

Notat

Utsikter for luftveisvirus-sesongen 2025-26

Influenza, covid-19 og RS-virusinfeksjoner

Innhold

Om denne rapporten	3
Sammendrag	3
Bakgrunn	4
Utsikter for influensa.....	8
Status for influensa	8
Vurdering.....	30
Utsikter for RS-virusinfeksjoner	31
Status for RS-virusinfeksjoner	31
Vurdering.....	35
Utsikter for covid-19	35
Status for covid-19	35
Vurdering.....	41
Tiltak og smittevernråd	41
Felles anbefalinger	41
For influensa.....	42
For RSV	42
For covid-19.....	43

Om denne rapporten

Rapporten inneholder Folkehelseinstituttets vurdering av utsiktene for luftveisvirussesongen i Norge i vintersesongen 2025/26 med vekt på influensa, covid-19 og RS-virusinfeksjoner, med prognose for utviklingen, vurdering av risiko og anbefalinger om smitteverntiltak.

Formålet er å støtte kommunene og sykehusene i deres praktiske beredskap og håndtering av situasjonen. Rapporten følger mandatet FHI er tillagt i smittevernloven.

Vurderingene bygger på Folkehelseinstituttets overvåking av luftveisinfeksjoner, serologiske undersøkelser, modellering av epidemienes spredning, estimater om vaksinenes effekt, kunnskap om virusene og sykdommen og smittevernaglig kunnskap og erfaring.

Sammendrag

Influensa

- Vinterens influensaepidemi pågår i Norge, noen uker tidligere enn normalt. Influenautbruddet drives primært av influensa A virus av subtypen H3N2. Den tidlige økningen i smitte skyldes en ny variant av influensa A(H3N2)-viruset, subklade K. Influenza A(H1N1)-virus er også utbredt, og er i noen deler av landet fortsatt det vanligste influensaviruset.
- Epidemien er på moderat nivå og fremdeles økende. Ved utbruddsstart i uke 48 økte smitten noe raskere enn vi har sett i de siste sesongene.
- Det ventes at smittetoppen på nasjonalt nivå nås før jul eller i jule/nyttårshelgen. Det vil være en betydelig mengde influensa i omløp også etter jul.
- Det er store geografiske forskjeller i forekomst. Delene av landet der utbruddet har kommet senere i gang vil kanskje få smittetoppen etter jul.
- Selv om det er utbredt influensasmitte, er det ikke indikasjoner på at sesongens influensavirus medfører mer alvorlig sykdom enn ellers. Det er stor smittespredning blant barn, og foreløpig er andel prøver med påvist influensavirus på samme eller høyere nivå enn i toppuken i fjorårets epidemi. Dette gjenspeiles i sykehusinnleggelser, som foreløpig er noe under eller på samme nivå som toppuken i forrige sesong. Blant de eldste er antallet sykehusinnleggelser foreløpig under fjorårets toppnivå.
- Det endelige omfanget av influensautbruddet lar seg ikke sikkert forutsi. Foreløpige estimater fra modellering antyder at det i sesongens utbrudd kan bli 700-800 innleggelser i toppuken og 6000-6500 innleggelser totalt i løpet av sesongen. Estimatenes er beheftet med usikkerhet.
- Immuniteten mot influensa A(H3N2) i befolkningen er god, men vi ser noe lavere immunitet mot K subkladen.
- Influenzavaksinene ser ut til å gi noe beskyttelse mot innleggelse og dekker middels godt de virusvariantene som dominerer i Norge for øyeblikket.
- Antivirale legemidler kan bidra til å forebygge, forkorte sykdomsforløp og redusere dødelighet av influensa. For personer med økt risiko for alvorlig influensas sykdom, bør lege vurdere behovet for antiviral behandling så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. I influensas sesongen bør sykehus, sykehjem og apotek ha antivirale legemidler mot influensa tilgjengelig.

Covid-19

- Koronaviruset SARS-CoV-2 fortsetter å gi sykdom, alvorlig sykdom og dødsfall i Norge. Sykdommens omfang og alvorlighet har blitt gradvis redusert de siste årene.
- Covid-19 forekomsten er for tiden lav. Det er usikkert når neste smitteøkning med covid-19 kommer. Per nå er det ingen varianter i omløp som tilsier at situasjonen vil endres i nær framtid.
- Personer som er 75 år og eldre anbefales en oppfriskningsdose vaksine. Vaksinene mot covid-19 dekker godt de virusvariantene som dominerer i Norge for øyeblikket.
- Man kan fortsatt vaksinere seg mot influensa og covid-19. Målgruppene anbefales å vaksinere seg så snart de kan.

RS-virusinfeksjon

- Det er de yngste barna som er mest utsatt for RS-virusinfeksjon og sykehusinnleggelse, og spesielt de som enda ikke har fylt ett år. I tillegg har de eldste økt risiko for sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon.
- Det er ventet at forekomsten av RS-virus fortsetter å øke i starten av det nye året. Andel påvisninger og antall sykehusinnlagte følger så langt de to foregående sesongene, men det er foreløpig usikkert om epidemien blir av et større eller mindre omfang enn de siste årene.

Samlet vurdering og anbefalte råd og tiltak

Samlet byrde av luftveisinfeksjoner i primær- og sekundærhelsetjenesten er på normalt nivå og økende, som normalt for årstiden. Årets influensautbrudd er foreløpig på moderat nivå og fremdeles økende. Det er sannsynlig at vi på nyåret får en epidemi med RS-virusinfeksjoner. Det er usikkert når neste smitteøkning med covid-19 kommer.

Det kan bli normalt stor belastning på folkehelse og helsetjenesten fra luftveisinfeksjoner denne vinteren, med størst belastning sannsynlig i desember og i januar. Mange kan bli syke samtidig, og kan gi betydelig sykefravær, press i primærhelsetjenesten og på legevakter gjennom julen og kan gi mange sykehusinnleggelser på samme tid.

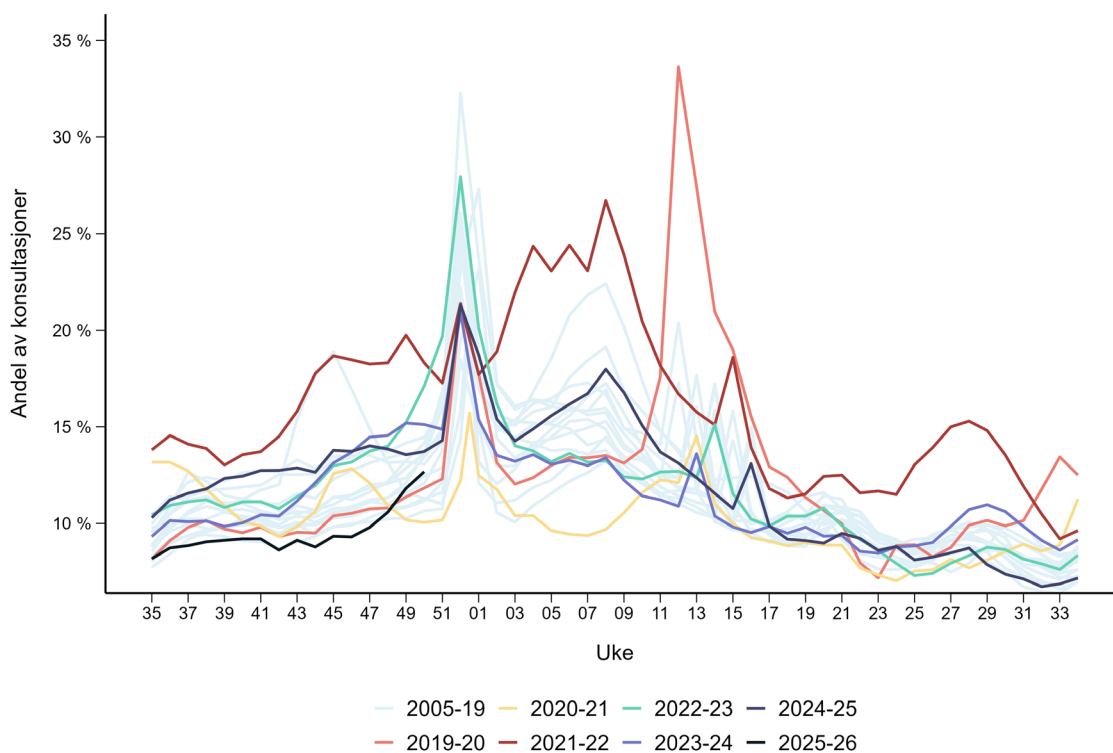
Beskyttelse av risikogruppene gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot covid-19, influensa og pneumokokksykdom. Gravide anbefales å ta vaksine mot influensa, kikhoste og RS-virus. Helsepersonell bør følge vaksinasjonsanbefalingene.

Hovedmålet med smittevernrådene er å redusere smitte til personer som har høyere risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner. Ved luftveissymptomer bør man unngå unødvendig nærkontakt med personer som har høyere risiko for å bli syke av luftveisinfeksjoner, som eldre, spedbarn og personer med kroniske sykdommer som hjertesykdom, astma, kreftsykdom eller nedsatt immunforsvar. Befolkningen bør følge rådene om hoste- og håndhygiene. Å holde avstand og/eller bruke munnbind kan også redusere risikoen for å smitte andre, og til en viss grad redusere risikoen for at man selv blir smittet. For personer med spesielt høy risiko for alvorlig sykdom kan det være aktuelt å begrense antallet man har kontakt med i perioder med mye smitte i samfunnet.

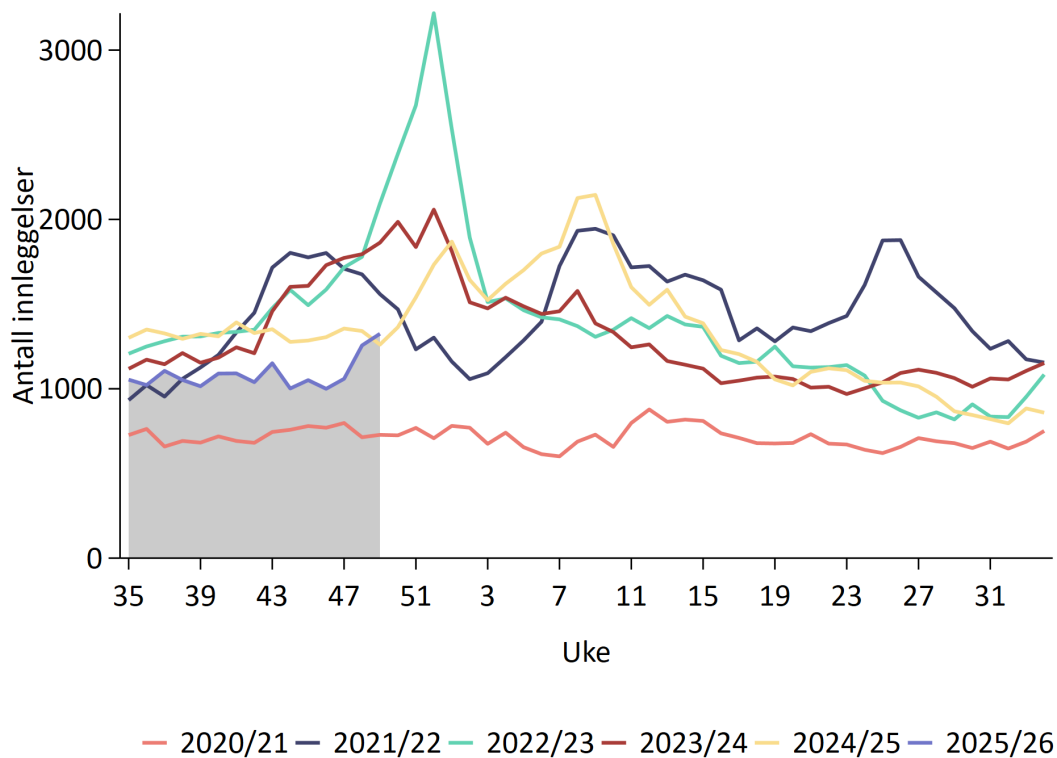
Bakgrunn

Fra våren til høsten 2025 var luftveisinfeksjonene i Norge dominert av rhinovirus, covid-19 og parainfluenzavirus. Infeksjoner med rhinovirus fulgte sedvanlig mønster med to topper i hhv.

mai og september, i tillegg til en viss forekomst gjennom hele året. Forekomsten av covid-19 hadde tilsvarende mønster som i 2024: en økning fra mai med en topp i august, og deretter nedgang. Infeksjoner med parainfluenzavirus fulgte også samme mønster som de tidligere årene med en økning senvinters med topp i mai. Fra våren var legesøkning og sykehusinnleggelser med luftveisinfeksjon på normalt nivå, og fra sommeren på et lavt nivå, i forhold til tidligere sesonger (Figur 1 og Figur).



