vist antigen avstand i nøytraliseringsstudier. Variantandelene må tolkes i lys av at antallet sekvenserte prøver varierte mellom månedene, særlig i perioder med lavt sekvenseringsvolum.

Innleggelser i sykehus

Gjennom 2025-26-sesongen ble det registrert 3083 sykehusinnleggelser med covid-19 (54,8 per 100 000 innbyggere). Det var nesten 3000 færre enn i fjorårssesongen, og mer enn 9400 færre enn i 2022-23- og 2023-24-sesongene (Tabell 42). Det høyeste ukentlige antallet innleggelser registrert i en enkeltuke var 165 i uke 35 (Figur 49).

Innleggesraten var høyest i aldersgruppen 80 år og eldre, etterfulgt av spedbarn og aldersgruppen 65-79 år (Tabell 43). Kumulativt antall innleggelser gjennom sesongen var på likt eller lavere nivå enn de siste sesongene i de fleste aldersgruppene (Figur 52). I januar til februar var det en liten økning i sykehusinnleggelser blant barn, som reflekterte økningen observert i den laboratoriebaserte overvåkingen.

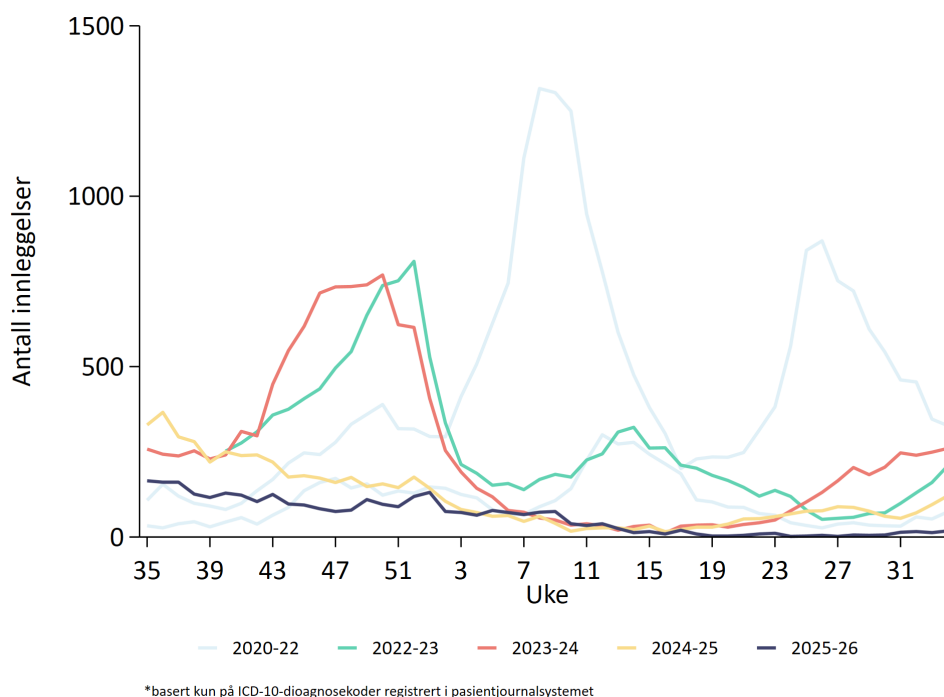
Varigheten av sykehusoppholdet var lengst i aldersgruppene 65-79 år samt 80 år og eldre med median liggetid på 4 døgn, og kortest for spedbarn hvor median liggetid var 1 døgn (Tabell 43). Det var hyppigst behov for pustestøtte, det vil si invasiv respiratorbehandling eller ikke-invasiv pustestøtte med kontinuerlig eller bifasisk luftveisovertrykk (CPAP eller BiPAP), i aldersgruppene 5-14

og 1-4 år (i hhv. 9 % og 8 % av innleggelsene). Dødsfall under innleggelsen eller i løpet av 14 dager etter utskrivelse, var hyppigst forekommende i aldersgruppen 80 år og eldre (105 dødsfall, 9 % av innleggelsene), etterfulgt av aldersgruppen 65-79 år (55 dødsfall, 5 % av innleggelsene). Det var ingen dødsfall registrert blant barn <5 år.

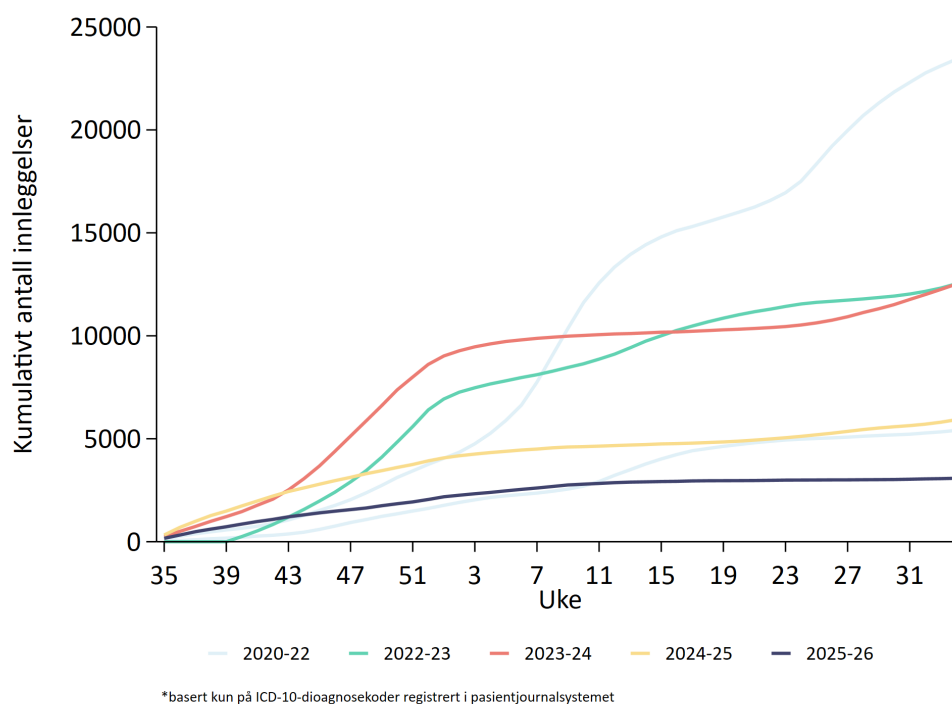
Mellom fylkene varierte antall sykehusinnleggelser med influensa mellom 28 og 97 per 100 000 innbyggere (for hhv. Finnmark og Nordland) (Tabell 44). Tidspunktet for flest sykehusinnleggelser sammenfalt med fylkets utbruddskurve fra den laboratoriebaserede overvåkingen, med høyere forekomst i begynnelsen av sesongen og svært lav forekomst fra våren 2026.

Vurdering

Totalt antall sykehusinnleggelser med covid-19 var for 2025-26-sesongen på det laveste nivået siden SARS-CoV-2 begynte å sirkulere. De eldste var mest utsatt for alvorlig forløp, med lengst liggetid og flest dødsfall relatert til sykehusinnleggelsen. Hos de yngste var innleggelsene av kort varighet, og det var denne sesongen ingen registrerte dødsfall blant barn under 5 år.



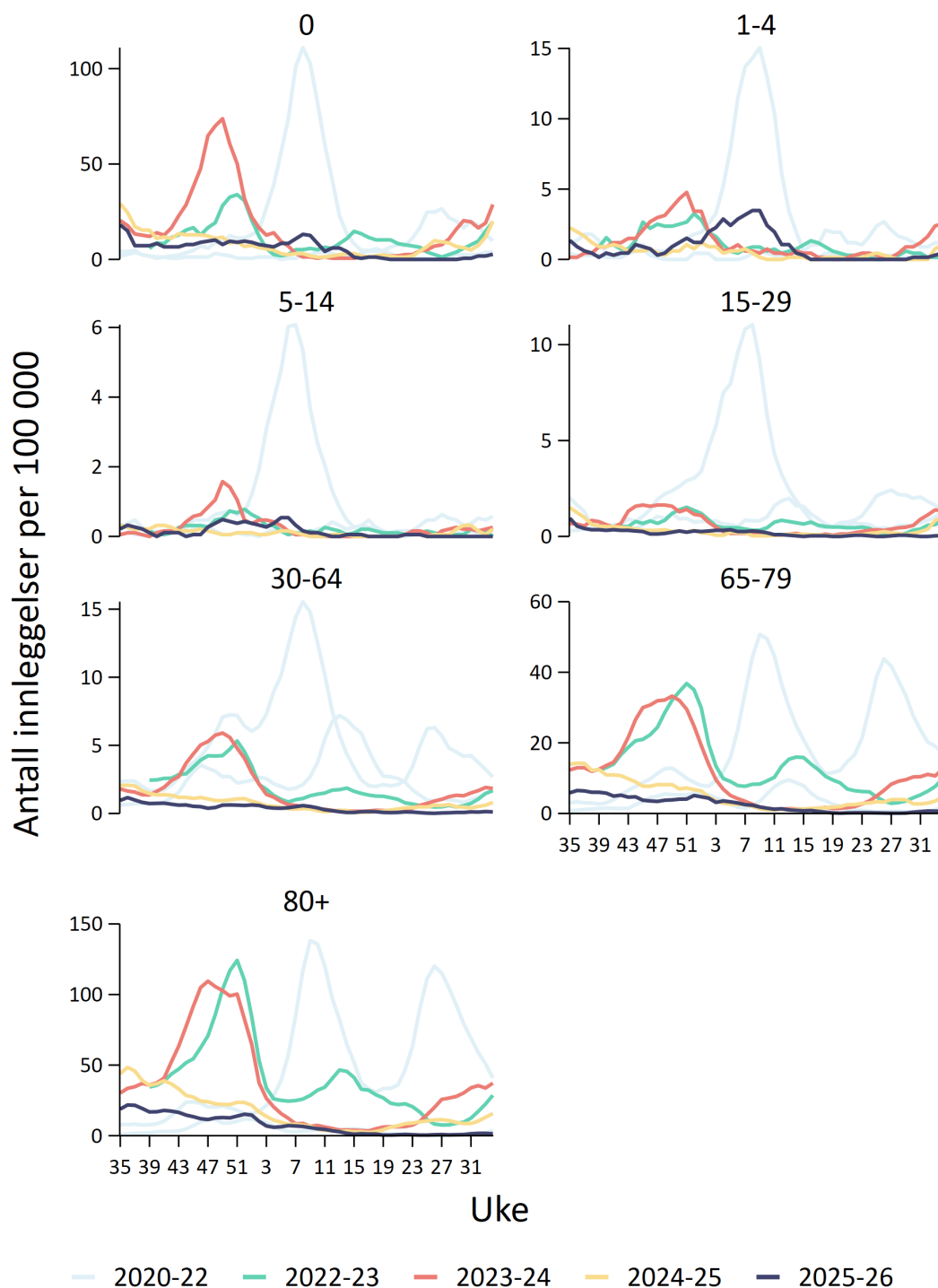
Figur 49. Ukentlig antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026, Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.



Figur 50. Ukentlig antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026, Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Tabell 42. Totalt antall innleggelser med covid-19 etter sesong, 29.8.2022 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

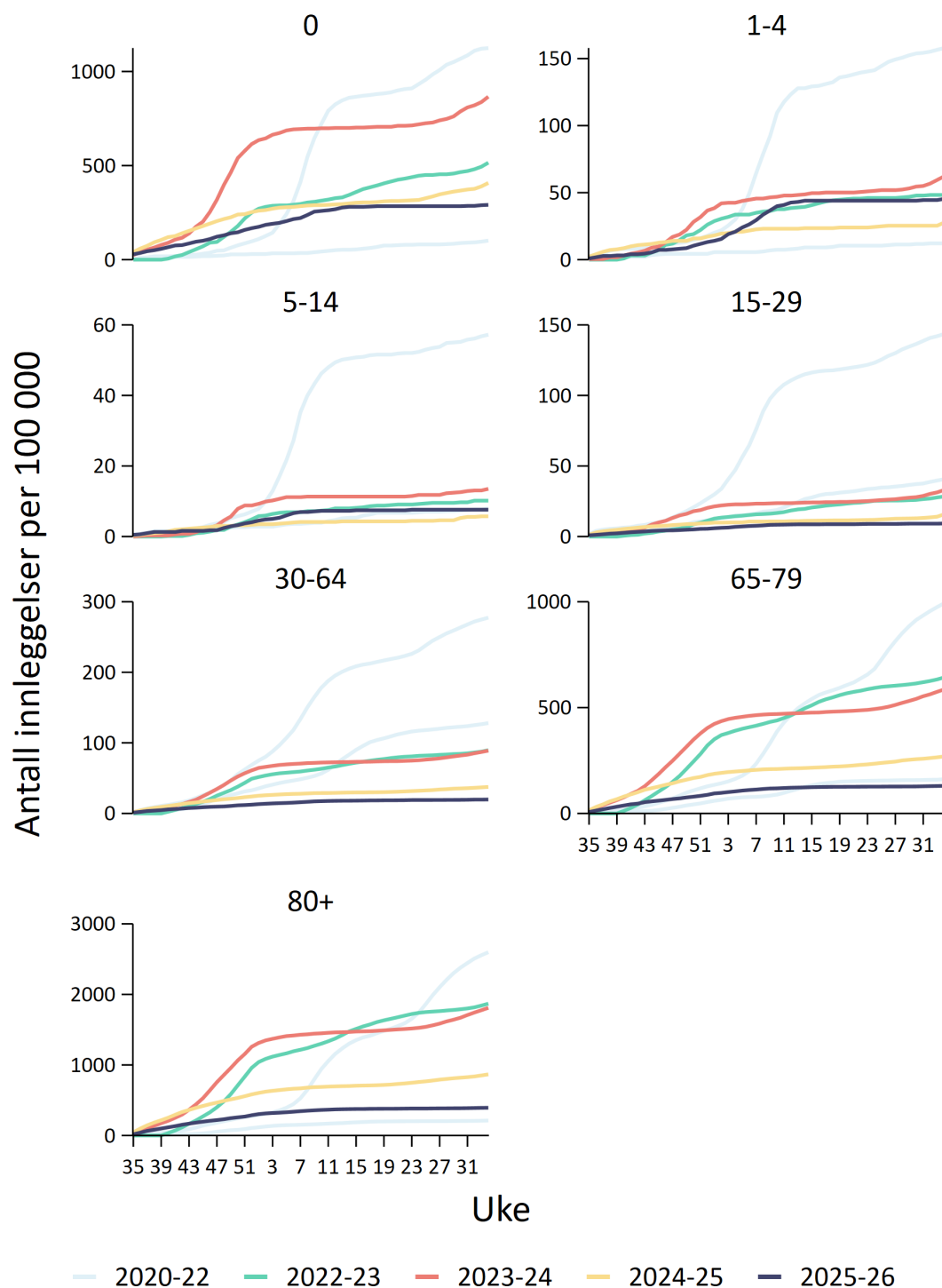
Sesong	Antall	Antall per 100 000
2022-23	12529	228,3
2023-24	12514	225,5
2024-25	5927	105,9
2025-26	3083	54,8



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

*basert kun på ICD-10-dioagnosekoder registrert i pasientjournalssystemet

Figur 51. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av ukentlig antall innleggelser med covid-19 per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.



Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

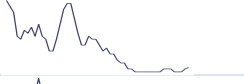
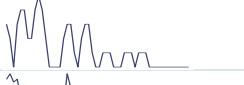
*basert kun på ICD-10-diaagnosekoder registrert i pasientjournalsystemet

Figur 52. Kumulativt antall innleggelser med covid-19 per 100 000 etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026.
Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Tabell 43. Totalt antall innleggelser med covid-19 samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19. NK: nedre kvartil, ØK: øvre kvartil

Alders- gruppe	Totalt antall		Liggetid (dager)			Pustestøtte		Dødsfall	
	Antall	Pr 100000	Median	NK	ØK	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
0 år	162	291,5	1	1	2	11	6,8	0	0,0
1-4 år	100	45,4	2	1	4	8	8,0	0	0,0
5-14 år	47	7,6	2	1	4	4	8,5	1-4	-
15-29 år	97	9,3	2	1	4	3	3,1	0	0,0
30-64 år	516	19,8	3	1	6	19	3,7	15-19	-
65-79 år	1041	130,4	4	2	7	26	2,5	55	5,3
80+ år	1120	393,1	4	2	7	18	1,6	105	9,4
Totalt	3083	54,8	3	2	6	89	2,9	176	5,7

Tabell 44. Antall innleggelser med covid-19 etter fylke, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS labdatabase via Stat19.

Fylke	Ukentlig antall per 100 000	Totalt antall	Totalt antall per 100 000
Agder		131	40,4
Akershus		309	41,2
Buskerud		141	51,7
Finnmark		21	27,9
Innlandet		175	46,1
Møre og Romsdal		200	73,2
Nordland		235	96,6
Oslo		276	37,9
Rogaland		306	60,1
Telemark		109	61,3
Troms		84	49,1
Trøndelag		257	52,5
Vestfold		172	66,3
Vestland		498	75,6
Østfold		145	45,8

Innleggelser i intensivavdeling

Gjennom 2025-26-sesongen var det registrert til sammen 65 intensivinnleggelser med covid-19. Dette er det laveste antallet intensivinnleggelser med covid-19 registrert noen sesong, og minst 15 (19 %) færre enn fjorårssesongen, 292 (82 %) færre enn i 2023-24-sesongen og 442 (87 %) færre enn i 2022-23-sesongen. Av de 65 hadde 26 (40 %) luftveisinfeksjoner som hovedårsak til innleggelsen, og 39 (60 %) hadde luftveisinfeksjoner som medvirkende årsak til innleggelsen. Innleggelsesraten var høyest i aldersgruppene 80 år og eldre samt 65-79 år (Tabell 45). Median liggetid var 1 dager (nedre øvre kvartil 2-5 dager). Av de 65 var det 60 % som fikk pustestøtte, 2 % fikk ECMO, og 15 % døde på intensiv.

Vurdering

Totalt antall intensivinnleggelser med covid-19 for 2025-26-sesongen var lavere enn i noen av sesongene siden SARS-CoV-2 begynte å sirkulere. Det var flest innleggelser per 100 000 blant personer over 80 år, noe som gjenspeiler kjent aldersrelatert risiko for alvorlig sykdomsforløp.

Tabell 45. Totalt antall innleggelser i intensivavdeling med covid-19 samt informasjon om alvorlighet (liggetid, behandling med pustestøtte og dødsfall knyttet til innleggelse) etter aldersgruppe, 25.8.2025 – 23.08.2026. Kilde: Norsk intensivregister.

Aldersgruppe	Totalt antall		Liggetid (dager)			Pustestøtte		ECMO		Dødsfall	
	Antall	Per 100 000	Median	NK	ØK	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
0 år	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-4 år	1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-14 år	3	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-29 år	3	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30-64 år	13	0,5	2	1	3	8	61,5	1	7,7	-	-
65-79 år	26	3,3	3	2	6	14	53,8	0	0,0	-	-
80+ år	18	6,3	2	1	4	10	55,6	0	0,0	-	-
Totalt	65	1,2	2	1	5	39	60,0	1	1,5	10	15,4

Dødsfall

Gjennom 2025-26-sesongen ble det registrert 161 dødsfall assosiert med covid-19 (2,9 per 100 000) (Tabell 46). Dette er det laveste antallet dødsfall assosiert med covid-19 registrert i noen sesong siden SARS-CoV-2 begynte å sirkulere, og 236 (59 %) færre enn fjorårssesongen, 983 (86 %) færre enn i 2023-24-sesongen og 1451 (90 %) færre enn i 2022-23-sesongen. Det var flest dødsfall i uke 37 med 10 dødsfall (Figur 53). Gjennom 2025-26-sesongen utgjorde dødsfall assosiert med covid-19 3 % av alle luftveisinfeksjons-relaterte dødsfall i Norge.

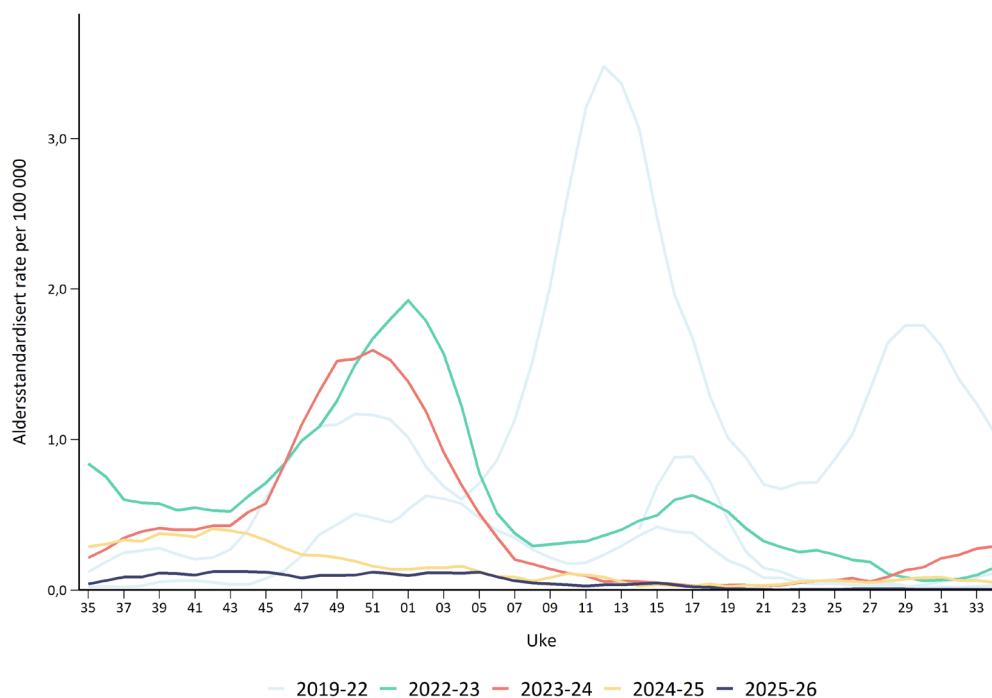
Forekomsten av dødsfall assosiert med covid-19 var høyest i aldersgruppen 80 år og eldre med 39 per 100 000, etterfulgt av 65-79 med 4,9 dødsfall per 100 000 (Tabell 47). Det var svært få dødsfall blant barn, unge og yrkesaktive voksne.

Mellom fylkene varierte antall dødsfall assosiert med covid-19 mellom 2,0 og 6,6 per 100 000 innbyggere i hhv. Akershus og Nordland (Tabell 48).

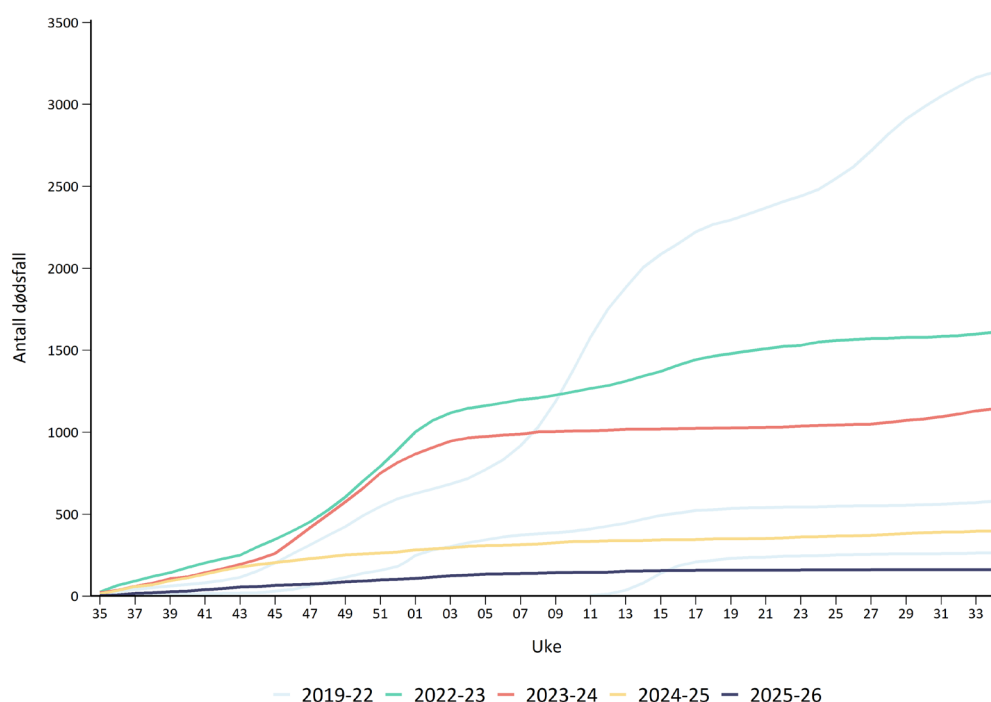
Vurdering

Det kumulative antallet dødsfall assosiert med covid-19 gjennom sesongen 2025-26 tyder på at denne dette har vært den mildeste sesongen siden SARS-CoV-2 begynte å sirkulere.

Aldersfordelingen har vært som forventet basert på kjent aldersrelatert risiko.



Figur 53. Aldersstandardisert rate for dødsfall assosiert med covid-19 med 4-ukers glidende gjennomsnitt, 26.08.2019 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.



Figur 54. Kumulativt antall dødsfall assosiert med covid-19 med, 26.08.2019 – 23.08.2026, Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Tabell 46. Totalt antall dødsfall assosiert med covid-19 etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Sesong	Antall	Antall per 100 000
2022-23	1 612	29,4
2023-24	1 144	20,6
2024-25	397	7,1
2025-26	161	2,9

Tabell 47. Totalt antall dødsfall assosiert med covid-19 per 100 000 etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Aldersgruppe	Antall	Antall per 100 000
0-64 år	11	0,2
65-79 år	39	4,9
80+ år	111	39
Totalt	161	2,9

Tabell 48. Totalt antall dødsfall assosiert med covid-19 per 100 000 etter fylke, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19.