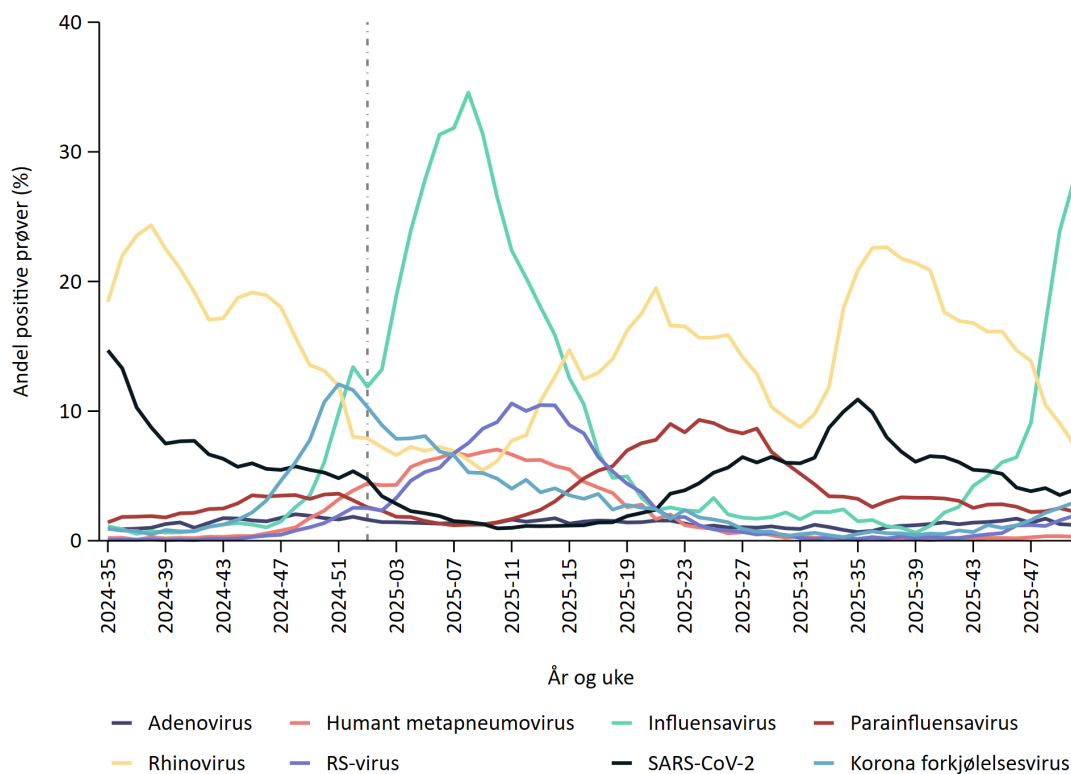
Figur 1. Andel konsultasjoner med luftveis-diagnosekoder (samlet etter sesong). Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



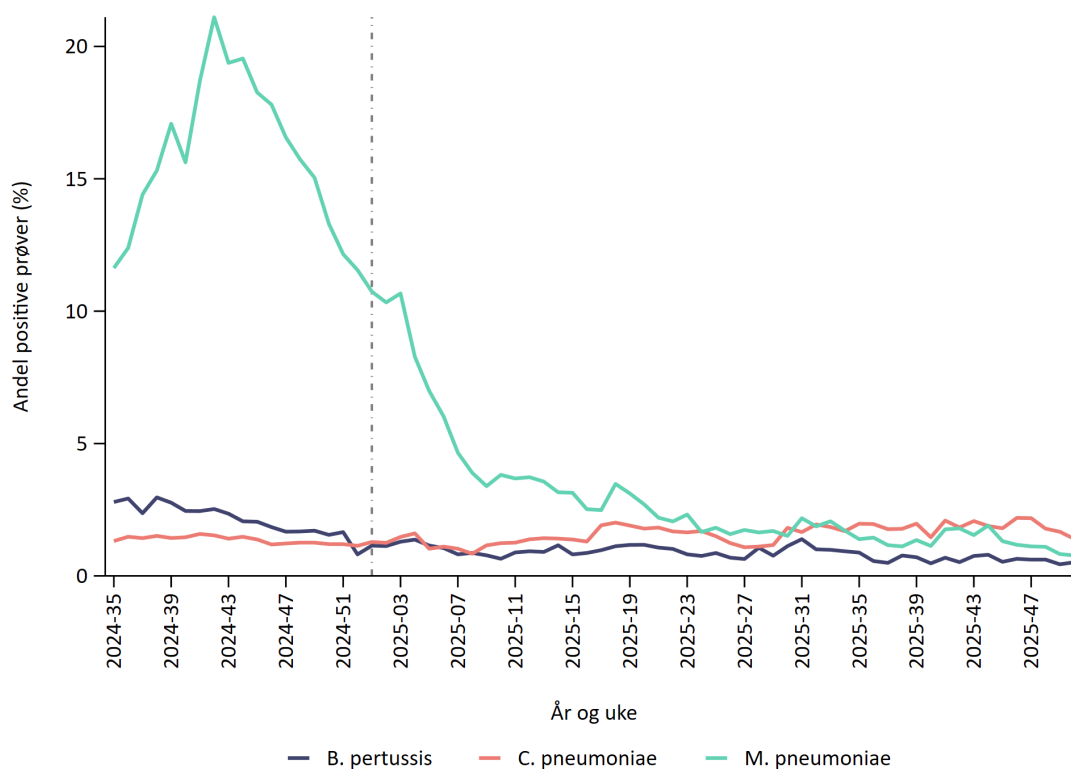
Figur 2. Antall innleggelser med luftveisinfeksjon per uke og sesong, 24.8.2020 - 14.12.2025. Kilde: Norsk pasientregister via Stat19, Folkehelseinstituttet.

Vinterens influensautbrudd startet i Norge i uke 48, omtrent fire uker tidligere enn normalt. Influensautbruddet drives av en nyere utgave av influensa A(H3N2)-viruset, subklade K. Viruset har stått for forlengede influensautbrudd i land på den sørlige halvkule ([Dapat C. et al 2025](#)) og forårsaket tidlig sesongstart i Norge og flere andre land på den nordlige halvkule. Influensa A(H3N2)-virus har sirkulert i Norge de siste sesongene, men det er flere år siden dette viruset har dominert influensautbruddene. Viruset har endrede egenskaper som gjør at det har vært knyttet usikkerhet til hvor godt tidligere immunitet mot H3N2-virus beskytter, og om vaksinen har effekt også mot denne varianten ([Sabaiduc S. et al 2025](#)).

Per uke 50 2025 dominerer influensa blant luftveisinfeksjonene og forekomsten er økende. Forekomsten av RS-virusinfeksjoner er fremdeles lav, men økende, mens forekomsten av covid-19 er i nedgang (Figur 3). Etter epidemier av kikhoste og *Mycoplasma pneumoniae*-infeksjon i 2024, er forekomsten av disse nå på et lavere nivå enn på samme tid i 2023 (Figur 4).



Figur 3. Andel PCR-analyser positive for adenovirus i luftveisprøver, humant metapneumovirus, humant rhinovirus, influenzavirus, parainfluenzavirus, respiratorisk syncytial (RS-) virus, SARS-CoV-2 og korona forkjølelsesvirus, 26.8.2024 – 14.12.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen, Folkehelseinstituttet.



Figur 4. Andel PCR-analyser positive for *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* og *Mycoplasma pneumoniae*, 26.8.2024 – 14.12.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen, Folkehelseinstituttet.

Globalt sett øker forekomsten av influensa nå før jul. [Verdens helseorganisasjons \(WHOs\) oppdatering](#), som dekker tiden fram til 7. desember, melder forhøyet forekomst på nordlige halvkule og at influensa A dominerer påvisningene. Av de subtypede influensa A-virusene, påvises H3N2 hyppigst i alle områder med forhøyet influensaaktivitet, med unntak av Mellom-Amerika, Karibia, tropiske deler av Sør-Amerika og Nord-Amerika. Dette viser at det er ulike subtyper av influensavirus som sirkulerer i verden og som kan gi forskjellig utfall av epidemiene. Som i Norge, sees det i flere land på den nordlige halvkule (Japan, Storbritannia, Irland, Østerrike, Latvia m.fl.) uvanlig tidlig økning i influensaforekomst, drevet av en nyere variant av influensa A(H3N2)-viruset, subklade K. [WHO](#) og det [Europeiske smittevernbyrået \(ECDC\)](#) har begge vurdert at selv om H3N2-viruset har utviklet seg betydelig fra tidligere, er det foreløpig ingen indikasjon på en økning i sykdommens alvorlighetsgrad.

RS-virusutbruddet har startet i flere land i Europa, foreløpig på lavt til medium nivå.

I Europa fortsetter SARS-CoV-2 å sirkulere, men er avtagende i alle aldersgrupper, og effekten på sykehusinnleggelser er for øyeblikket begrenset.

For oversikt over situasjonen i Europa:

- [ECDC ERVISS](#)
- [WHO Global Influenza Programme Influenza update](#)

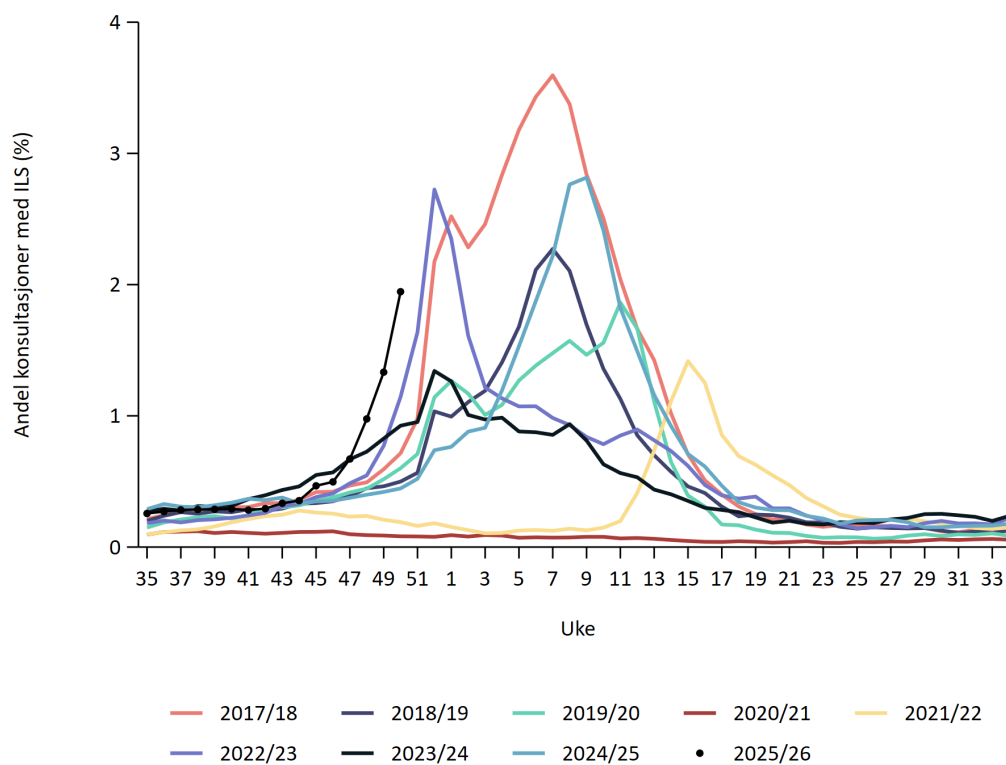
Utsikter for influensa

Status for influensa

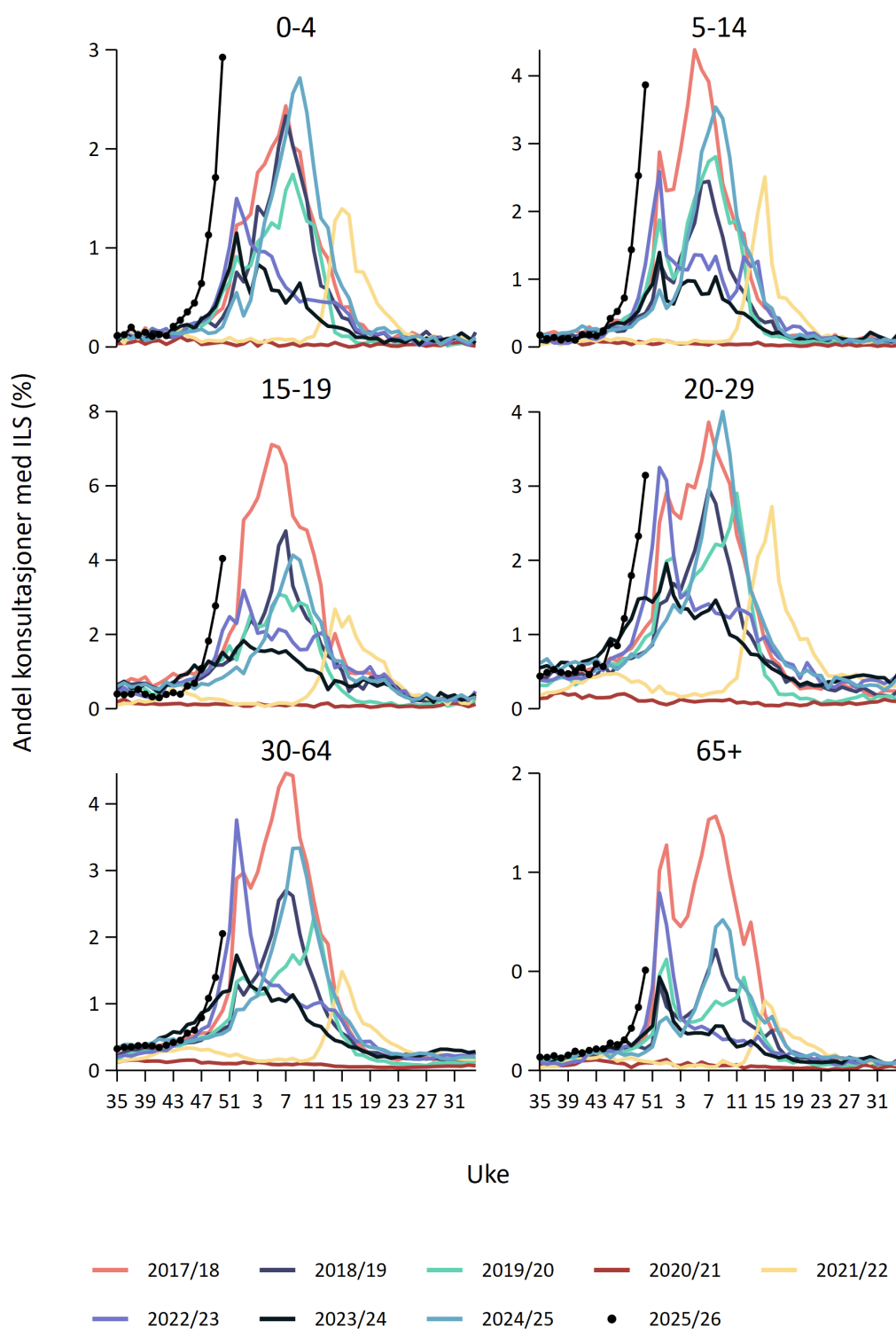
Influensa i primærhelsetjenesten og utbrudd i helseinstitusjoner

Overvåking av influensalignende sykdom (ILS) gjøres gjennom det norske syndrom-overvåkingssystemet, NorSySS, der informasjon om ulike diagnoser som settes ved konsultasjoner på legekantor og legevakt overvåkes. Andel konsultasjoner med influensadiagnose (R80) startet å øke fra uke 44, med en svak økning (0,4-0,5 %) frem til uke 46 og deretter en kraftigere økning fra uke 47. Stigningen de siste ukene har vært tidligere enn i foregående sesonger (Figur 5), noe som også gjelder for barn og unge voksne (Figur 6). Per uke 50 er andelen ILS i aldersgruppen 0-4 år høyere enn noen av sesongene siden 2017-18.