Fylke	Antall	Antall per 100 000
Agder	8	2,5
Akershus	15	2,0
Buskerud	12	4,4
Finnmark	-	-
Innlandet	13	3,4
Møre og Romsdal	10	3,7
Nordland	16	6,6
Oslo	-	-
Rogaland	16	3,1
Telemark	7	3,9
Troms	8	4,7
Trøndelag	13	2,7
Vestfold	8	3,1
Vestland	21	3,2
Østfold	6	1,9
Norge	161	2,9

Vaksinasjon

Vaksinasjonsdekningen blant personer fra 75 år og over var 48 % per 31. mai, og 39 % for personer fra 65 år og over. Dette er en nedgang for begge aldersgrupper. Det var stor variasjon i dekning mellom fylkene for begge aldersgrupper med en variasjon på henholdsvis 35-53 % og 27-44 %.

Oversikt og detaljer vedrørende vaksinasjonsdekning mot covid-19 og gjennomføring av kampanjen for voksevakinasjonsprogrammet i sesongen 2025-26 finnes i sesongrapport for voksevakinasjonsprogrammet (lenke kommer når rapporten er ferdig 10.9)

Andre luftveisinfeksjoner

Oppsummering

Av de andre luftveisinfeksjonene inkludert i overvåkingen, er det humant metapneumovirus, korona forkjølelsesvirus, parainfluenzavirus og rhinovirus som har et tydelig sesongmønster. Hos de fleste av disse sees høyest forekomst hos barn under 5 år. Denne sesongen ser det ut til at forekomsten av rhinovirus har vært noe høyere enn på flere år, mens epidemiene av de andre virusene har lignet på de foregående sesongene. Av smittestoffene under overvåking er det rhinovirus som oftest påvises hos sykehusinnlagte, etterfulgt av parainfluenzavirus. Sesongen 2025-26 ble rhinovirus påvist hos drøyt 5000 sykehusinnlagte og parainfluenzavirus hos nesten 1400 sykehusinnlagte.

Luftveisbakteriene *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* og *Bordetella pertussis* har ikke noe tydelig sesongmønster. *Mycoplasma pneumoniae* og *Bordetella pertussis* kan gi epidemier, som sett i tidsrommet 2023-2025. Etter dette har forekomsten av alle tre vært lav. Den siste sesongen er det aldersgruppen 5-14 år som har hatt høyest forekomst av disse bakteriene.

Varslede utbrudd

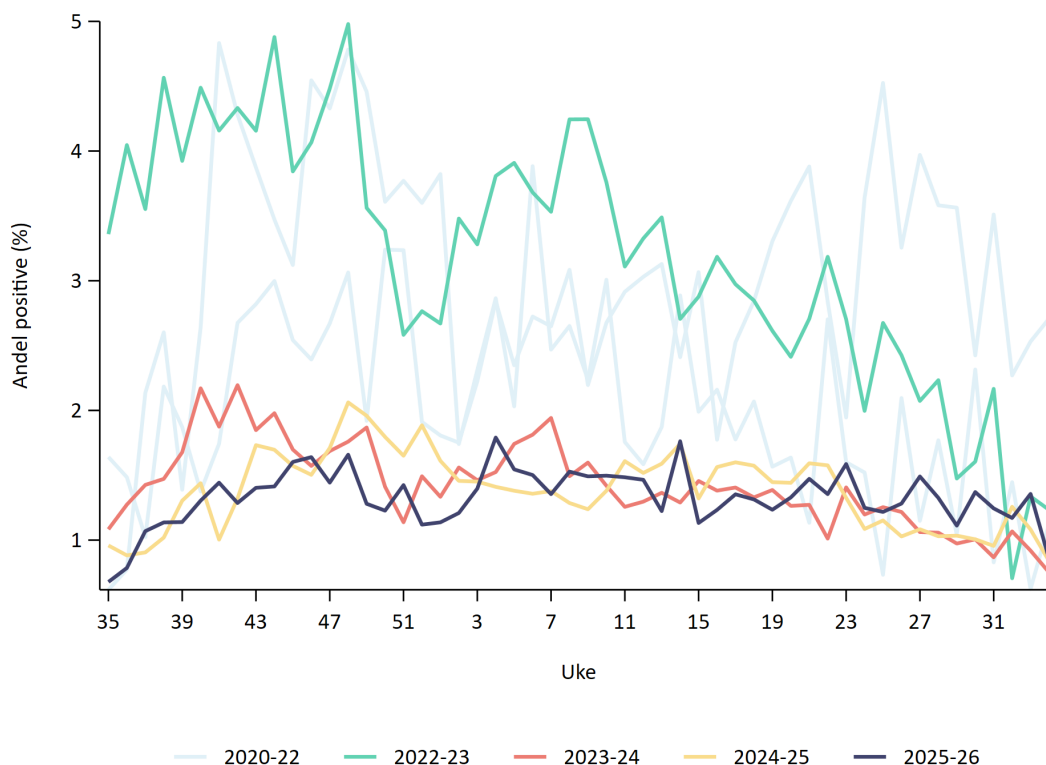
Gjennom 2025-26-sesongen ble det varslet et fåtall utbrudd med *Bordetella pertussis*, humant metapneumovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, parainfluenzavirus og rhinovirus (Tabell 49).

Tabell 49. Totalt antall varslede utbrudd av luftveisinfeksjoner utenom influensa, RS-virusinfeksjon og covid-19, og totalt antall tilfeller i de utbruddene etter første innsyningsdato og sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: Vesuv.

Smittestoff	Sesong	Antall utbrudd i helseinstitusjoner	Totalt antall utbrudd	Antall tilfeller
<i>Bordetella pertussis</i>	2022-23	0	1	5
	2023-24	2	21	107
	2024-25	0	12	56
	2025-26	0	3	13
Humant metapneumovirus (hMPV)	2022-23	0	0	0
	2023-24	3	3	21
	2024-25	1	1	16
	2025-26	0	0	0
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	2022-23	0	0	0
	2023-24	0	0	0
	2024-25	1	2	23
	2025-26	0	0	0
Parainfluenzavirus	2022-23	2	2	9
	2023-24	0	0	0
	2024-25	3	3	17
	2025-26	3	3	26
Rhinovirus	2022-23	0	0	0
	2023-24	1	1	8
	2024-25	0	0	0
	2025-26	2	2	22

Påvisninger av adenovirus (i luftveisprøver)

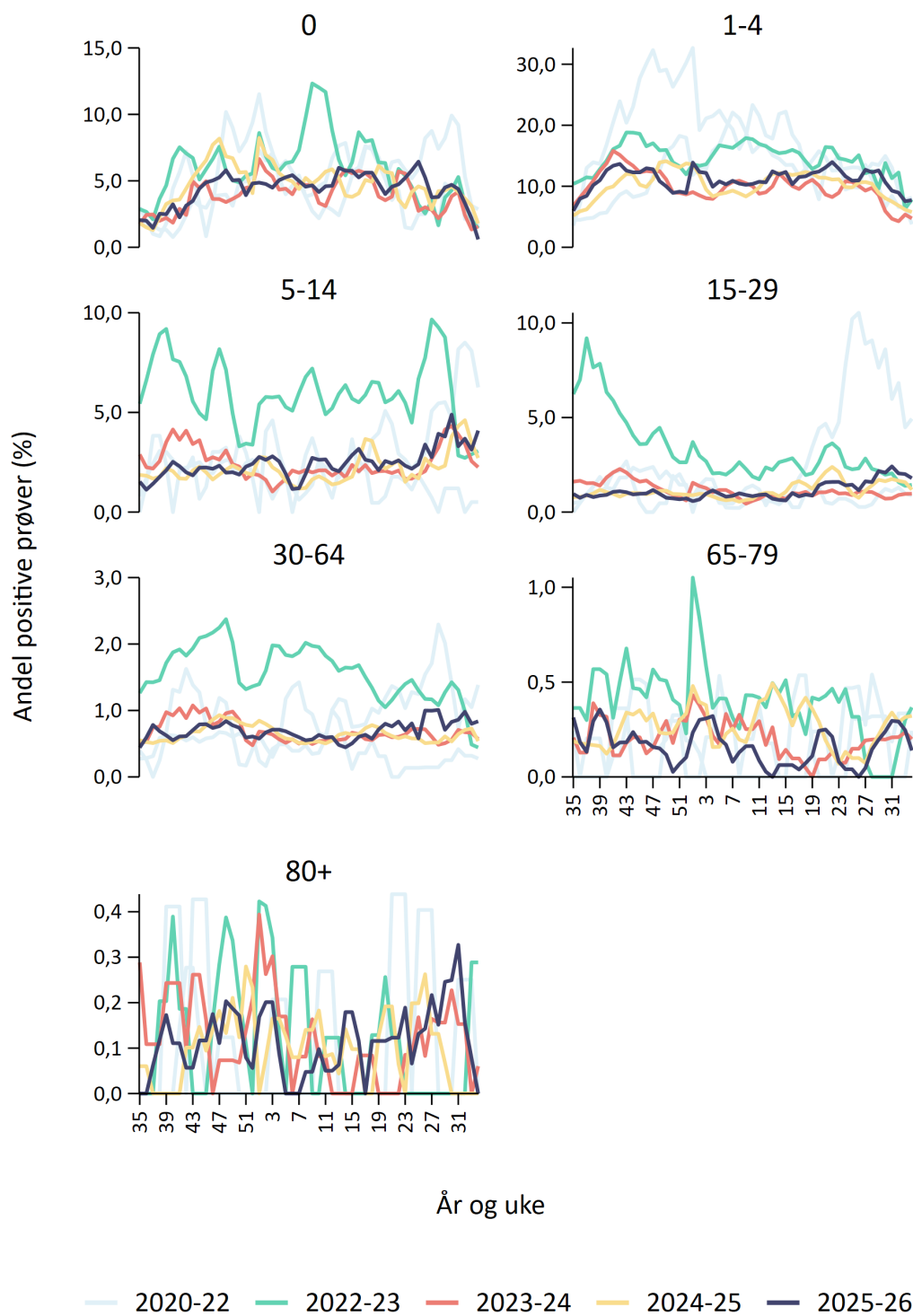
Det sees ikke et tydelig sesongmønster for adenovirus (Figur 55). Forekomsten har gjennom 2025-26-sesongen ligget på omtrent samme nivå som de to foregående sesongene. Forekomsten har vært høyest i aldersgruppen 1-4 år (Figur 56, Tabell 51). Det ble påvist adenovirus hos drøyt 500 sykehusinnlagte (Tabell 50).



Figur 55. Ukentlig andel personer som testet positivt for adenovirus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 50. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for adenovirus etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	115 953	3718	32 707	1005
2023-24	194 118	2630	43 930	541
2024-25	369 801	4981	51 571	692
2025-26	216 103	2851	44 308	512



*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

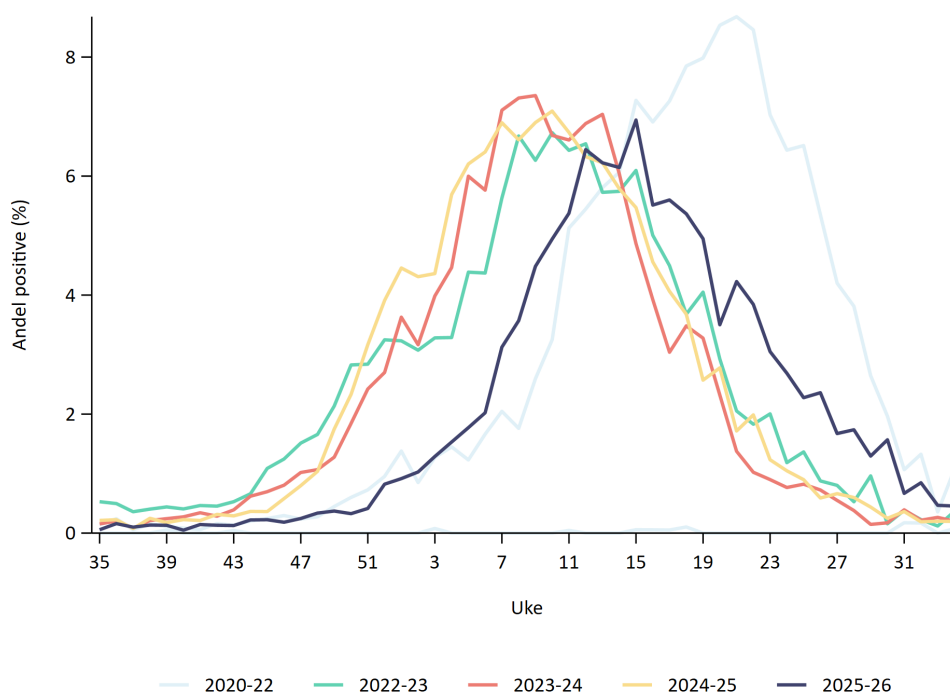
Figur 56. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for adenovirus etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 51. Totalt antall personer som testet positivt for adenovirus etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Testede	Totalt antall personer		Positive per 100 000	Antall sykehusinnlagte personer	
		Testede per 100 000	Positive		Positive	Positive per 100 000
0 år	6093	10963,0	262	471,4	74	133,1
1-4 år	11602	5263,5	1277	579,3	329	149,3
5-14 år	11763	1904,8	248	40,2	29	4,7
15-29 år	33364	3184,6	360	34,4	23	2,2
30-64 år	87371	3356,4	614	23,6	36	1,4
65-79 år	41635	5216,6	64	8,0	12	1,5
80+ år	24270	8517,6	26	9,1	9	3,2
Totalt	216103	3840,2	2851	50,7	512	9,1

Påvisninger av humant metapneumovirus

Epidemier med humant metapneumovirus forekommer vanligvis om vinteren. Sesongen 2025-26 begynte økningen noe senere enn de tre foregående sesongene. Omfanget av utbruddet ser ut til å ha vært omtrent likt som de tidligere tre sesongene (Figur 57). Forekomsten har vært høyest blant barn i skolealder (Tabell 53, Figur 58). Det ble påvist humant metapneumovirus hos drøyt 700 sykehusinnlagte (Tabell 52).



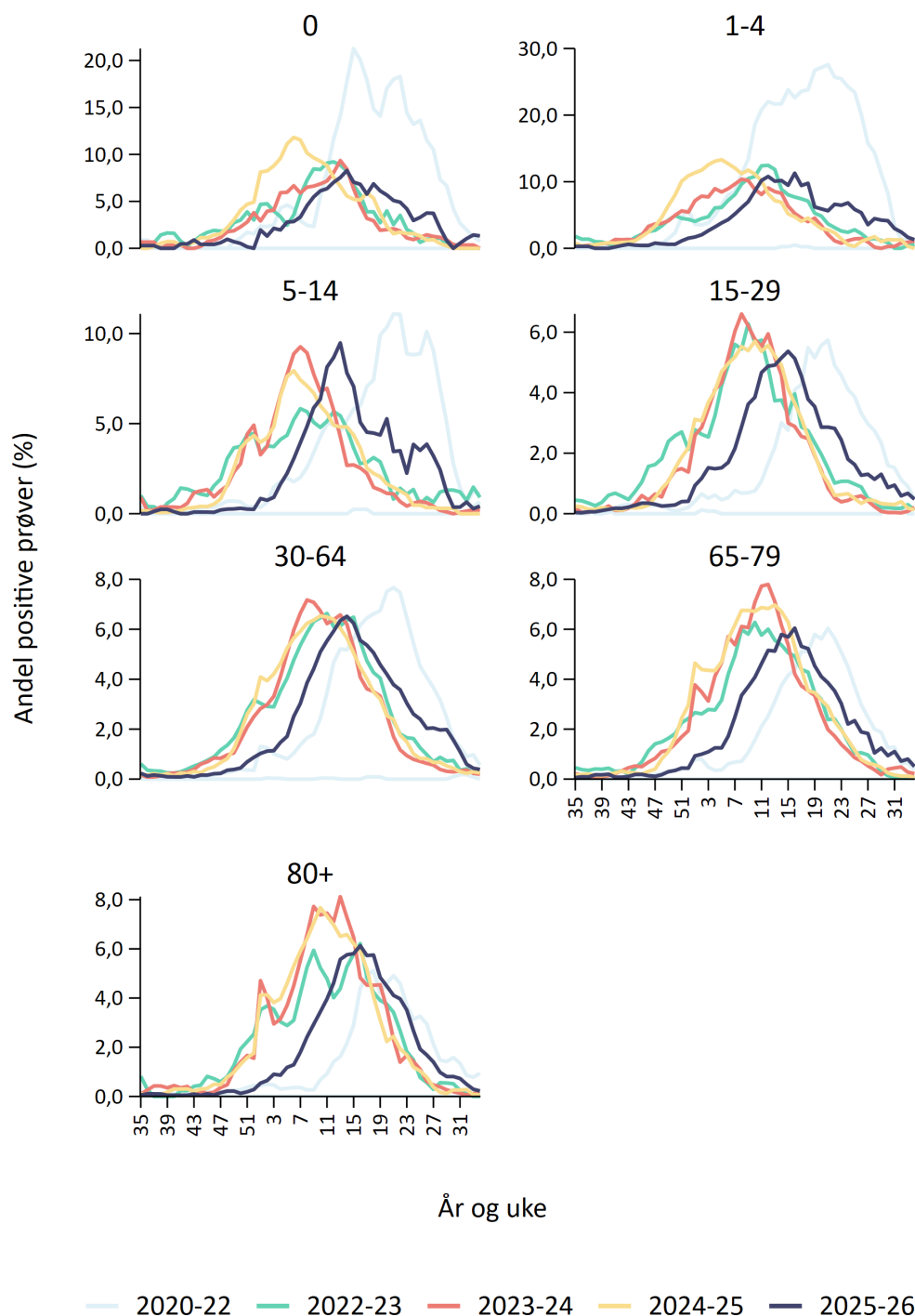
Figur 57. Ukentlig andel personer som testet positivt for humant metapneumovirus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 52. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for humant metapneumovirus etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	159 400	4 582	46 111	998
2023-24	226 996	5 731	48 639	917
2024-25	421 300	12 156	58 310	1 273
2025-26	234 680	4 664	48 580	707

Tabell 53. Totalt antall personer som testet positivt for humant metapneumovirus etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Testede	Totalt antall personer		Positive per 100 000	Antall sykehusinnlagte personer	
		Testede per 100 000	Positive		Positive	Positive per 100 000
0 år	6 500	11 695,3	182	327,5	47	84,6
1-4 år	12 591	5 712,2	454	206,0	97	44,0
5-14 år	12 731	2 061,6	257	41,6	23	3,7
15-29 år	36 018	3 437,9	509	48,6	23	2,2
30-64 år	94 973	3 648,4	1 846	70,9	158	6,1
65-79 år	45 475	5 697,8	924	115,8	189	23,7
80+ år	26 382	9 258,8	492	172,7	170	59,7
Totalt	234 680	4 170,3	4 664	82,9	707	12,6



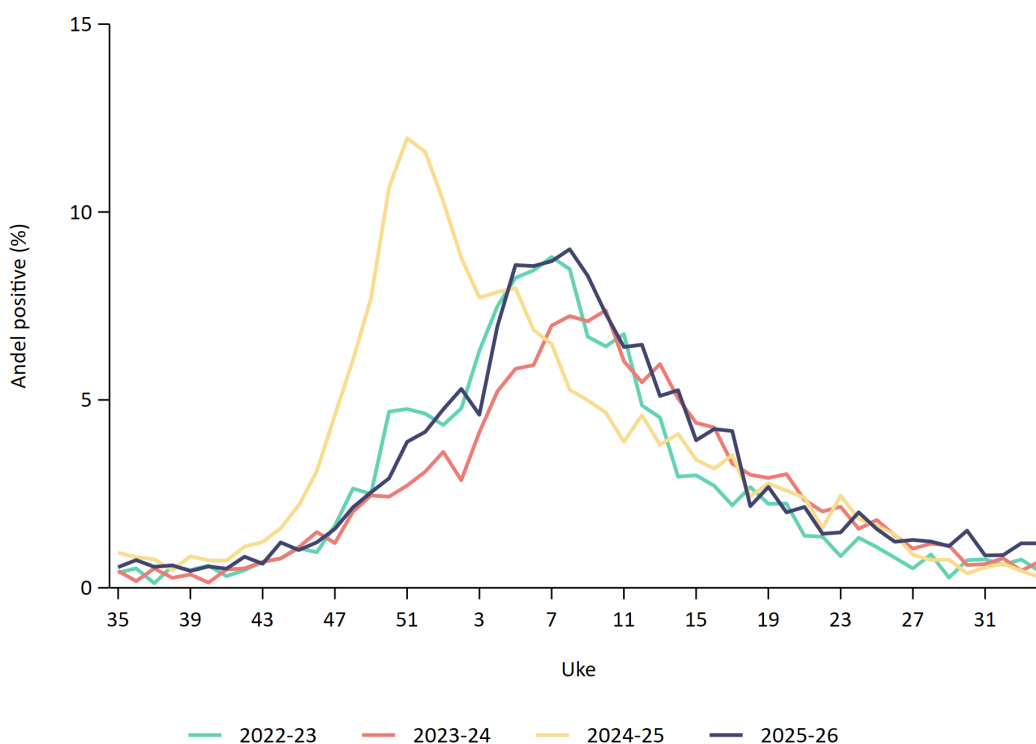
*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 58. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for humant metapneumovirus etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Påvisninger av korona forkjølelsesvirus

Epidemier med korona forkjølelsesvirus forekommer vanligvis om vinteren. Epidemien i sesongen 2025-26 var i omtrent samme tidsperiode som 2022-23- og 2023-24-sesongene, og utbruddets omfang ser ut til å ha vært omtrent likt som disse sesongene (Figur 59). Denne vinteren har forekomsten vært høyest blant barn under 5 år etterfulgt av aldersgruppen 15-29 år (Tabell 55, Figur 60). Det ble påvist korona forkjølelsesvirus hos rundt 440 sykehusinnlagte (Tabell 54).

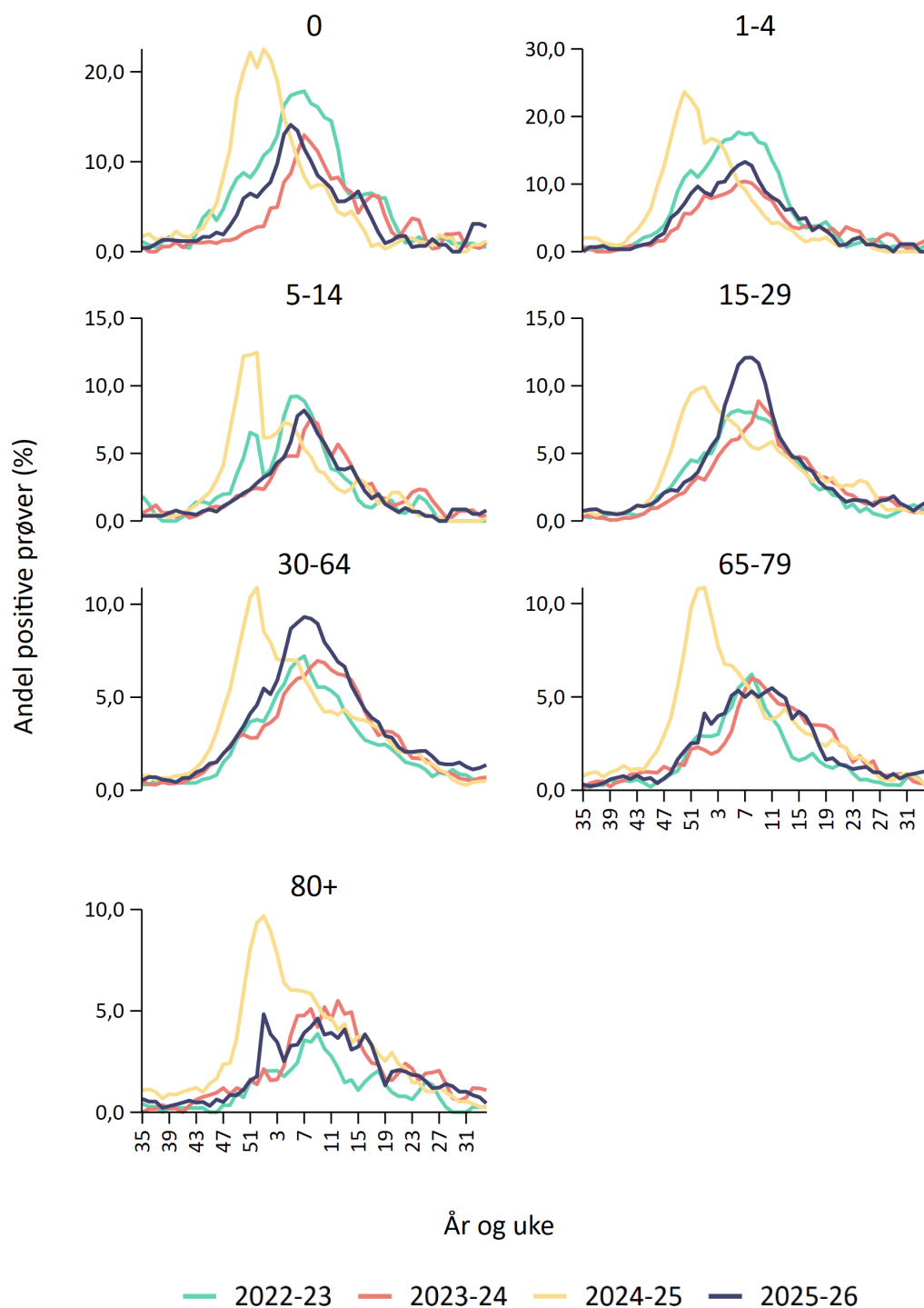
Gruppen omfatter fire ulike virus: hCoV-OC43, hCoV-229E, hCoV-NL63 og hCoV-HKU1. Et mindre antall prøver med påvist korona forkjølelsesvirus er oversendt til FHI og testet for virustype. Blant 39 slike prøver var hCoV-HKU1 det vanligste (56 %), fulgt av hCoV-OC43 og hCoV-229E (18 % hver) og med færrest hCoV-NL63 (8 %). Tilsvarende andeler i foregående 2024-25-sesong var 66 % hCoV-OC43, 31 % hCoV-NL63, 2 % hCoV-HKU1 og kun 0,4 % hCoV-229E.