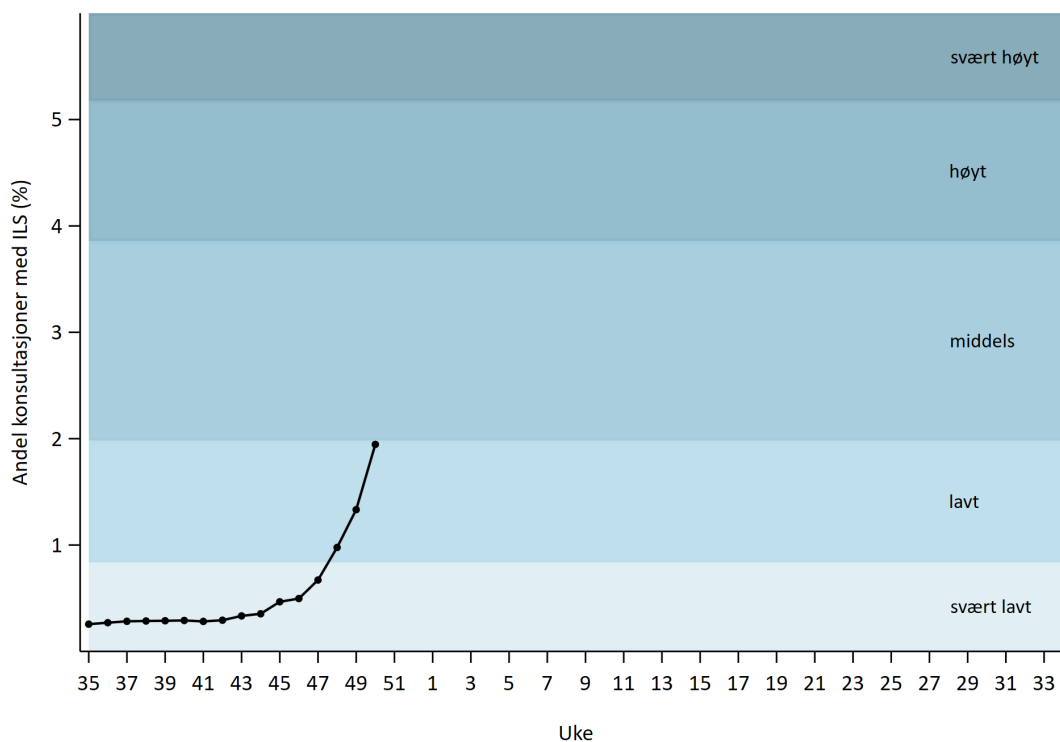
Terskelverdiene for influensautbrudds intensitet er basert på data fra foregående sesonger og sesongens influensautbrudd defineres normalt som i gang når denne andelen overskrider terskelen for «lav» intensitet, eller eventuelt når testpositivitet overgår 10 %. Terskelen for ILS krysset til lavt nivå i uke 48, og per uke 50 er utbruddsintensiteten på grensen til «middels» nivå (Figur 7). Tidligere sesonger har ILS-andelen steget gradvis fra ukene før jul, og har i de fleste sesongene nådd en topp i slutten av februar eller begynnelsen av mars (Figur 5).



Figur 5. Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS) per uke, fordelt på sesong, 28.08.2017 – 14.12.2025. Tallene for siste uke kan bli justert noe opp eller ned i neste rapport. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



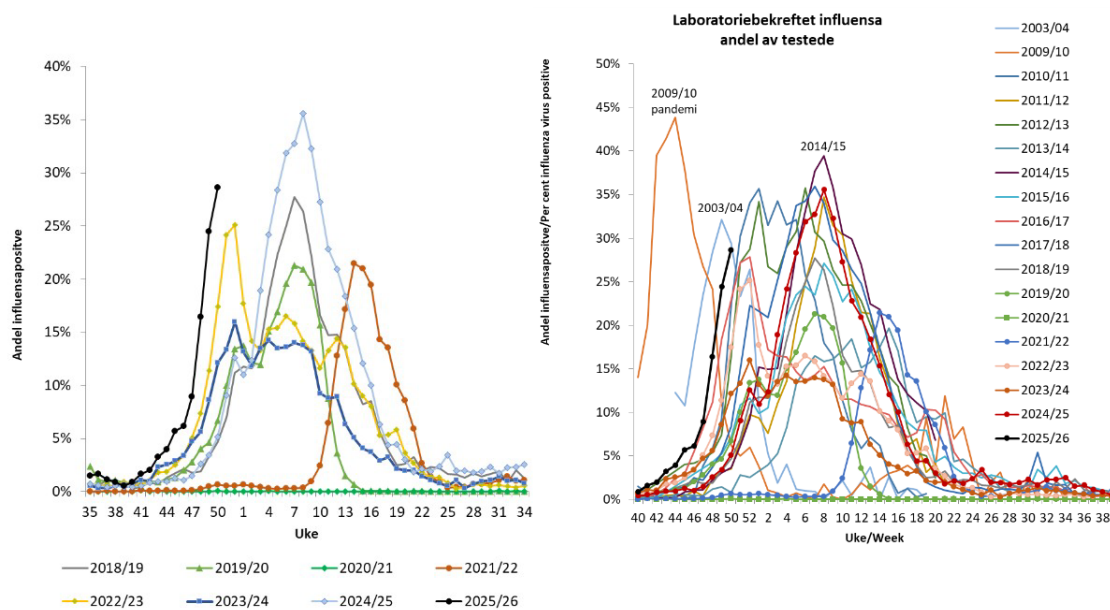
Figur 6. Andel konsultasjoner med influensadiagnose (ICPC-2-R80) i primærhelsetjenesten etter sesong og aldersgruppe, 28.08.2017 – 14.12.2025. Andelene kan bli etterjusterte. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.



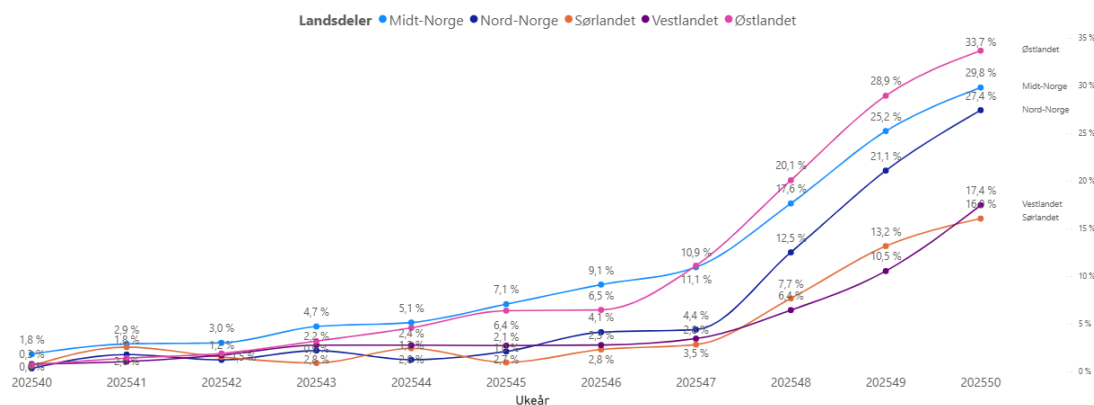
Figur 7. Nivå av influensaaktivitet målt ved andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS), nasjonalt. Andelene kan bli etter justerte. Kilde: NorSySS med data fra KUHR, Folkehelseinstituttet.

Påvisninger av influensavirus

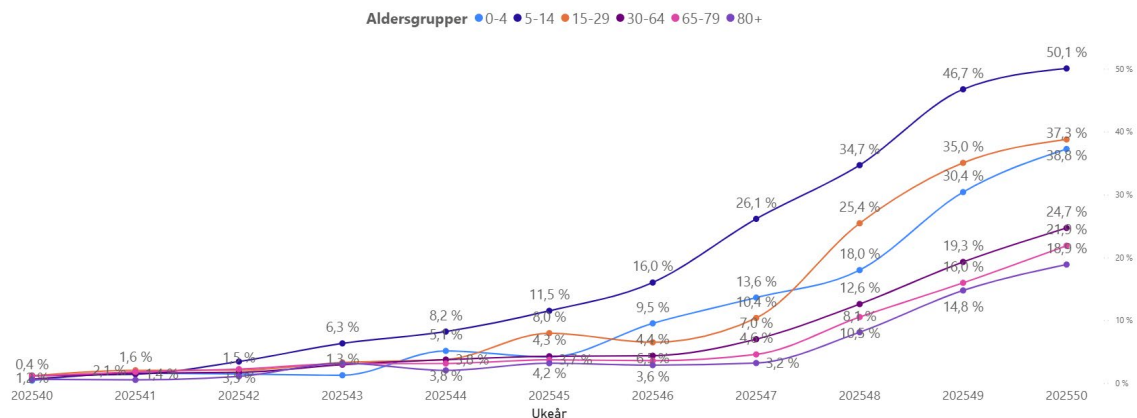
Påvisninger av influensavirusinfeksjoner har vært markant økende de siste ukene, noe som er tidligere enn vanlig. Når man ser bort fra influensapandemien i 2009 som kulminerte i uke 43, må vi helt tilbake til 2003 for å finne en så tidlig utvikling av utbruddet, som den gang toppet seg i uke 49 (Figur 8). I uke 50 hadde andel influensapositive på landsbasis nådd 28,6 %, med varierende nivåer i ulike deler av landet (Figur 9). I tidligere sesonger med slik tidlig økning har toppen av hovedutbruddet funnet sted før eller i jule/nyttårshelgen. Dette er også sannsynlig denne gangen, med mulig unntak for delene av landet der utbruddet har kommet senere i gang. Det endelige omfanget av influensautbruddet, hvor lenge det varer og akkurat når det topper seg, lar seg imidlertid ikke sikkert forutsi.



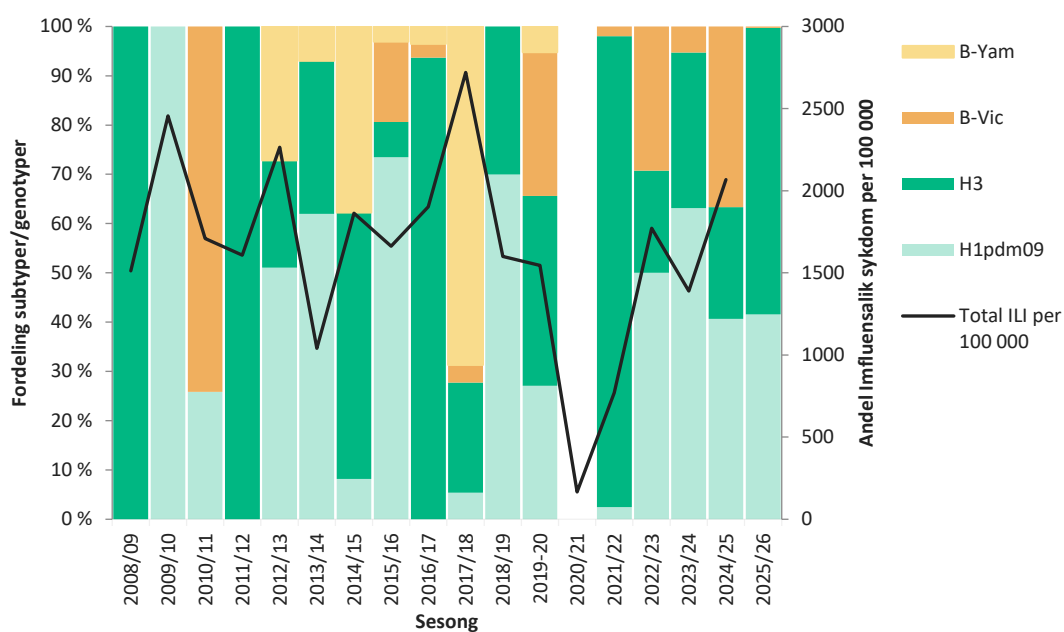
Figur 8. Ukentlig andel prøver med influensaviruspåvisning alle sesonger siden 2018/19 (venstre panel) og alle sesonger siden 2009-pandemien, samt 2003/04 sesongen som toppet seg i uke 49 (høyre panel). Sesongene som har vært berørt av covid-19-pandemien (siden 2019/20) er markert med symboler på linjene. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.



Figur 9. Ukentlig andel prøver med påvist influensavirus per landsdel, sesongen så langt 2025-26. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

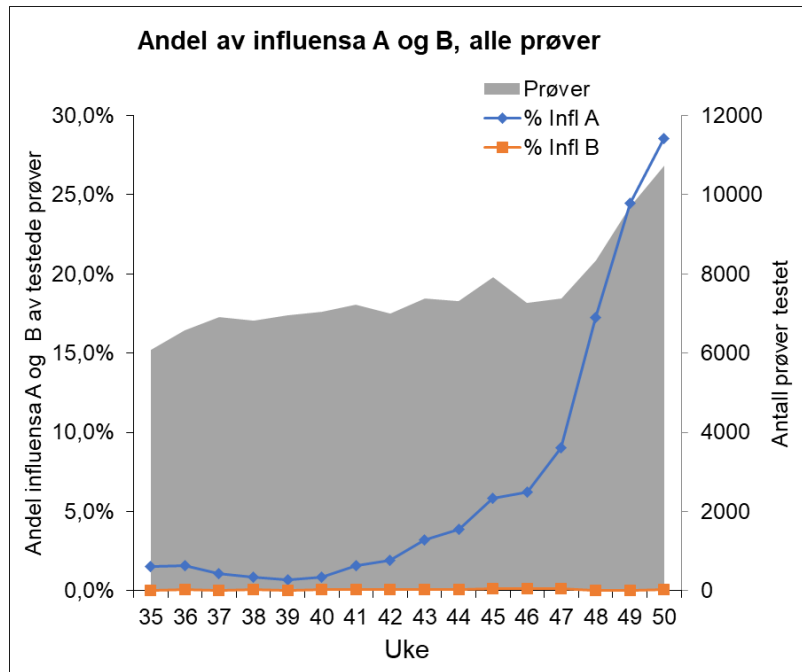


Figur 10. Ukentlig andel prøver med påvist influensavirus fordelt på aldersgrupper, sesongen så langt 2025-26. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet



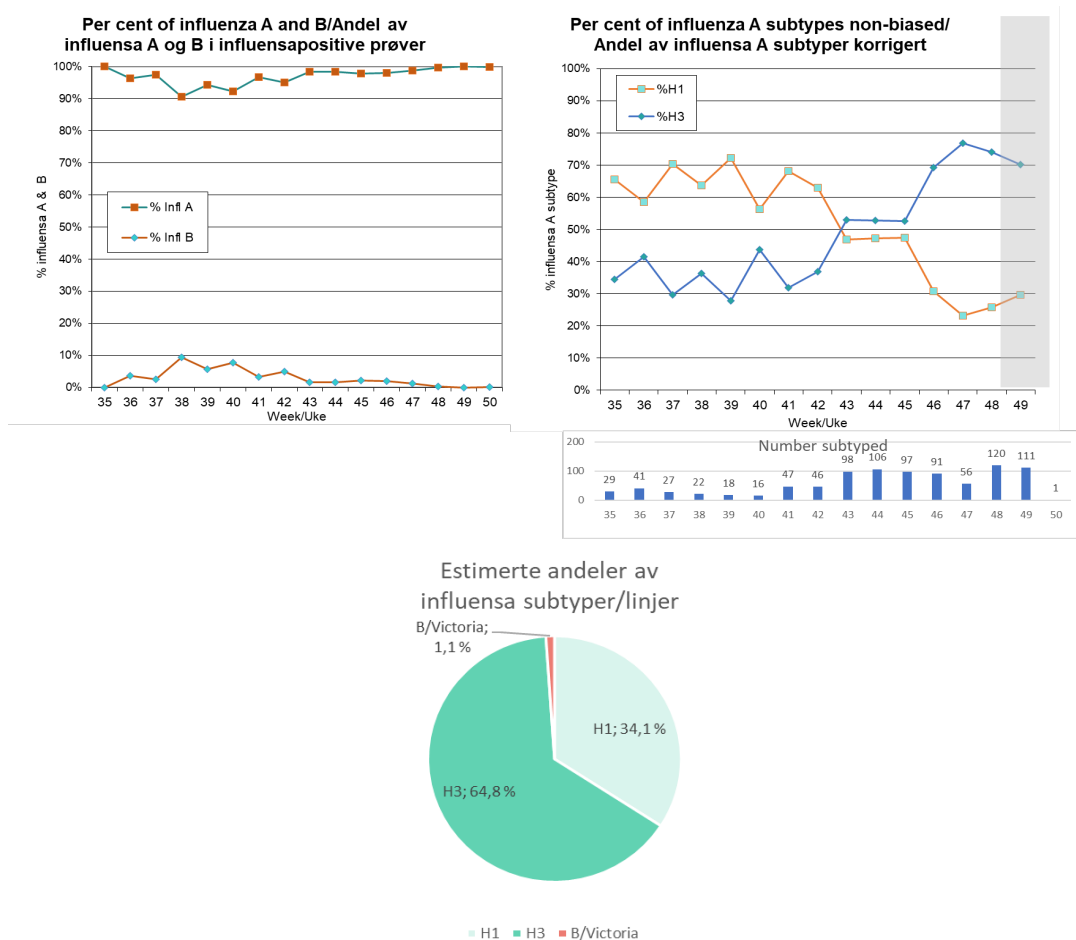
Figur 11. Fordeling (prosent) av ulike subtyper av influensa A-virus og linjer av influensa B-virus gjennom flere sesonger i Norge sammen med totalt antall konsultasjoner med influensalignende sykdom (ILS) per 100 000 innbyggere i løpet av sesongene (fra uke 40 til uke 20 neste år). Kilde: Nasjonalt influensasenter og NorSySS med data fra KUHR ved Folkehelseinstituttet

Blant påviste influensavirus har det vært et klart flertall av type A, med svært få påvisninger av type B (Figur 12).



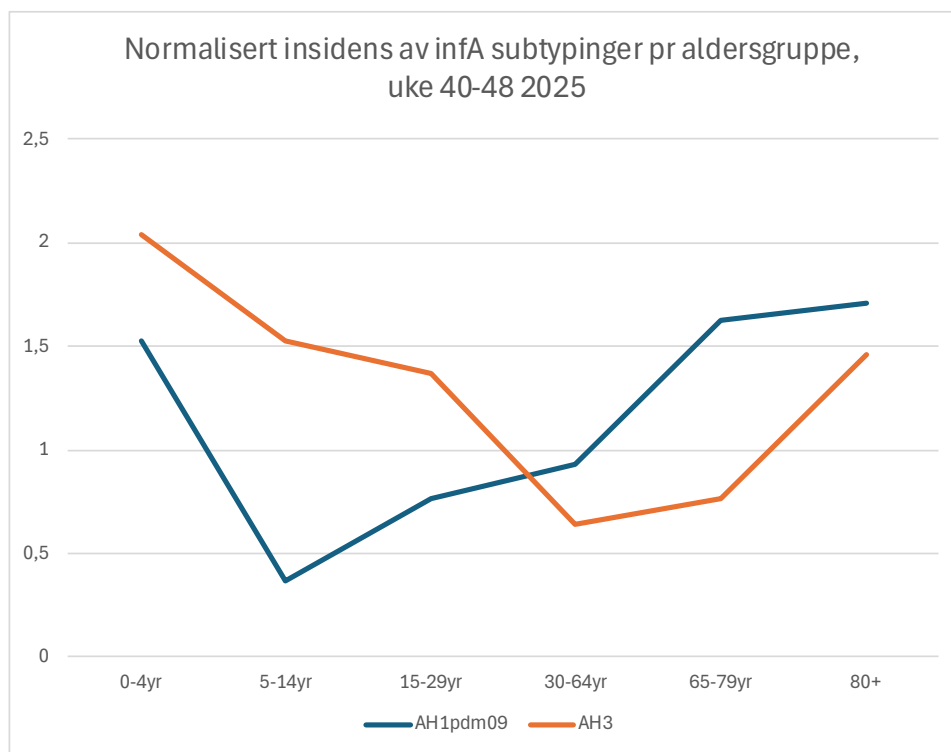
Figur 12. Antall som er testet for influensa, og andel med påvist influensavirus A eller B. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

Blant influensa A-virusene er det subtype H3 som har stått for det meste av økningen de siste ukene (Figur 13).



Figur 13. Laboratiebekreftede influensatilfeller siden uke 35/2025, andel per type (øvre venstre) og influensa A subtype (øvre høyre). For influensa A subtyper er det sett bort fra prøver som kun er testet for én av subtypene. Det aller meste av de viste subtypingene er dermed prøver som er oversendt til FHI og undersøkt ved referanselaboratoriet her. Minigrafen under subtypingene viser antallet virus som er subtypebestemt pr uke. Siste ukes subtypedata er særlig ukomplette og kan ha stor geografisk skjevhet. Diagrammet nederst viser estimerte andeler for hele sesongen av de tre sirkulerende influensavirusene, beregnet ved at de ukentlige andeler av influensa A subtyper og B slektslinjer er projisert på antallet påviste influensa A og B. Kilde: MSIS Laboratoriedatabasen og Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

Forekomst av influensa A subtyper i de ulike aldersgruppene er vist i Figur 14. Både for subtype A(H1) og A(H3) har personer under 5 år og over 80 år høyere påvisningsfrekvens enn andre aldersgrupper. I de mellomliggende aldersgruppene er det stor forskjell på subtypene: H3 har forhøyet frekvens hos de under 30 og lav frekvens hos 30-79-åringer. H1 har lav frekvens hos 5-14-åringer og høy frekvens hos de over 65.



Figur 14. Aldersfordeling av influensa A-virus subtypepåvisninger. Forekomsten i hver aldersgruppe er angitt som frekvens av subtypepåvisninger per befolkning i aldersgruppen, og normalisert i forhold til frekvensen for alle aldre. En aldersgruppe som har forekomst på 2 har dobbelt så høy frekvens av påvisninger som hele den testede befolkningen. Analysen er gjort på virus som er mottatt ved det nasjonale influensasenteret på Folkehelseinstituttet.

For fordelingen av influensa A subtyper er ulike i de forskjellige delene av landet med størst forekomst av influensa A(H3) på deler av Østlandet og i Midt-Norge, mens influensa A(H1) hittil har vært i flertall på Vestlandet og i nord (Tabell 1). Økningen av influensapåvisninger startet først i de delene av landet hvor H3 var i flertall tidlig. Det anses sannsynlig at andelen H3 vil øke og bidra til økende influensaforekomst også i de delene av landet som hittil har hatt mest subtype H1. Men det er også sannsynlig at forekomsten av H1 også kan øke etter hvert som vi går inn i perioden med gode spredningsforhold for influensa.

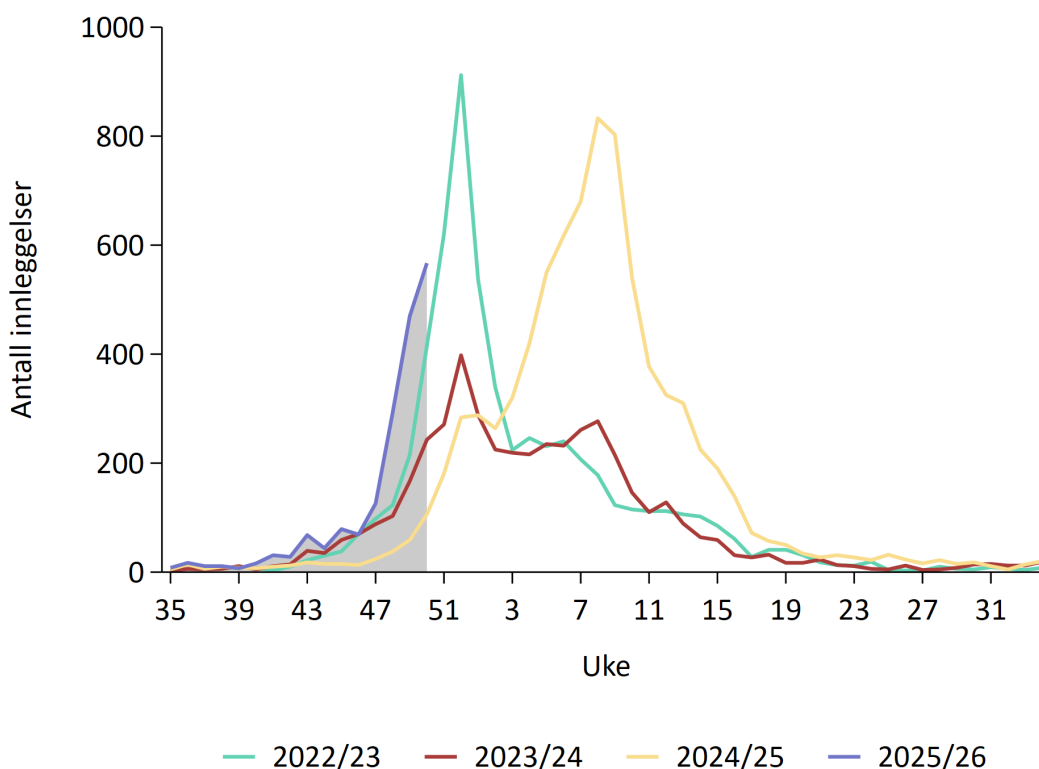
Tabell 1. Fylkesvisse andeler (%) influensa A subtyper H1 og H3 blant influensa A-prøver fra uke 43-49 som er oversendt til FHI. Tallene for siste uker er ukomplette. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet

Fylke	Antall subtypet	%H1	%H3
Østfold	37	35 %	65 %
Akershus	128	19 %	81 %
Oslo	172	16 %	84 %
Vestfold	24	21 %	79 %
Telemark	6	0 %	100 %
Agder	14	29 %	71 %
Innlandet	37	49 %	51 %
Buskerud	32	56 %	44 %
Rogaland	55	71 %	29 %
Vestland	41	78 %	22 %
Møre og Romsdal	27	22 %	78 %
Trøndelag	47	21 %	79 %
Nordland	15	80 %	20 %
Troms	13	77 %	23 %

Innleggelser i sykehus og intensivavdeling

Influensautbruddene de siste tre vintersesongene har vært dominert av influensa A(H1N1), med varierende antall sykehusinnleggelser. I sesongen 2022-23 ble det rapportert om ca. 5800 innleggelser med influensa totalt (Figur 15, Tabell 2), med over 900 innleggelser i toppuken 52 i 2022. Toppen i sesongen 2023-24 var betydelig lavere, på ca. 400 i uke 52 i 2023, og totalt 4600 innleggelser ble rapportert i sesongen. Influensaepidemien i 2024-25 var den mest alvorlige av disse tre, med totalt 8200 innleggelser, og ca. 800 i toppuken 8 i 2025. I alle tre sesonger har de eldre hatt høyest innleggsrate, etterfulgt av barn i aldersgruppen 0-4 år (Figur 17). Influensavirustypene A og B har imidlertid rammet de ulike aldersgruppene i ulik grad: innleggsraten med influensa A per 100 000 innbyggere har vært høyest blant de eldre, mens innleggsraten med influensa B har vært høyest blant små barn.