Figur 59. Ukentlig andel personer som testet positivt for korona forkjølelsesvirus etter sesong, 29.8.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 54. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for korona forkjølelsesvirus etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	96 544	3 191	19 613	515
2023-24	141 046	3 752	20 754	439
2024-25	263 838	11 154	24 170	800
2025-26	140 594	4 517	19 246	440



*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

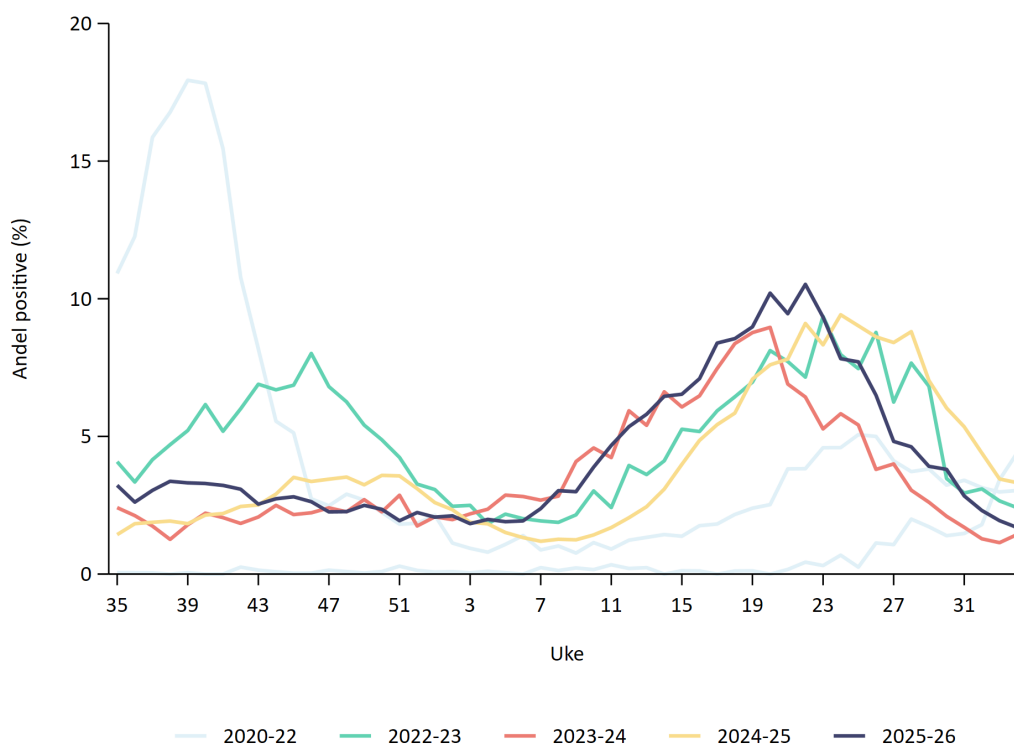
Figur 60. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for korona forkjølelsesvirus etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 55. Totalt antall personer som testet positivt for korona forkjølelsesvirus etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Testede	Totalt antall personer		Positive per 100 000	Antall sykehusinnlagte personer	
		Testede per 100 000	Positive		Positive	Positive per 100 000
0 år	3 563	6 410,8	169	304,1	60	108,0
1-4 år	7 519	3 411,2	399	181,0	61	27,7
5-14 år	7 851	1 271,4	195	31,6	14	2,3
15-29 år	24 158	2 305,9	838	80,0	38	3,6
30-64 år	60 029	2 306,0	2 090	80,3	118	4,5
65-79 år	24 440	3 062,2	577	72,3	92	11,5
80+ år	13 030	4 572,9	249	87,4	57	20,0
Totalt	140 594	2 498,4	4517	80,3	440	7,8

Påvisninger av parainfluenzavirus

Epidemier med parainfluenzavirus har de siste sesongene forekommet på våren. Epidemien i sesongen 2025-26 var i omtrent samme tidsperiode som de foregående tre sesongene, og utbruddets omfang ser ut til å ha vært omtrent likt som disse sesongene (Figur 61). Denne våren har forekomsten vært høyest blant barn under 5 år (Tabell 57, Figur 62). Det ble påvist korona forkjølelsesvirus hos nesten 1400 sykehusinnlagte (Tabell 56).



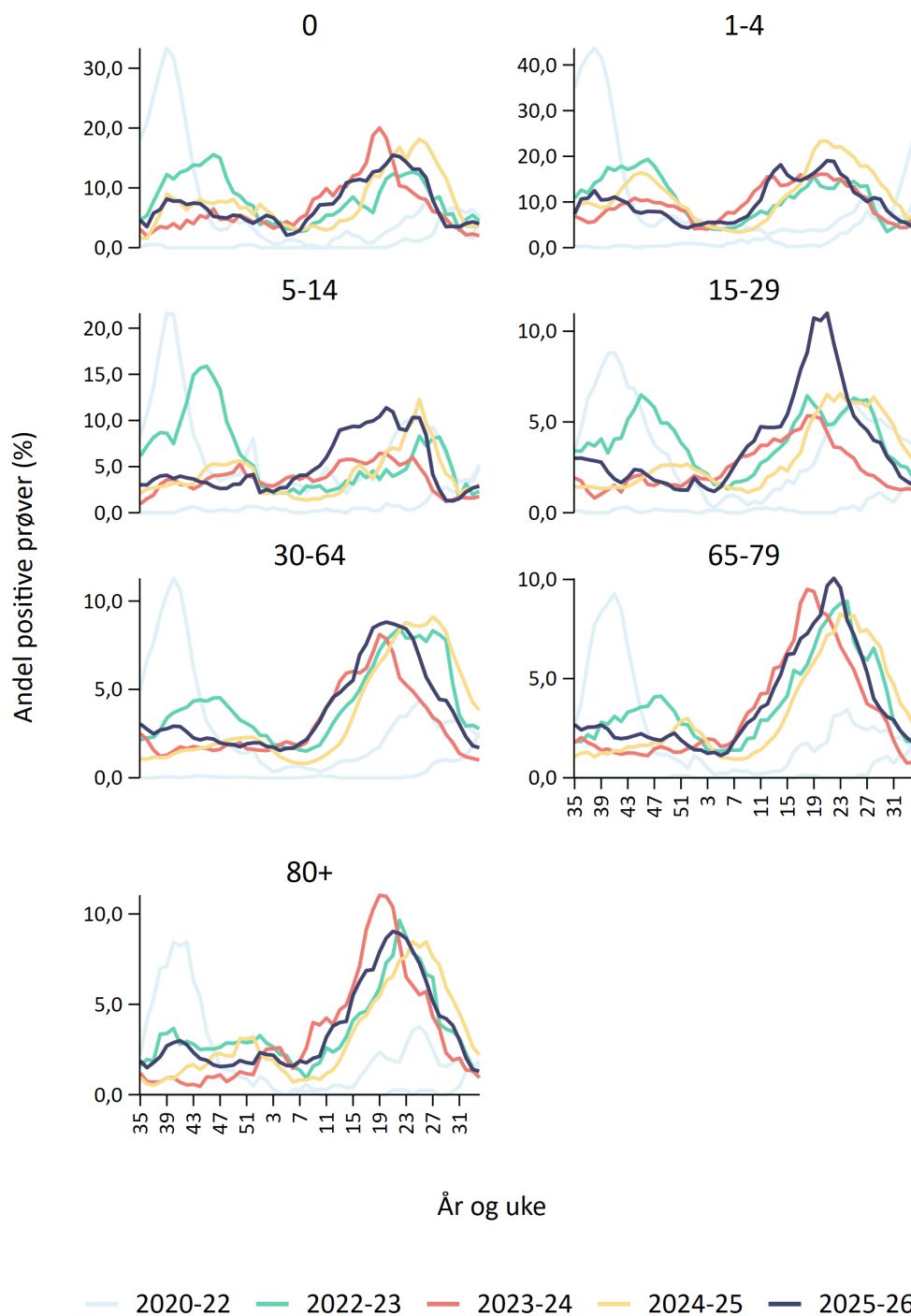
Figur 61. Ukentlig andel personer som testet positivt for parainfluenzavirus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 56. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for parainfluenzavirus etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	148 370	6 858	44 015	1 613
2023-24	210 604	7 316	43 182	1 168
2024-25	392 251	12 208	52 937	1 345
2025-26	221 595	8 646	44 401	1 382

Tabell 57. Totalt antall personer som testet positivt for parainfluenzavirus etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Totalt antall personer			Antall sykehusinnlagte personer		
	Testede	Testede per 100 000	Positive	Positive per 100 000	Positive	Positive per 100 000
0 år	6 285	11 308,4	428	770,1	144	259,1
1-4 år	12 120	5 498,5	1 089	494,1	192	87,1
5-14 år	12 150	1 967,5	544	88,1	64	10,4
15-29 år	34 354	3 279,1	1 100	105,0	65	6,2
30-64 år	90 247	3 466,9	3 107	119,4	223	8,6
65-79 år	42 115	5 276,8	1 507	188,8	358	44,9
80+ år	24 320	8 535,2	871	305,7	336	117,9
Totalt	221 595	3 937,8	8 646	153,6	1 382	24,6

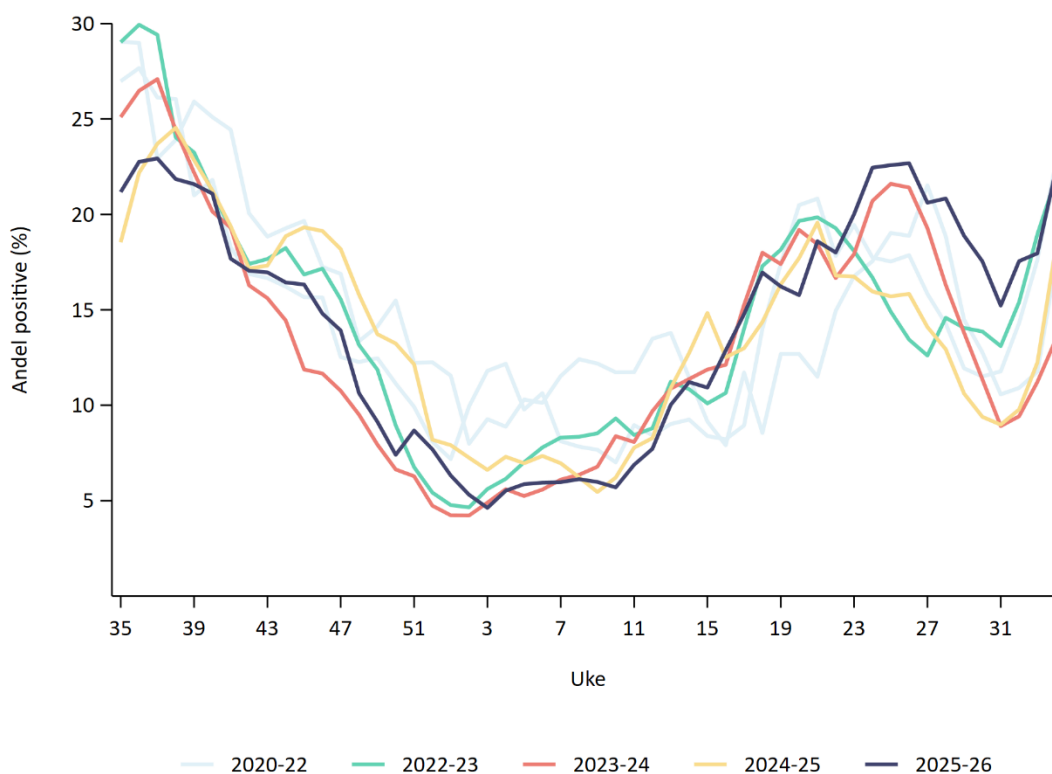


*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 62. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for parainfluenzavirus etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Påvisninger av rhinovirus