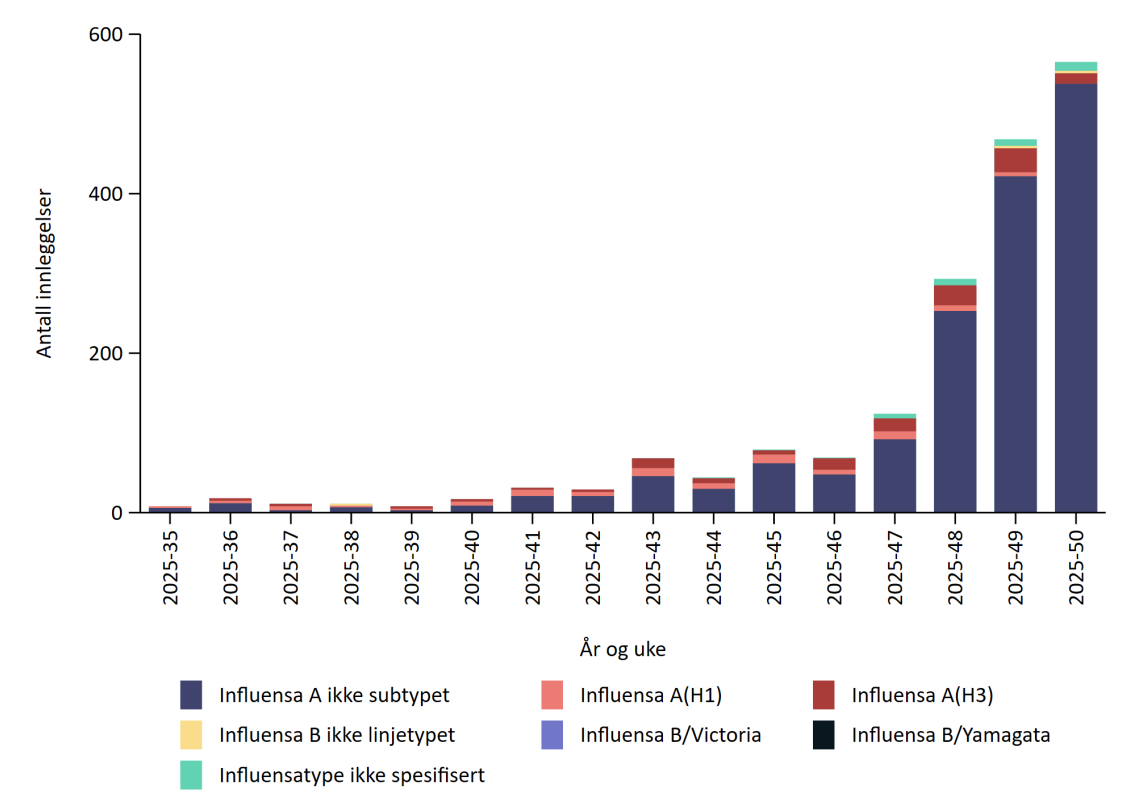
De siste ukene har antallet sykehusinnlagte med influensa økt raskt i takt med den raskt økende forekomsten av influensa i befolkningen. Så langt denne vintersesongen er det foreløpig rapportert om totalt 1845 innleggelser med influensa. Nesten alle innleggelser har vært med influensa A, med noe varierende andel av H1N1 og H3N2 fra uke til uke (Figur 16). Det ser ut til at toppen i innleggelser kan treffe allerede før eller rundt jul og nyttår. Aldersfordelingen blant de innlagte er som normalt, og innleggsraten er høyest blant de eldre. Det er foreløpig ingenting som tyder på et mer alvorlig klinisk bilde blant de sykehusinnlagte (Tabell 2), men byrden på sykehusene kan bli betydelig grunnet høyt antall smittede og dermed innlagte.



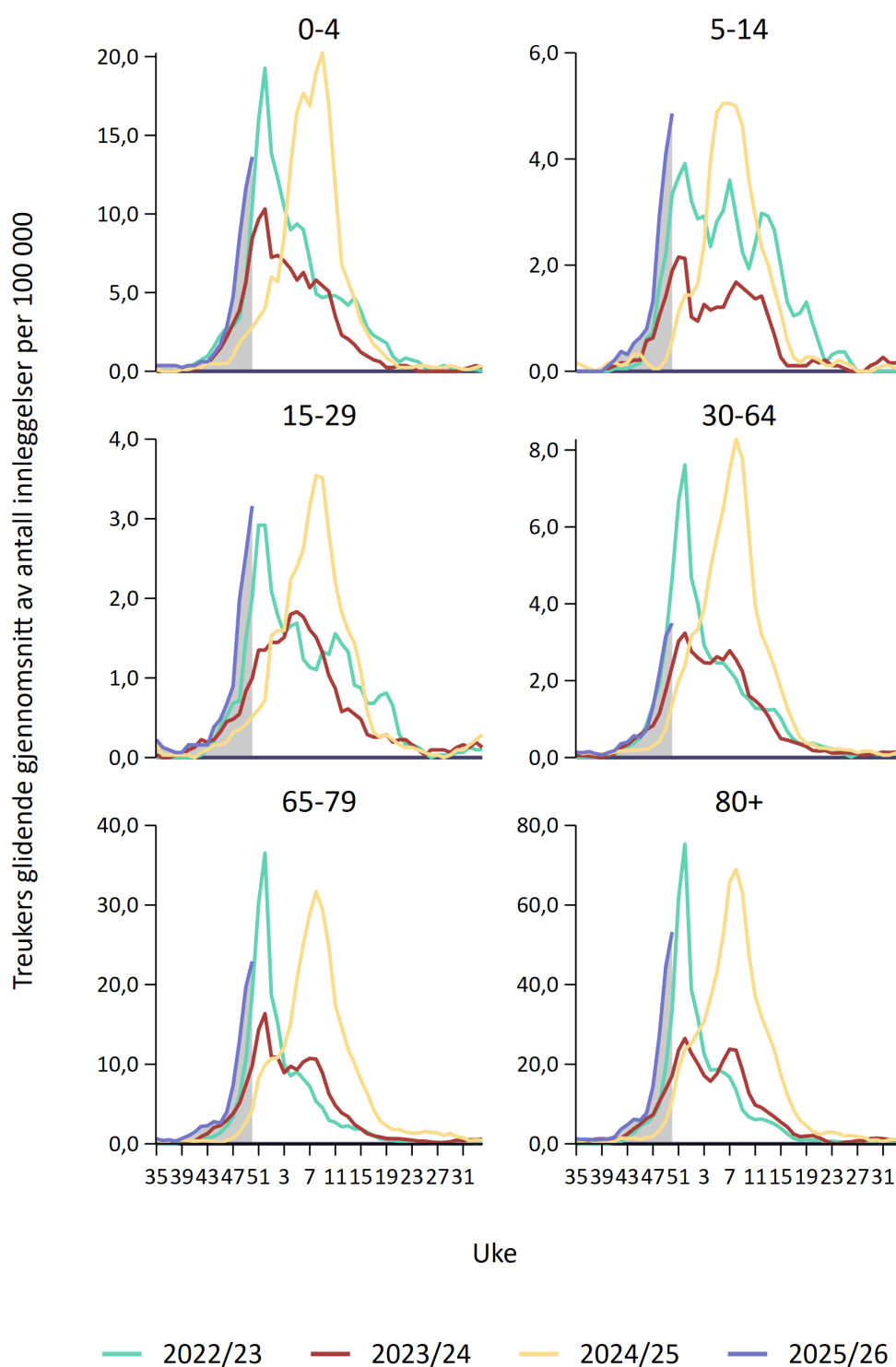
Figur 15. Antall innleggelser med influensa per uke og sesong, 24.8.2020 – 14.12.2025. Tallene blir etterjusterte.
Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19, Folkehelseinstituttet.

Tabell 2. Antall innleggelser med influensa og liggetid, antall og andel innleggelser med pustestøtte og dødsfall per sesong (fra uke 35 til uke 34 neste år). Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabase via Stat19, Folkehelseinstituttet.

Sesong	Antall innleggelser	Median liggetid i dager (nedre – øvre kvartil)	Antall (andel) med pustestøtte	Antall (andel) dødsfall
2022/23	5844	3 (1 – 5)	187 (3 %)	233 (4 %)
2023/24	4581	3 (1 – 5)	161 (4 %)	193 (4 %)
2024/25	8203	3 (1 – 5)	222 (3 %)	319 (4 %)
2025/26	1845	2 (1 – 4)	34 (2 %)	52 (3 %)



Figur 16. Antall innleggelser med influensa A og B, 25.8.2025 – 14.12.2025. Tallene blir etterjusterte. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabase via Stat19, Folkehelseinstituttet.



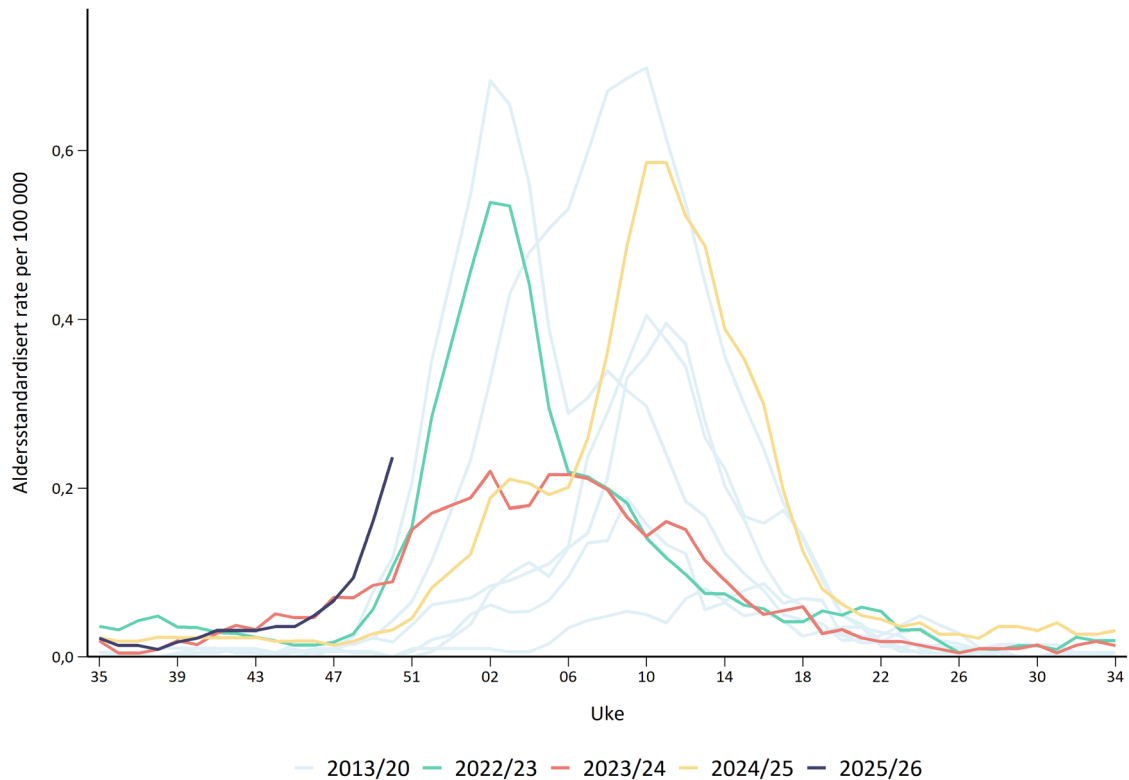
Merk at y-aksene er ulike for hver aldersgruppe

Figur 17. Antall innleggelser med SARI-influensa per uke og sesong etter aldersgruppe, 24.8.2020 – 14.12.2025. Tallene blir etterjusterte. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19, Folkehelseinstituttet.

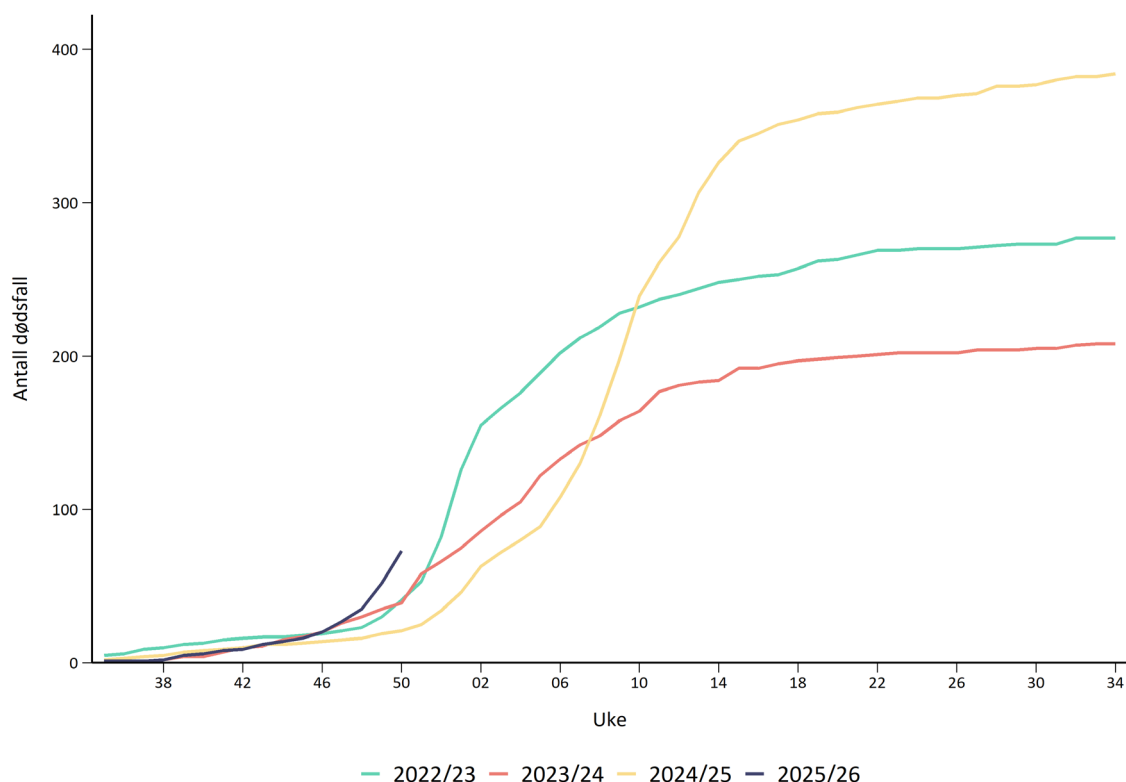
Mellom 13.10.2025 og 16.12.2025 er det foreløpig rapportert om totalt 57 innleggelser i intensivavdeling med influensa, hvorav 41 (72 %) hadde influensa som hovedårsak til innleggelsen. De fleste innlagte er eldre: medianalder blant de innlagte var 73 år (nedre – øvre kvartil 57-77 år). Minst en tredjedel av pasientene fikk ventilasjonsstøtte, og 7 % av pasientene døde på intensivavdeling.

Dødsfall

Antall dødsfall assosiert med influensa gjenspeiler den tidlig økende influensaforekomsten denne sesongen (Figur 18, Figur 19).



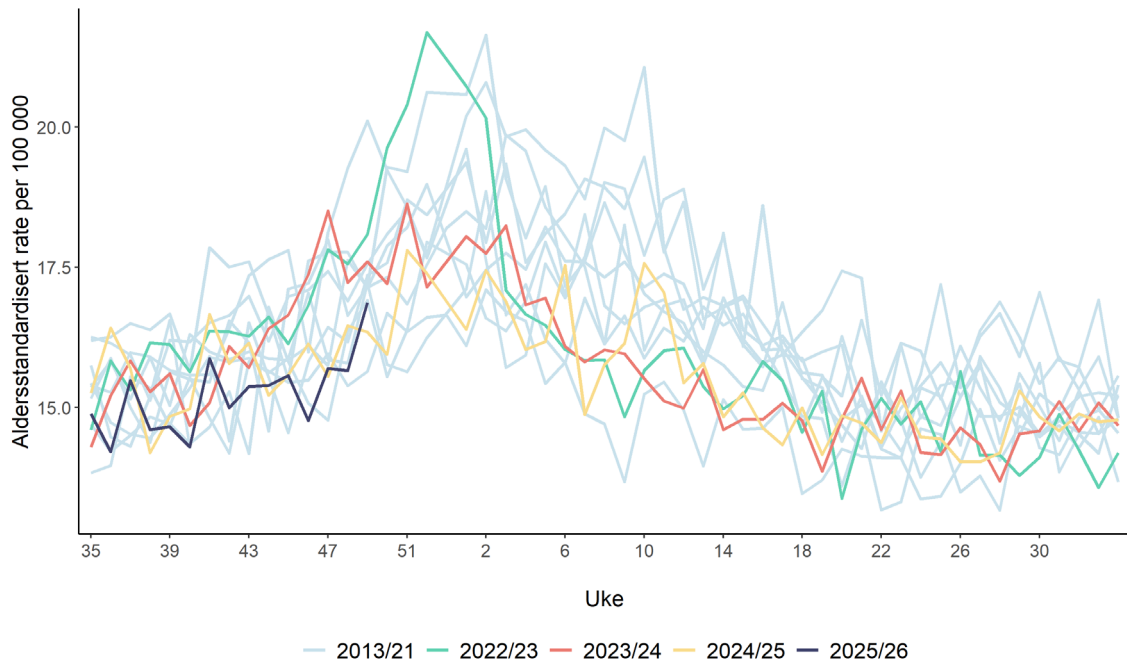
Figur 18. Aldersstandardiserte rater for dødsfall assosiert med influensa med 4-ukers glidende gjennomsnitt. Ved å aldersstandardisere dødelighetsratene, fjernes forskjeller i dødeligheten som skyldes endring i alderssammensetningen over tid. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19, Folkehelseinstituttet.



Figur 19. Kumulativt antall dødsfall assosiert med influensa siste 4 sesonger. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19, Folkehelseinstituttet.

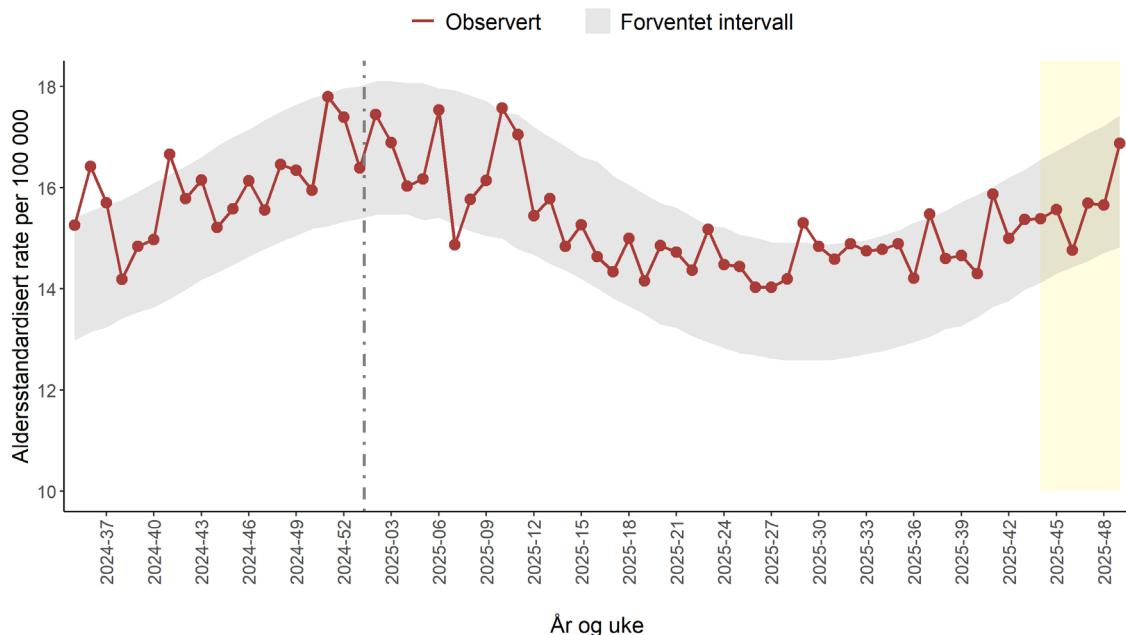
I Norge forekommer det normalt sesongvariasjon i totaldødelighet (dødelighet fra alle dødsårsaker) med flere dødsfall om vinteren enn om sommeren. Om vinteren kan man noen år se økt dødelighet i forbindelse med epidemier av luftveisinfeksjoner som f.eks. influensa, men også andre årsaker kan medføre en økning på vinteren. Ved overvåkning av totaldødelighet har vi ikke informasjon om dødsårsak. Årsaken til eventuelt observert overdødelighet kan derfor ikke fastslås uten å utføre videre analyser.

Figur 20 viser utvikling i observert totaldødelighet målt ved bruk av aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning i inneværende og tidligere sesonger. Ved å aldersstandardisere dødelighetsratene, fjernes forskjeller i dødeligheten som skyldes endring i alderssammensetningen over tid. Så langt i inneværende sesong har totaldødeligheten ikke ligget høyt sammenlignet med tidligere sesonger.



Figur 20. Aldersstandardiserte rater for totalt antall dødsfall i inneværende og tidligere sesonger (data til og med uke 49 2025). Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19, Folkehelseinstituttet.

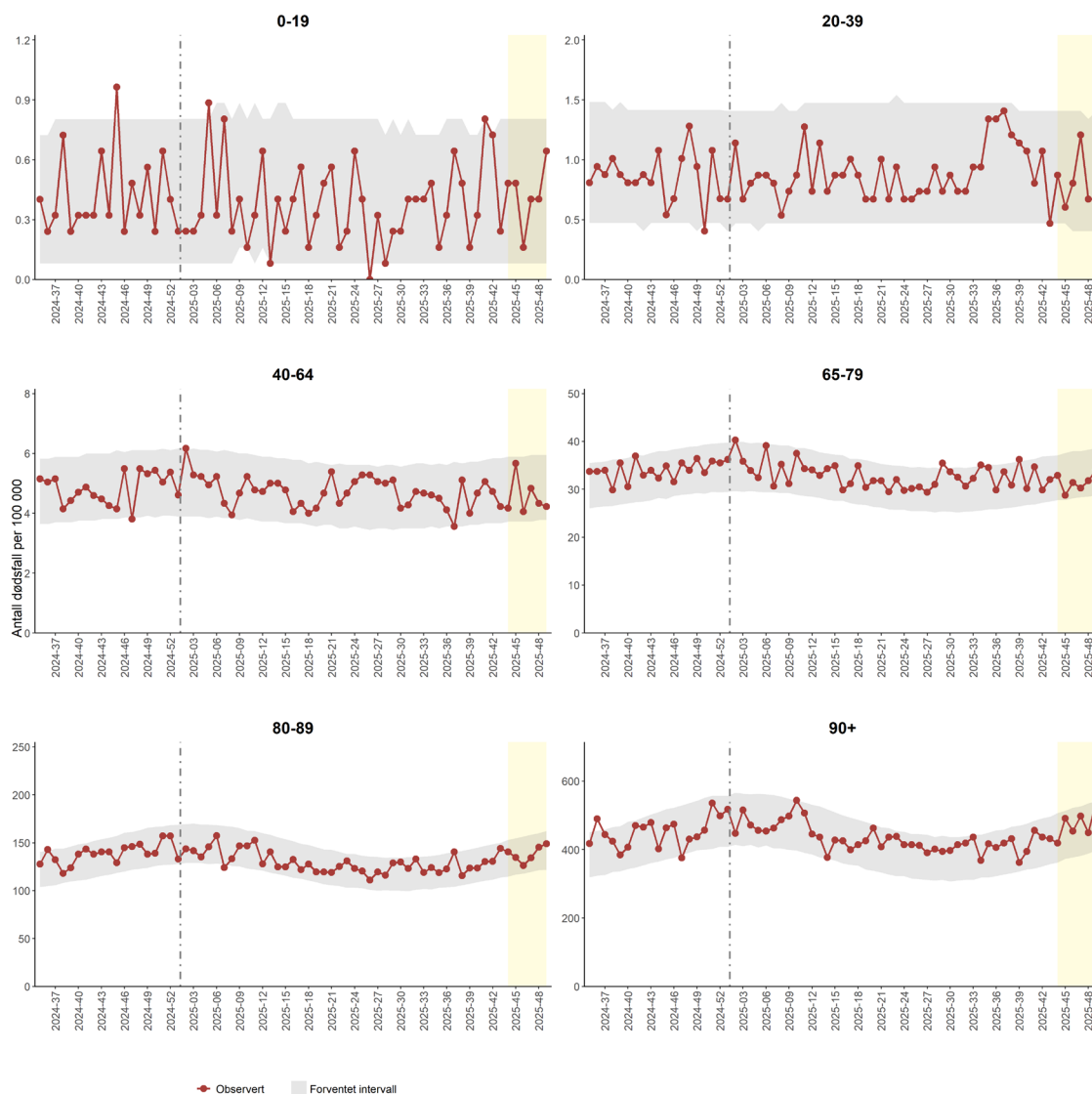
Figur 21 viser utvikling i observert aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 befolkning sammenlignet med et intervall der det er forventet at dødeligheten skal ligge. Totaldødeligheten har de siste ukene ligget innenfor forventet nivå basert på observert dødelighet de siste ti årene (der alle uker i 2020 til 2022 er utelatt fra denne referanseperioden), men økte i uke 49. Dødeligheten ligger nå i øvre del av det forventede intervallet.



Det gule feltet markerer uker som har forsinkelser i rapporteringen.