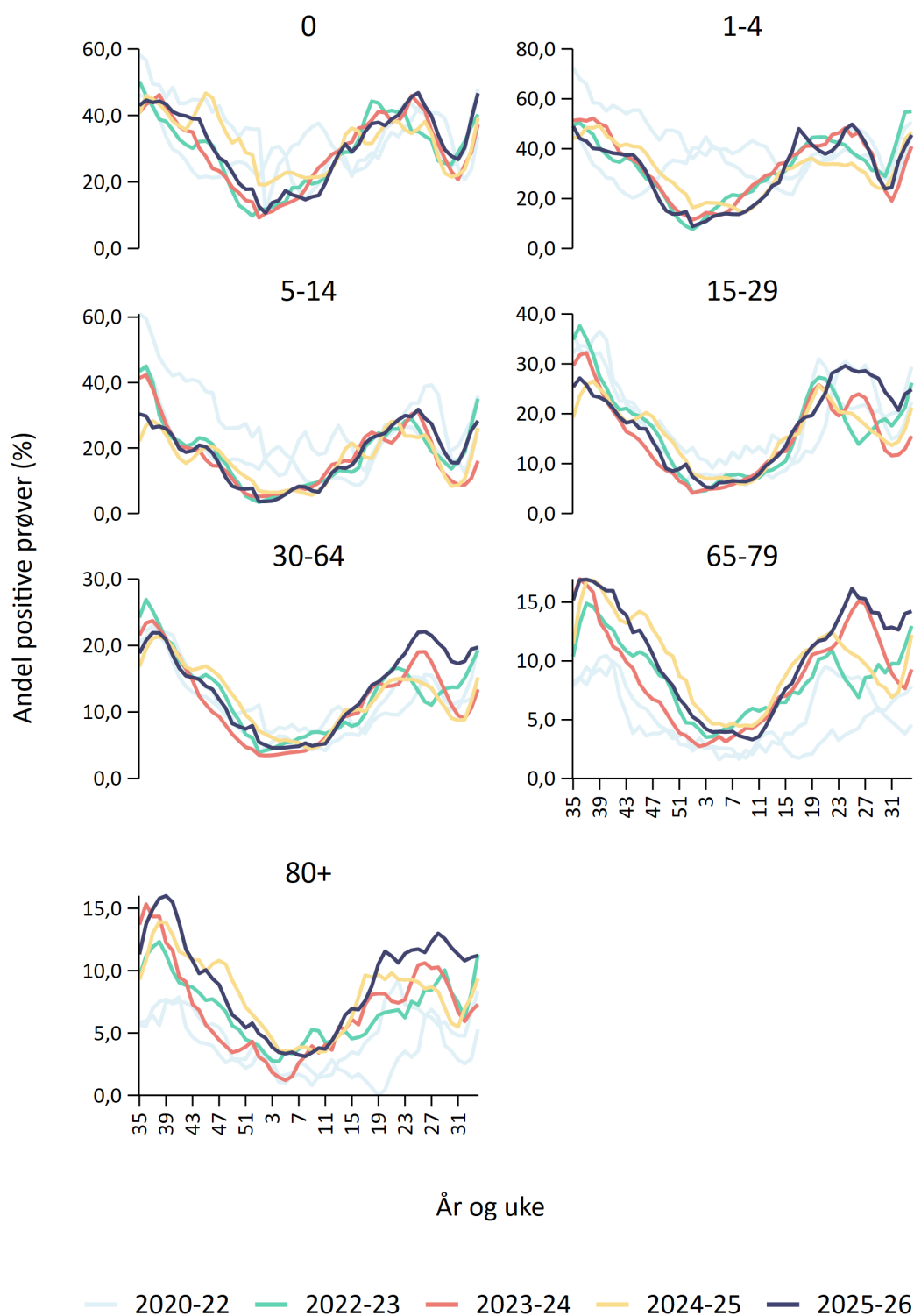
Rhinovirus sirkulerer hele året, og vanligvis sees to perioder med økt forekomst. Sesongen 2025-26 var intet unntak, med noe høyere forekomst i slutten av sesongen enn de foregående sesongene (Tabell 59, Figur 63). Forekomsten har vært høyest blant barn under 5 år (Figur 64). Det ble påvist rhinovirus hos drøyt 5000 sykehusinnlagte (Tabell 58).



Figur 63. Ukentlig andel personer som testet positivt for rhinovirus etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 58. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for rhinovirus etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	157 821	20 244	44 420	4 754
2023-24	228 825	28 722	47 114	4 463
2024-25	419 766	57 115	55 423	5 630
2025-26	230 982	30 966	47 138	5 092



*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

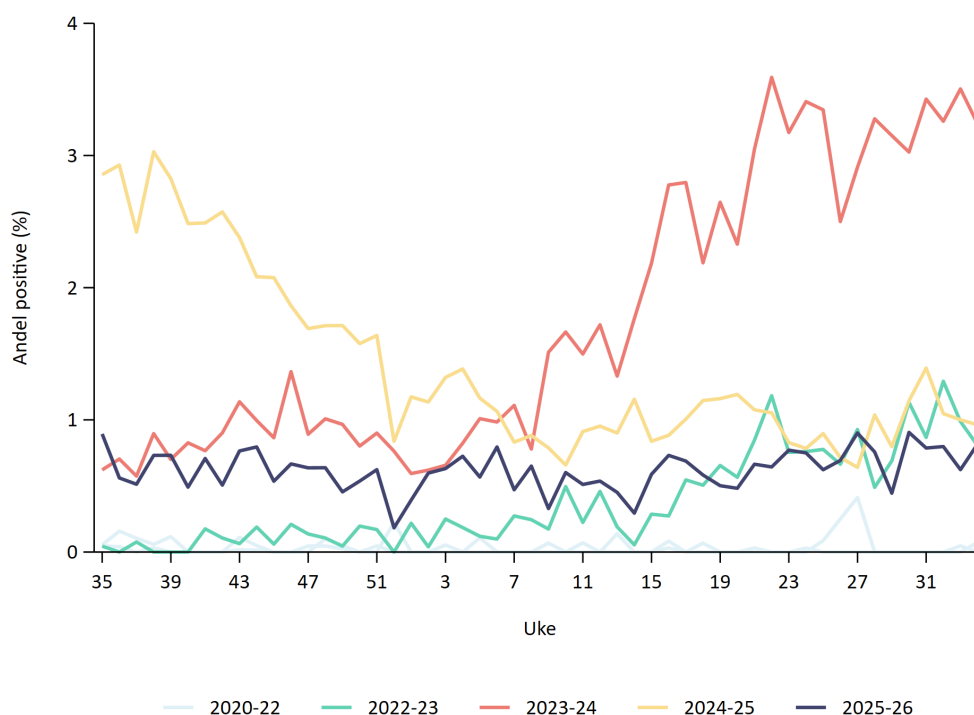
Figur 64. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for rhinovirus etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 59. Totalt antall personer som testet positivt for rhinovirus etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Testede	Totalt antall personer		Positive per 100 000	Antall sykehusinnlagte personer	
		Testede per 100 000	Positive		Positive	Positive per 100 000
0 år	6 230	11 209,5	1 741	3 132,5	707	1272,1
1-4 år	12 141	5 508,1	2 990	1 356,5	884	401,0
5-14 år	12 489	2 022,4	1 839	297,8	306	49,6
15-29 år	35 583	3 396,4	5 813	554,8	366	34,9
30-64 år	93 858	3 605,6	11 645	447,3	1 007	38,7
65-79 år	44 753	5 607,3	4 630	580,1	1 018	127,5
80+ år	25 916	9 095,3	2 307	809,6	803	281,8
Totalt	230 982	4 104,6	30 966	550,3	5 092	90,5

Påvisninger av *Bordetella pertussis*

Etter et utbrudd med kikhoste 2023-2025 har forekomsten vært på et lavere og stabilt nivå i alle aldersgrupper (Figur 65, Figur 66). Forekomsten er høyest i aldersgruppen 5-14 år (Tabell 61). Det ble påvist *Bordetella pertussis* hos ca. 40 sykehusinnlagte (Tabell 60). Se ellers [Årsrapport for barnevaksinasjonsprogrammet 2025](#) for utfyllende informasjon.



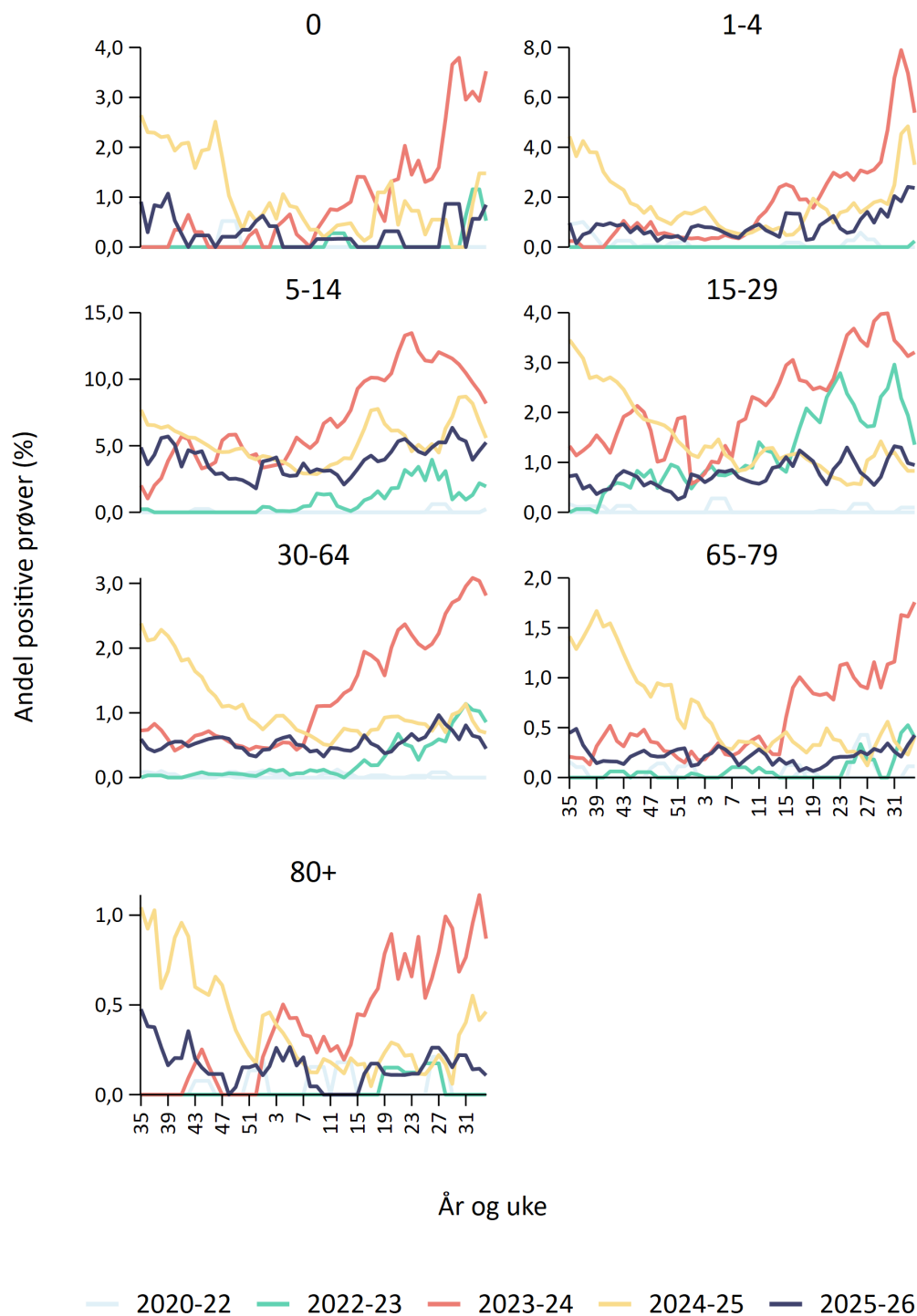
Figur 65. Ukentlig andel personer som testet positivt for *Bordetella pertussis* etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 60. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for *Bordetella pertussis* etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	140 322	468	36 702	5
2023-24	232 682	4 626	40 502	89
2024-25	474 951	7 843	55 382	118
2025-26	249 085	1 687	43 705	41

Tabell 61. Totalt antall personer som testet positivt for *Bordetella pertussis* etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Testede	Totalt antall personer		Positive per 100 000	Antall sykehusinnlagte personer	
		Testede per 100 000	Positive		Positive	Positive per 100 000
0 år	5 907	10 628,3	15	27,0	2	3,6
1-4 år	12 404	5 627,4	102	46,3	1	0,5
5-14 år	13 606	2 203,3	520	84,2	2	0,3
15-29 år	40 027	3 820,6	294	28,1	6	0,6
30-64 år	104 145	4 000,8	596	22,9	15	0,6
65-79 år	46 954	5 883,1	117	14,7	8	1,0
80+ år	26 032	9 136,0	43	15,1	7	2,5
Totalt	249 085	4 426,3	1 687	30,0	41	0,7

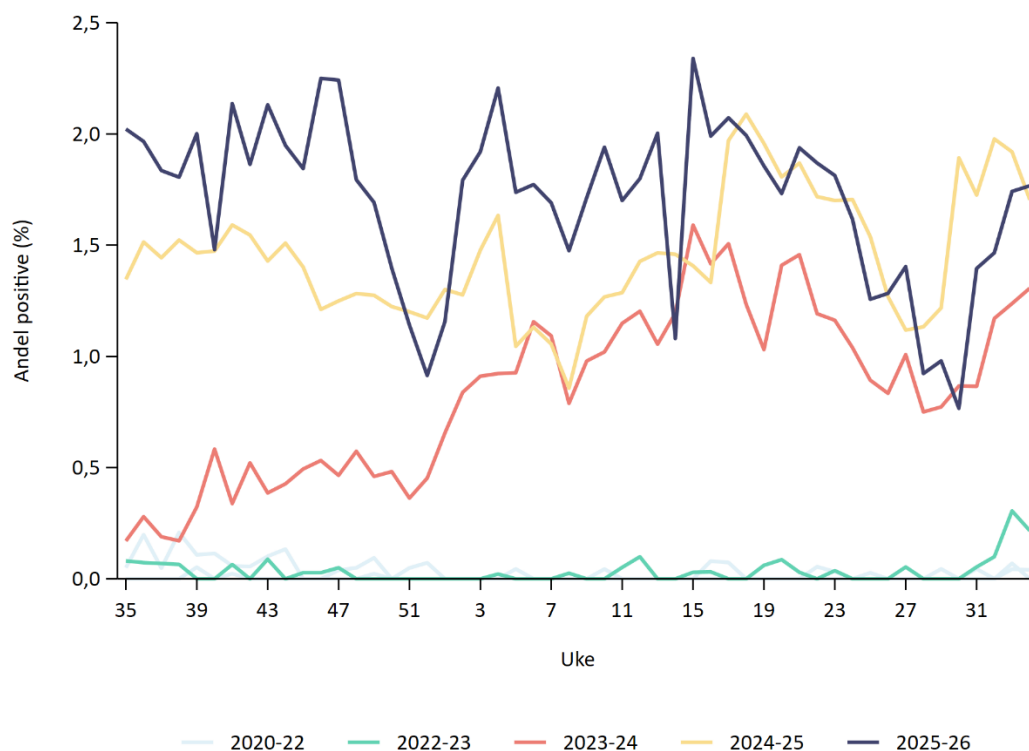


*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 66. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for *Bordetella pertussis* etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026, Kilde: MSIS labdatabase.