Figur 21. Observert aldersstandardisert dødelighetsrate, uke 35 2024 til uke 49 2025. Det forventede intervallet (lysegrått 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 2025. Uker innenfor det gule feltet vil ha forsinkelser i rapporteringen og er derfor foreløpige. Merk at y-aksen er trunkert og starter på 10 og ikke 0. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19, Folkehelseinstituttet.

Dødeligheten er nå høy for de aller eldste, mens den er innenfor forventet nivå for denne tiden av året for de øvrige aldersgruppene (Figur 22).



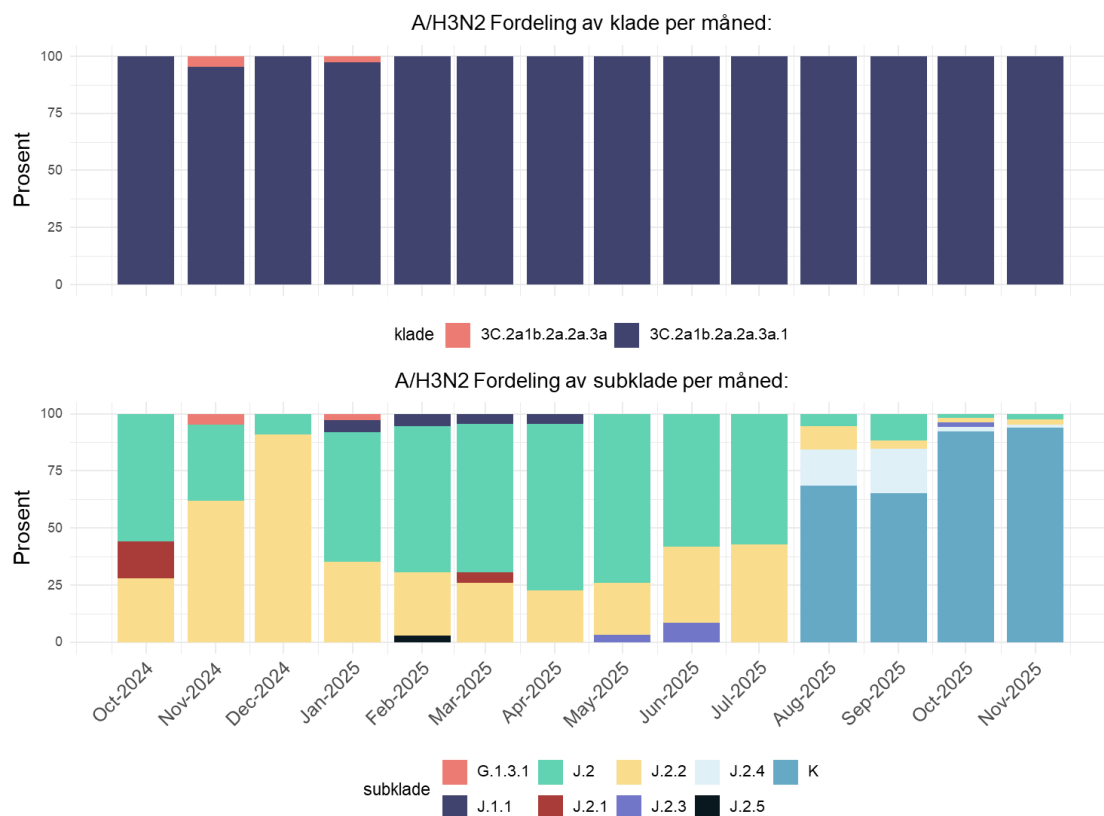
Figur 22. Observert antall dødsfall per 100 000, uke 35 2024 til uke 49 2025 for hver aldersgruppe. Det forventede intervallet (lysegrått felt) angir hvor det er forventet at dødelighetsraten skal ligge basert på trenden de siste ti år der pandemiperioden 2020 til 2022 er utelatt. Stiplet linje markerer uke 1 i 2025. Uker innenfor det gule feltet vil ha forsinkelser i rapporteringen og er derfor foreløpige. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19, Folkehelseinstituttet.

Virologisk situasjon

Genetisk karakterisering av influensavirus

Hvilke undergrupper av influensavirus som sirkulerer, kan ha betydning for hvor intens utbruddet kan bli, og om vaksinene vi har for denne vinteren dekker de virusene som sirkulerer.

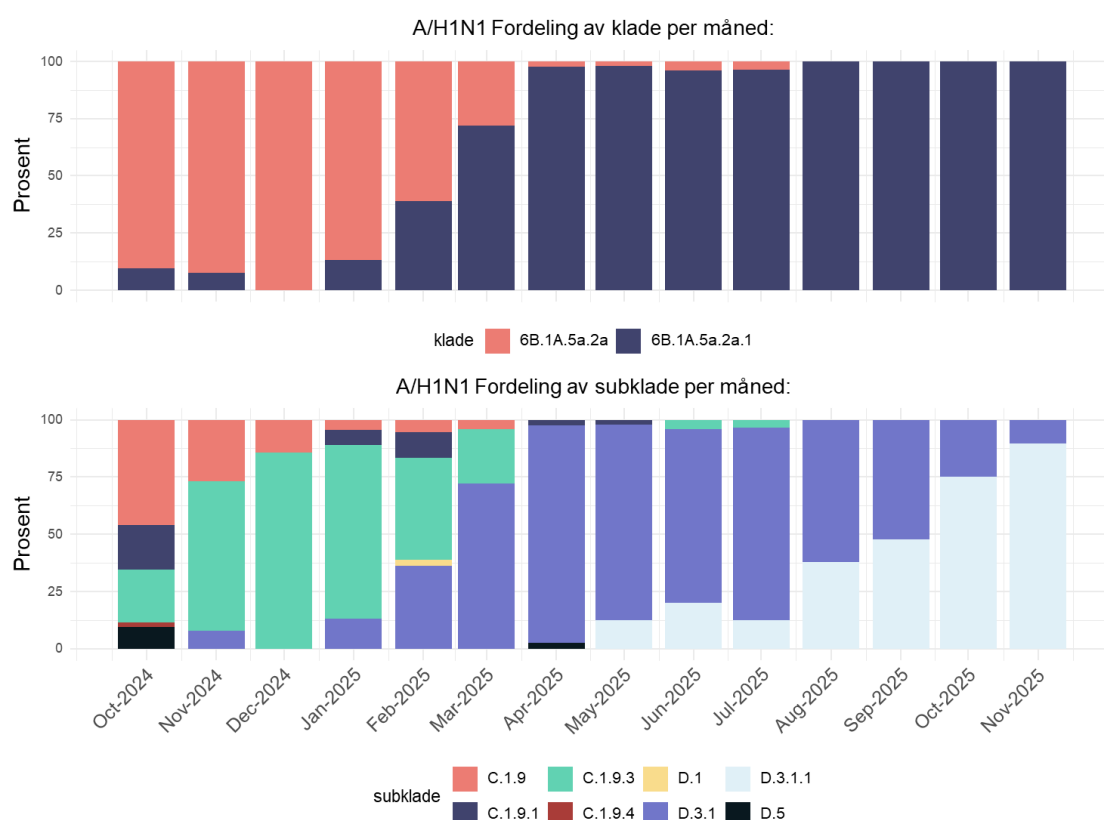
Nesten alle A(H3N2)-virusene i forrige sesong ble kategorisert til 3C.2a.1b.2a.3a.1-gruppen av virus, men innenfor denne gruppen finnes det flere undergrupper («subklader») (Figur 23). Ved slutten av 2025 var J.2.2-variantene dominerende, men i 2025 tok J.2-subkladen over, og de har siden sirkulert samtidig frem til august. I august tok K-varianten av A(H3N2)-virusene over, og den utgjør nå 94 % av alle sekvenserte A(H3N2)-virus i Norge. K-varianten er en videreutvikling av J.2 fra forrige sesong, tidligere kjent som J.2.4.1, og følges ekstra nøye, da den har vist evne til å kunne unngå tidligere immunitet. [WHO](#) har vurdert at det er behov for å oppdatere influensavaksinene for den sørlige halvkule 2026 for bedre å dekke disse variantene av A(H3N2)-virus. Det er ingen tegn på at K-varianten i seg selv gir endret symptombylde eller mer alvorlig sykdom.



Figur 23. Frekvensen av ulike undergrupper av influensa A(H3N2) virus i Norge forrige sesong 2024-25 og så langt nåværende sesong 2025-26. Øverste panel viser klade og nederste panel subklade. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

H1N1-virus forrige sesong var dominert av 6B.1A.5a.2a.1.5a.2a-kladen, men i mars i år tok 6B.1A.5a.2a.1-kladen over. Siden august har vi ikke hatt noen 6B.1A.5a.2a.1.5a.2a-påvisninger i Norge. Denne endringen er også synlig i subklader, hvor (C)-subklader fra 6B.1A.5a.2a.1.5a.2a har forsvunnet til fordel for (D)-subklader (Figur 24). Av disse var D.3.1.a dominerende i vår- og sommermånedene i 2025, men siden august har D.3.1.1 økt og utgjør nå 89 prosent av alle sekvenserte A(H1N1)-virus i Norge. Vi forventer at D.3.1.1 blir hovedgruppen av sirkulerende H1N1-virus denne sesongen. [WHO](#) har vurdert at det er behov for å oppdatere influensavaksinene for den sørlige halvkule 2026 for bedre å dekke sirkulerende A(H1N1)-virusene, og komponenten er endret til et D.3.1-virus.

Se [Statusrapport om covid-19, influensa og andre luftveisinfeksjoner, uke 48](#) for mer detaljer.



Figur 24. Frekvensen av ulike undergrupper av influensa A(H1N1) virus i Norge forrige sesong 2024-25 og så langt nåværende sesong 2025-26. Øverste panel viser klade og nederste panel subklade. Kilde: Nasjonalt influensasenter ved Folkehelseinstituttet.

Følsomhet mot antiviralia

Så langt i sesongen er 325 influensavirus undersøkt genetisk for resistensmutasjoner. Ett influensa A(H1N1)-virus har vist en genetisk markør for resistens mot oseltamivir og zanamivir med en I223V-mutasjon i neuraminidase-genet. Prøven ble tatt i uke 38 2025 og det er ukjent om pasienten har blitt behandlet med antiviralia. Ingen virus var resistente mot baloxavir.

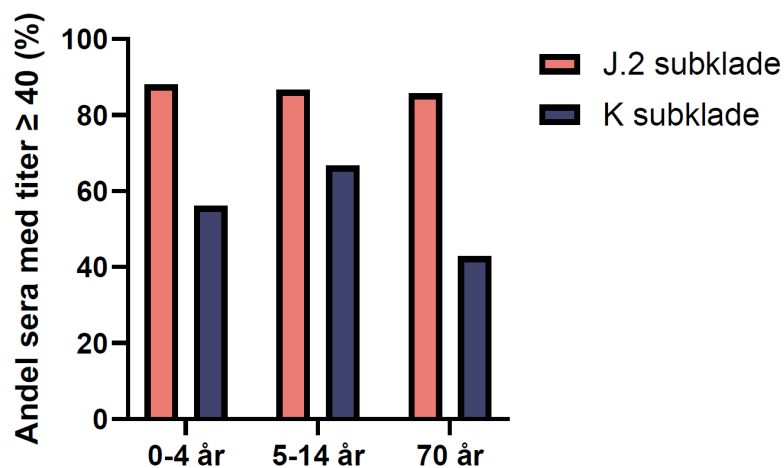
Immunitet i befolkningen

Antistoffer mot H3N2 K subkladen

Referanselaboratoriet for influensa ved FHI gjennomfører årlig en innsamling av anonymiserte og aldersgrupperte restsera fra laboratorier over hele landet. Rundt 2000 serumprøver

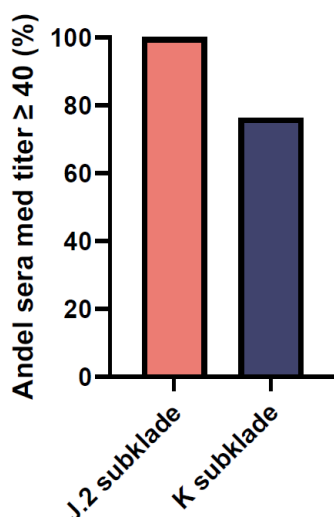
innhentes i august hvert år, og analyseres for beskyttende antistoffer mot influensavirus som har sirkulert tidligere sesonger eller som ventes å sirkulere i kommende sesong. Undersøkelsen gir et bilde på immunitet i befolkningen.

Den raske fremveksten og tidlige dominansen av H3N2 virus tilhørende subklade K høsten 2025 har antydnet at virusene er i stand til å omgå immunitet i befolkningen. For å få en bedre forståelse av immunitet mot K subkladen i aldersgrupper med økt risiko for alvorlig sykdom, har referanselaboratoriet ved FHI analysert forekomst av antistoffer mot K subkladen i et utvalg av innsamlede sera. Resultatene viser at færre personer har antistoffer på et nivå som kan bidra til beskyttelse mot K subkladen sammenlignet med J.2 subkladen som var i sirkulasjon influensasesongen 2024-25 (Figur 25). Den laveste forekomsten av antistoffer ble observert i sera fra personer over 70 år. Likevel viser resultatene at det fortsatt er en betydelig andel som har antistoffer mot K subkladen, spesielt blant yngre personer, og at virusene dermed ikke omgår eksisterende immunitet like effektivt som først fryktet.



Figur 25. Immunitet mot H3N2 subklade J.2 og K i sera innsamlet i august 2025. Andel sera med mikronøytralisasjons titer ≥ 40 .