Påvisninger av *Chlamydia pneumoniae*

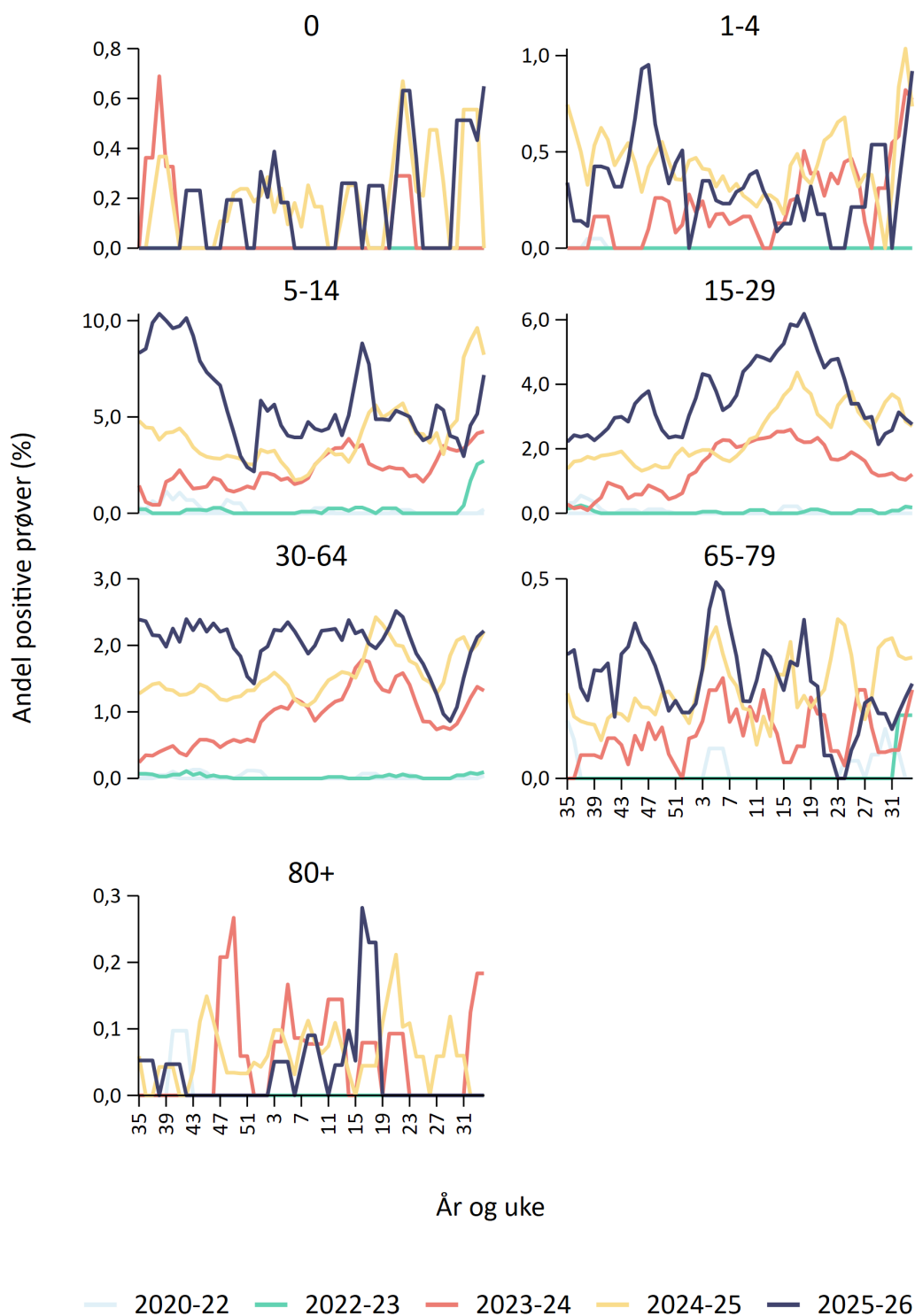
Det sees ikke et tydelig sesongmønster for *Chlamydia pneumoniae* (Figur 67). Etter svært lav forekomst under covid-19-pandemien, økte forekomsten fra høsten 2023 og har siden ligget relativt stabilt. Forekomsten har vært høyest i aldersgruppen 5-14 år (Tabell 63, Figur 68). Det ble påvist *Chlamydia pneumoniae* hos 85 sykehusinnlagte (Tabell 62).



Figur 67. Ukentlig andel personer som testet positivt for *Chlamydia pneumoniae* etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 62. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for *Chlamydia pneumoniae* etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	151 805	48	40 964	3
2023-24	241 461	2 191	42 860	53
2024-25	497 568	7 026	59 153	112
2025-26	257 867	4 814	44 770	85



*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

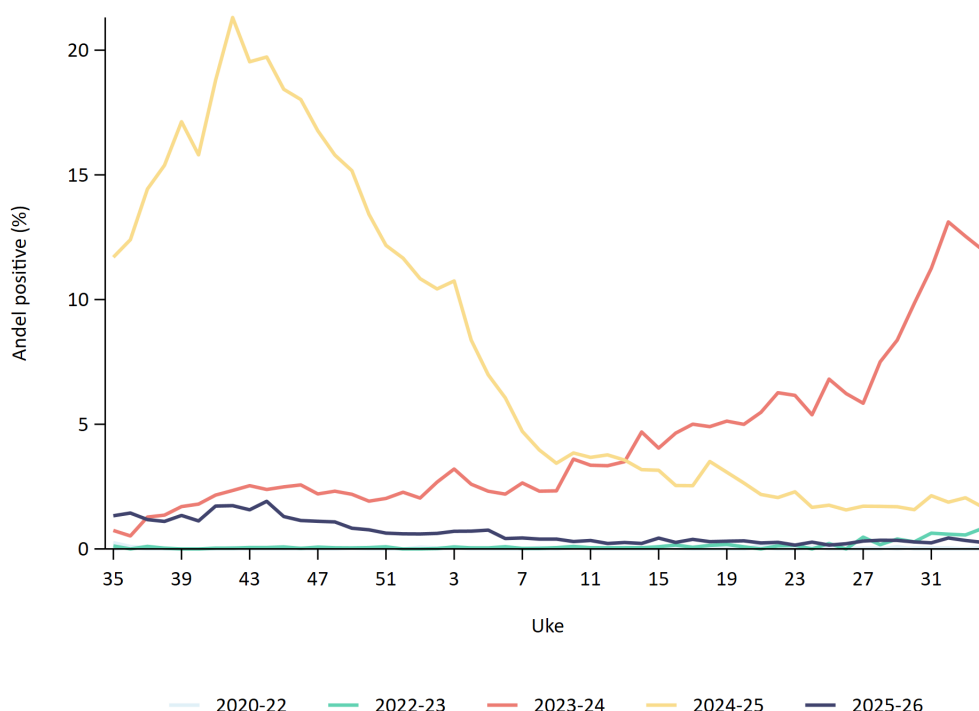
Figur 68. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for *Chlamydia pneumoniae* etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 63. Totalt antall personer som testet positivt for *Chlamydia pneumoniae* etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026.
Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Testede	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
		Testede per 100 000	Positive	Positive per 100 000	Positive
0 år	6 096	10 968,4	10	18,0	1
1-4 år	12 911	5 857,4	47	21,3	5
5-14 år	14 168	2 294,3	858	138,9	13
15-29 år	41 355	3 947,3	1 426	136,1	14
30-64 år	107 940	4 146,5	2 333	89,6	42
65-79 år	48 640	6 094,3	132	16,5	8
80+ år	26 747	9 386,9	8	2,8	2
Totalt	257 867	4 582,3	4 814	85,5	85

Påvisninger av *Mycoplasma pneumoniae*

Det sees ikke et tydelig sesongmønster for *Mycoplasma pneumoniae*. Etter svært lav forekomst under covid-19-pandemien, økte forekomsten fra høsten 2023 og førte til en stor epidemi i 2024. Siden slutten av epidemien har det vært en gradvis nedgang i forekomsten, som nå ligger på et svært lavt nivå (Figur 69). Forekomsten har vært høyest i aldersgruppen 5-14 år (Tabell 65, Figur 70). Det ble påvist *Mycoplasma pneumoniae* hos 156 sykehusinnlagte (Tabell 64).



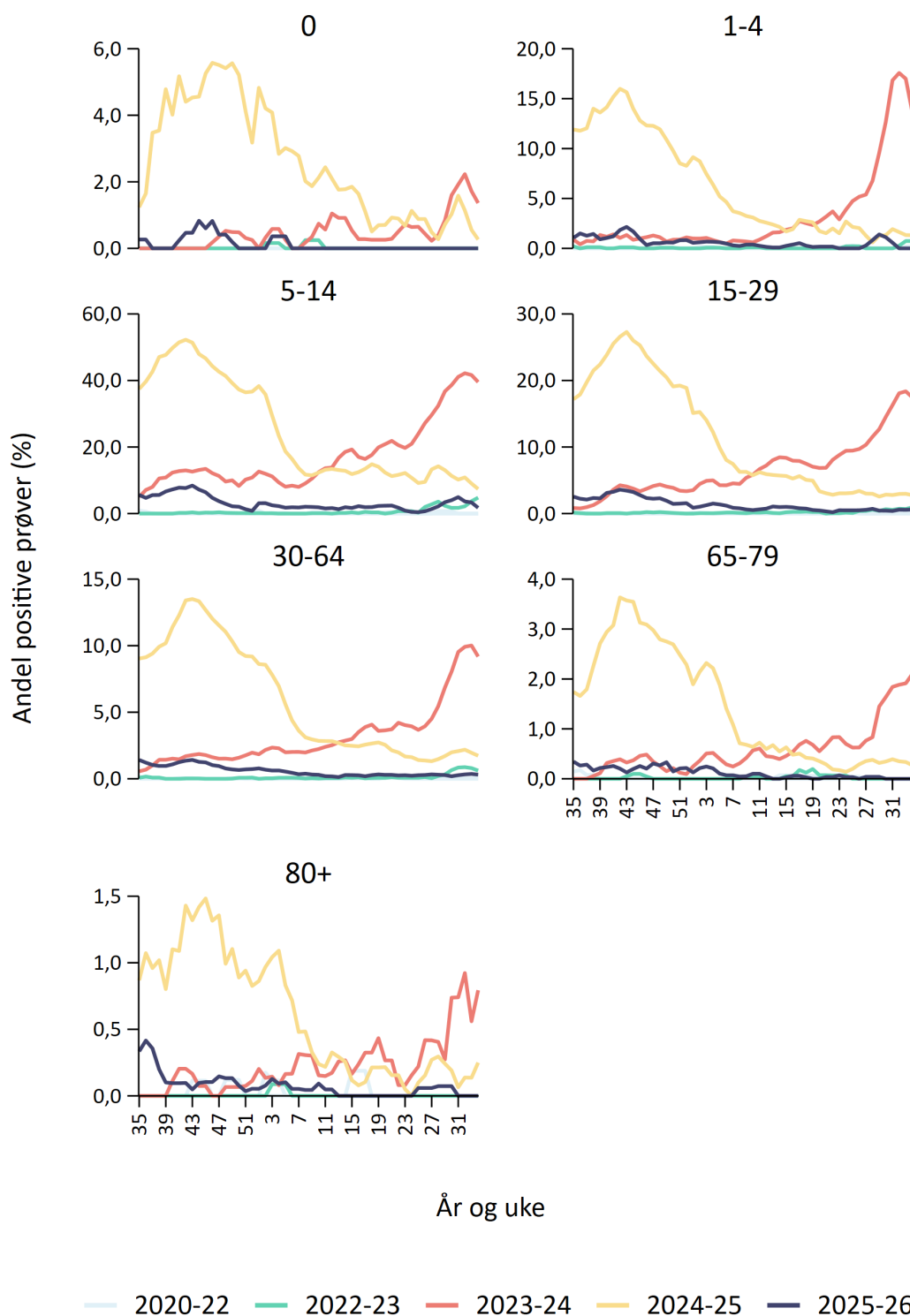
Figur 69. Ukentlig andel personer som testet positivt for *Mycoplasma pneumoniae* etter sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026.
Kilde: MSIS labdatabase.

Tabell 64. Totalt antall personer testet og personer som testet positivt for *Mycoplasma pneumoniae* etter sesong, 29.08.2022 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Sesong	Totalt antall personer		Antall sykehusinnlagte personer	
	Testede	Positive	Testede	Positive
2022-23	152 772	162	41 681	33
2023-24	242 265	11 616	43 708	994
2024-25	498 200	55 294	60 448	2 630
2025-26	258 830	2 029	45 341	156

Tabell 65. Totalt antall personer som testet positivt for *Mycoplasma pneumoniae* etter aldersgruppe, 25.08.2025 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Aldersgruppe	Totalt antall personer			Antall sykehusinnlagte personer		
	Testede	Testede per 100 000	Positive	Positive per 100 000	Positive	Positive per 100 000
0 år	6 155	11 074,5	9	16,2	1	1,8
1-4 år	12 978	5 887,8	83	37,7	8	3,6
5-14 år	14 257	2 308,7	478	77,4	18	2,9
15-29 år	41 468	3 958,1	626	59,8	44	4,2
30-64 år	108 294	4 160,1	744	28,6	63	2,4
65-79 år	48 832	6 118,4	66	8,3	13	1,6
80+ år	26 835	9 417,8	23	8,1	9	3,2
Totalt	258 830	4 599,5	2 029	36,1	156	2,8



*Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 70. Tre-ukers glidende gjennomsnitt av andel personer som testet positivt for *Mycoplasma pneumoniae* etter aldersgruppe og sesong, 24.8.2020 – 23.08.2026. Kilde: MSIS labdatabase.

Om overvåkingssystemene og datakildene

Konsultasjoner ved legekantor og legevakt (NorSySS)

Det norske syndrom-overvåkingssystemet (NorSySS) hos FHI er et overvåkingssystem for infeksjonssykdommer basert på diagnosekoder gitt ved konsultasjoner hos allmennpraktiserende leger og legevakt. NorSySS henter data fra KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjon)-systemet hos Helsedirektoratet. NorSySS bruker ICPC-2 koder, som er fastsatt som årsak til kontakt med helsetjenesten. I rapporten er dataene fra NorSySS hentet ut 28.08.2026.

Utbrudd av covid-19, influensa og andre luftveisagens i helseinstitusjoner (Vesuv)

Utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjoner er varslingspliktig etter [MSIS-forskriften § 3-4](#). Dette gjøres gjennom Folkehelseinstituttets utbruddsvarslingssystem, [Vesuv](#). Tross varslingsplikt er det sannsynligvis en betydelig underrapportering. Resultatene i rapporten er basert på data per 25 august 2026.

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. MSIS har en registerdatabase og en laboratedatabase, MSIS-registeret inneholder mikrobiologisk informasjon fra laboratoriene og epidemiologisk informasjon meldt fra legene om alle meldingspliktige smittsomme sykdommer i Norge, MSIS labdatabase inneholder alle mikrobiologiske prøvesvar rapportert fra medisinske laboratorier i Norge. Les mer om MSIS, formål og meldingsplikt [på FHIs nettsider](#).

Sentinel Fyrtårnsystemet – Integrert overvåking av luftveivirusinfeksjoner i primærhelsetjenesten

Fyrtårnsystemet er et geografisk representativt sentinel-basert overvåkingssystem som har vært drevet av Avdeling for virologi på FHI siden tidlig på 1980-tallet i Norge. Systemet baserer seg på et nettverk av allmennpraktiserende leger som på klinisk indikasjon ber om utvidede analyser for påvisning av et bredt spekter av luftveivirus. Alle prøver blir dermed som minimum testet for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus og også i tillegg for en rekke andre luftveivirus. Det innsamles også en rekke kliniske data på samtlige prøver. Denne overvåkingen er i tråd med internasjonale anbefalinger og tjener som komplement til den registerbaserte overvåkingen, i mindre skala men med en mer definert populasjon og mer utførlig sykdomsinformasjon. Les mer [om overvåkingssystemet for influensa på våre nettsider](#).

Virologisk overvåking

FHI har nasjonal referansefunksjon for både influensa (også WHO nasjonalt influensasenter), for koronavirus med alvorlig utbruddspotensial og siden 2024 også for RS-virus. Disse referansefunksjonene ligger hos Seksjon for influensa og andre luftveivirus ved Avdeling for virologi. Medisinsk-mikrobiologiske laboratorier sender ukentlig inn både et geografisk representativt og et mer målrettet utvalg av SARS-CoV-2, influensa og RS-virus-positive prøver til referanselaboratoriet ved FHI for nasjonal virusovervåking. Mer informasjon for hvert av virusene tilgjengelig via FHI, no laboratorieanalyser og i FHI, labfag, no:

- [Influensa](#)

- [SARS-CoV-2](#)
- [Påvisning og overvåking av SARS-CoV 2-virusvarianter](#)
- [RS-virus](#)
- [Overvåkingssystemet for influensa](#)

For influensavirus kombinerer referanselaboratoriet data fra MSIS labdatabasen med egne utvidede typings- og karakteriseringsresultater, og formidler slike data i nasjonal og internasjonal overvåking.

Referanselaboratoriet gjør helgenomsekvensering, virusdyrkning og virusnøytralisasjon på prøvene for å kunne forstå pandemiens og influensa epidemiens forløp og egenskaper til nye virusvarianter. Virussekvensene sees i sammenheng med metadata som kan bidra til utbruddsoppløsning og pandemiforståelse. I tillegg undersøkes immuniteten mot covid-19 og influensa i befolkningen årlig gjennom seroepidemiologiske undersøkelser.

Sykehusinnleggelser

F.o.m. vintersesongen 2025-26 utføres overvåkingen av sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjoner i [Stat19](#). Overvåkingen er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner som registreres i sykehusenes journalsystemer. ICD-10-diagnosekodene inkludert i overvåkingen er J00 og J02-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44,0 (kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier), U07,1 og U07,2 (covid-19) og A37 (kikhoste). Diagnosekodene settes senest ved utskrivelse, og det er derfor en viss forsinkelse i dataene. Tallene for siste uke er av denne årsak ikke inkludert, og tallene spesielt for de siste ukene blir etterjustert. Innleggelser registrert som døgnopphold eller dagbehandling er inkludert i overvåkingen. Alle innleggelser som er registrert med minst to dager mellom telles som nye innleggelser. Det betyr at en person som har blitt innlagt flere ganger, kan telles flere ganger.

Overvåkingen av sykehusinnleggelser med covid-19, influensa og respiratorisk syncytial (RS) virusinfeksjon baserer seg på overvåkingssystemet for sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon. Diagnosekoder for akutte luftveisinfeksjoner beskrevet over kobles til positive PCR-prøvesvar for SARS-CoV-2, influensavirus og RSV fra MSIS-laboratoriedatabase. For å få et mer rettidig bilde av nye innleggelser med covid-19, influensa og RS-virusinfeksjon i de siste ukene, oppgis også sykehusinnlagte med laboratoriebekreftet SARS-CoV-2-, influensavirus- og RS-virusinfeksjon, hvor det ennå ikke er registrert diagnose i pasientjournalsystemet. Tallene blir etterjustert når registreringsgraden øker.

Medisinske prosedyrekoder registrert i NPR kan brukes til å identifisere pasienter innlagt med luftveisinfeksjon som har fått respirasjonsstøtte under innleggelsen. Prosedyrekodene inkludert i overvåkingen er GXAV01 (respiratorbehandling INA), GXAV10 (non-invasiv behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk (CPAP)) og GXAV20 (non-invasiv behandling med bifasisk positivt luftveistrykk (BiPAP)).

Dødsfall assosiert med innleggelser med luftveisinfeksjon er definert som dødsfall som skjer under sykehusoppholdet eller innen 14 dager etter utskrivning. Datakildene brukt her er NPR og Folkeregistret.

I tilfelle dataene fra NPR ikke er tilgjengelig eller hvis de er ukomplette, kan sykehusinnleggelser med spesifikke luftveisinfeksjoner også overvåkes ved hjelp av data fra MSIS-laboratoriedatabase alene.

Rekvirentinformasjon registrert for hver prøve brukes for å identifisere prøver tatt fra pasienter som var innlagt på sykehus på prøvetakingstidspunktet. Positive prøver for SARS-CoV-2, influensavirus og RS-virus blant sykehusinnlagte pasienter overestimerer det reelle antallet sykehusinnleggelser noe i perioder med høy forekomst, men de kan brukes til å følge med på trender.

Intensivinnleggelser

Intensivinnleggelser med luftveisinfeksjoner overvåkes gjennom Norsk intensivregister (NIR), et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister som i 2025 dekket 67 av 69 (97 %) intensiv- og overvåkingsenheter i Norge. I NIR inkluderes alle intensivpasienter som oppfyller minst ett av de følgende kriteriene:

- liggetid over 24 timer i intensivheten
- mekanisk respirasjonsstøtte i mer enn 6 timer (invasiv eller ikke-invasiv ventilasjon)
- kontinuerlig infusjon av vasoaktive/sirkulasjonspåvirkende medikamenter i mer enn 6 timer
- akutt dialyse eller hemofiltrasjon under oppholdet
- død eller overflytting til annen intensivavdeling innen 24 timer.

Siden 2018 har NIR samlet inn informasjon om intensivbehandlede influensapasienter, og delt dataene med FHI for overvåkingsformål. I forbindelse med covid-19-pandemien i 2020 ble datainnsamlingen utvidet til å inkludere intensivbehandlede covid-19-pasienter. F.o.m. 2025-26-sesongen har datainnsamlingen blitt utvidet ytterligere til å inkludere alle luftveisinfeksjoner.

I overvåkingen av intensivinnleggelser med luftveisinfeksjoner defineres opphold som inntreffer innen 12 timer av utskrivning som en del av samme sykdomsforløp.

Totaldødelighet

Antall døde per uke hentes fra Dødsårsaksregisteret, mens befolkningsgrunnlaget er hentet fra [SSB sin statistikkbank tabell 07459](#). Aldersstandardiseringen er basert på befolkningssammensetningen per 1.1.2026. Dødsfallene er hentet fra Dødsårsaksregisteret per 27.08.2026 og inkluderer alle som er registrert som bosatt i Folkeregisteret ved dødstidspunktet.

I analysene har vi brukt ukentlig dødelighetsrate per 100 000 de siste ti årene som referanseperiode for å modellere forventet ukentlig dødelighetsrate per 100 000. Forventet dødelighet beregnes ved bruk av en Bayesiansk Serfling modell som tar hensyn til aldersfordeling i befolkningen, trender i utvikling av dødelighet i referanseperioden, samt sesongmessige og ukentlig variasjon. For å unngå at forhøyet dødelighet under pandemien påvirker beregningene av forventet dødelighet er alle uker i 2020 til 2022 utelatt fra referanseperioden. Dette er samme tilnærming som den som er valgt av EuroMOMO (det europeiske overvåkningssystem for totaldødelighet) etter pandemien. For beregning av forventet dødelighet i 2026 inngår derfor alle uker i årene 2013-2019 og 2023-2025 i referanseperioden, og likeledes inngår årene 2012 til 2019 og 2023-2024 i beregningen av forventet dødelighet i 2025. Modelltilnærmingen er nærmere beskrevet [her](#).

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon, inkludert covid-19 og influensa

Dødsfall assosiert med luftveisinfeksjon overvåkes gjennom Dødsårsaksregisteret, og defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J00, J02-J06 (akutte øvre luftveisinfeksjoner), J09-J22 (influensa, pneumoni, bronkitt, bronkiolitt og andre nedre luftveisinfeksjoner), J44,0 (KOLS med akutt nedre luftveisinfeksjon), U07,1, U07,2, U09,9, U10,9 (covid-19) og A37 (kikhoste). Influensa-assosierte

dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: J09, J10 og J11. Covid-19 assosierte dødsfall defineres som dødsfall hvor minimum én av følgende diagnosekoder er satt som underliggende eller medvirkende dødsårsak på dødsattesten: U07,1, U07,2, U09,9, U10,9.

Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)

SYSVAK er et landsdekkende elektronisk vaksinasjonsregister. Formålet med SYSVAK er å holde oversikten over vaksinasjonsstatus for den enkelte og over vaksinasjonsdekningen i landet, Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for SYSVAK (jfr, SYSVAK-registerforskriften § 1-5). Alle vaksinasjoner er meldepliktige til SYSVAK, og krav til elektronisk registrering av covid-19 vaksiner ble vedtatt 21. mai 2020. Les mer om SYSVAK [på våre nettsider](#).

Tallene fra SYSVAK som vises på FHI statistikk og i KoSy (Kommunens sykdomsoversikt for kommuneoverleger) og tallene i statusrapporten hentet fra Stat19 vil kunne være ulike. Dette skyldes at SYSVAK berikes med folkeregisteropplysninger fra Persontjenesten/Grunndata, mens Stat19 bruker opplysninger fra siste tilgjengelig versjon av Folkeregisteret hos Folkehelseinstituttet ('FHIs gamle folkeregister'). Begge kildene bruker 'FHIs gamle folkeregister' som nevner, så befolkningsgrunnet for både SYSVAK og Stat19 er like. Løpende vaksinasjonsstatistikk vil kunne variere fra dag til dag, og må derfor betraktes som et estimat for den faktiske dekningen.

Stat19

Stat19 er et av flere initiativ i Folkehelseinstituttet for å øke bruken og nytten av helsedata. Løsningen er fortsatt under utvikling og benyttes her til å lage statistikker hvor det er nødvendig å sammenstille helsedata fra flere registre. Les mer [om Stat19 på våre nettsider](#).

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

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no