Årets influensavaksine inneholder H3N2 virus tilhørende J.2 subkladen. Det har vært uklart i hvilken grad årets influensavaksine bidrar til økt immunitet mot K subkladen. FHI har derfor analysert antistoffer mot K subkladen i sera fra personer som ble vaksinert høsten 2025. Alle vaksinerte dannet antistoffer mot J.2 kladen inkludert i vaksinen, mens 76% også dannet antistoffer mot K subkladen (Figur 26). Resultatene viser dermed at årets influensavaksine sannsynligvis bidrar til økt beskyttelse mot K subkladen.



Figur 26. Immunitet mot H3N2 subklade J.2 og K i sera innsamlet fra personer vaksinert med influensavaksine høsten 2025. Andel sera med mikronøytralisasjons titer ≥ 40 .

Vaksinasjonsdekning og vaksinematch

Vaksinematch

Denne sesongen har vi en samtidig sirkulasjon av A(H3N2) og A(H1N1). Den dominerende A(H3N2)-varianten, K, har flere mutasjoner som potensielt kan redusere vaksineeffektiviteten. På bakgrunn av dette har [WHO](#) endret sin vaksineanbefaling for den sørlige halvkule i 2026 til et virus som ligger nærmere K-subkladen. Den nåværende influensavaksinen som benyttes i Norge er et J.2 subkladen virus, som er en forløper til K-subkladen (tidligere kjent som J.2.4.1). Både vaksinekomponenten og K-varianten tilhører samme genetiske klade (2a.3a.1).

Selv om A(H1N1) påvises sjeldnere enn A(H3N2), er virusene fortsatt i sirkulasjon. Den dominerende A(H1N1)-varianten, D.3.1.1, vurderes å være godt dekket av den nåværende influensavaksinen. D.3.1.1-virusene tilhører fortsatt samme genetiske klade (5a.2a.1) som vaksinekomponenten, og vaksinen forventes derfor å gi adekvat beskyttelse. For den sørlige halvkule har [WHO](#) oppdatert A(H1N1)-komponenten til et subklade D.3.1-virus.

Tidlige resultater fra Storbritannia viser at vaksinens effekt på reduksjon av innleggelser er tilsvarende som tidligere år for H3N2-virus ([Kirsebom et al. 2025](#), [Public Health Scotland 2025](#)).

Insidensen for sykehusinnleggelser for vaksinerte og ikke-vaksinerte eldre i Norge indikerer også at vaksinene har en viss beskyttende effekt, se punkt 4.1.7.1 under. En så høy vaksinasjonsdekning som mulig i den eldste aldersgruppen er dermed viktig for å unngå flest mulig sykehusinnleggelser og for å ikke overbelaste helsetjenesten i de nærmeste ukene.

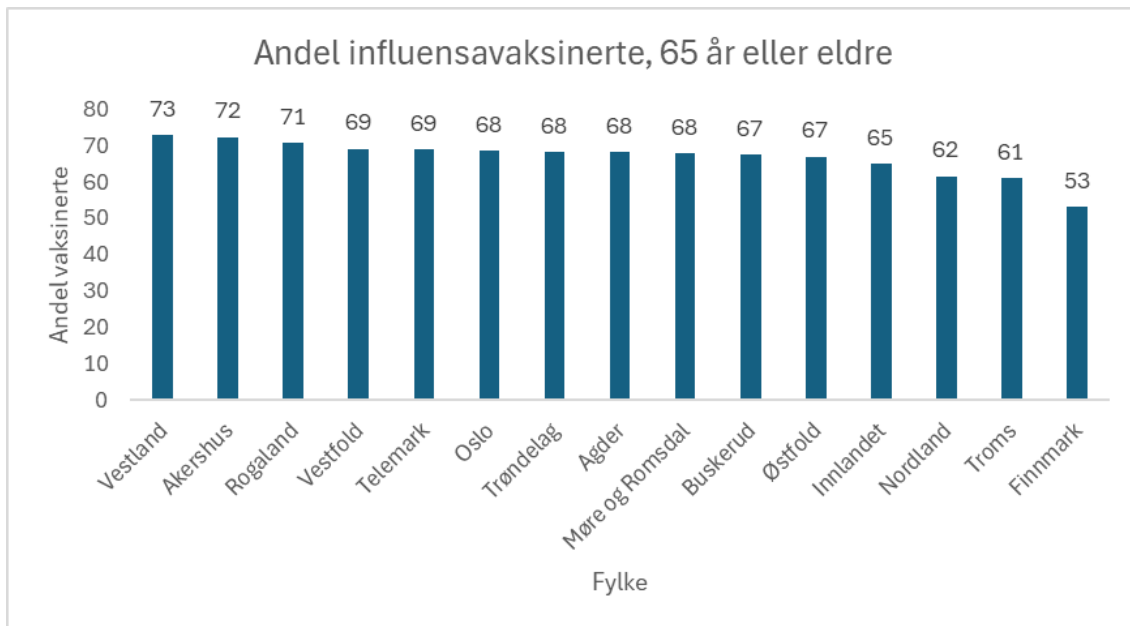
Vaksinasjonsdekning

Så langt i sesongen har over 1 470 000 personer tatt influensavaksine, hvorav 739 000 er 65 år eller eldre. Vaksinasjonsdekningen blant eldre over 65 år var 68 % den 14.12.25. Dette er høyere enn på samme tidspunkt i fjor (62%). I 2024-25-sesongen endte vaksinasjonsdekningen på 66 %, og dekningen i 2025-26-sesongen vil dermed ende på et noe høyere nivå.

Vi har foreløpig ikke data for dekningen i risikogruppene under 65 år, og heller ikke blant helsepersonell i innværende sesong. Andelen vaksinerte mellom 18-64 år er imidlertid høyere enn på samme tid i fjor, noe som kan tyde på at dekning i disse gruppene i hvert fall ikke har gått

nevneverdig ned fra 2023-24-sesongen, som var sist vi hadde registerdata for disse gruppene. Da var dekningen på henholdsvis 32 % for risikogrupper 18-64 år og 33 % blant helsepersonell på samme tidspunkt. Dekning blant risikogrupper 18-64 år var på slutten av 2023/24-sesongen 34 %, og vi kan sannsynligvis forvente at dekningen innværende sesong vil være på minimum samme nivå.

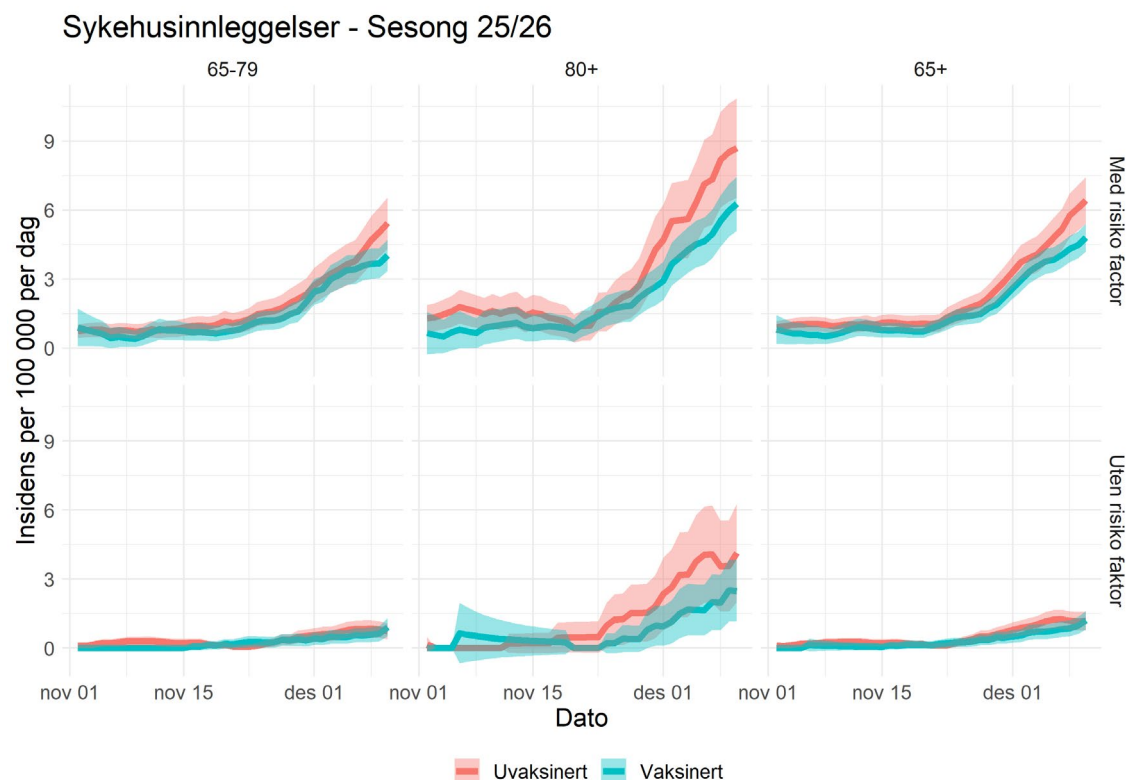
Det er stor spredning i dekningen blant personer over 65 år mellom ulike fylker og kommuner, med lavest dekning i Finnmark med 53 % og høyest i Vestland med 73 % (Figur 27).



Figur 27. Andel influensavaksinerte blant personer 65 år og eldre per fylke, 25.08.2025 – 14.12.2025. Kilde: Folkeregistret og SYSVAK, Folkehelseinstituttet.

Insidens av sykehusinnleggelser fordelt på vaksinasjonsstatus

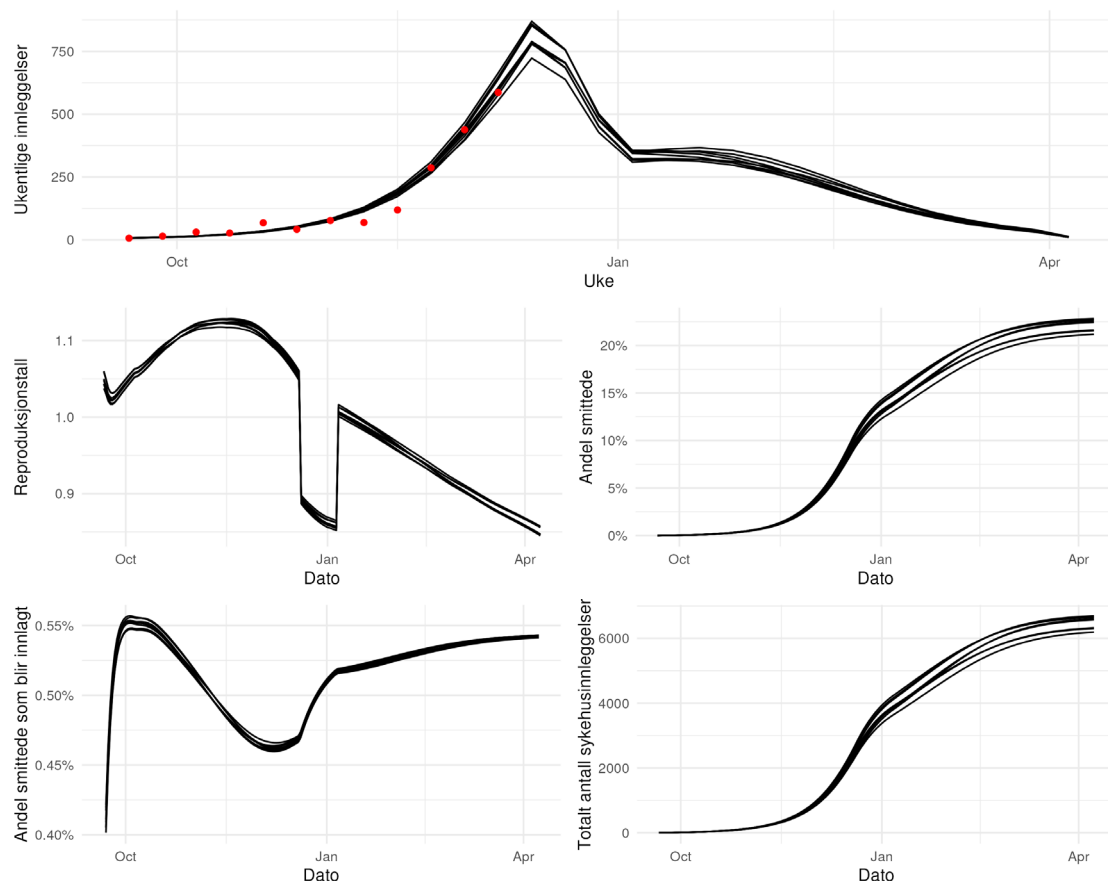
I Figur 27 vises insidens av nye sykehusinnleggelser med influensa i aldersgruppen 65 år og eldre fordelt på alder (65-79 år, 80 år og eldre), risikogruppe og vaksinasjonsstatus. Insidens av influensainnleggelser er høyere i aldersgruppen 80 år og eldre og for dem med risikofaktorer. Vi ser også en noe lavere insidens i den vaksinerte gruppen enn i den uvaksinerte gruppen, noe som indikerer at vaksinen har effekt.



Figur 28. To-ukers glidende gjennomsnitt av daglig insidensrate av sykehusinnleggelser med influensa per 100 000 fordelt på alder, risikogruppe og vaksinasjonsstatus i Norge fra 1. november til 10. desember. Kilde: Folkeregistret, Norsk pasientregister, SYSVAK og MSIS-labdatabasen via Stat19, Folkehelseinstituttet.

Modellering

Matematisk modellering av sesongens influensautbrudd viser at reproduksjonstallet ved utbruddsstart i uke 48 hadde en verdi på 1,18 (95% CI 1,17 – 1,20). Dette er et høyere reproduksjonstall enn ved utbruddsstart i alle sesonger tilbake til 2022-23-sesongen. I tillegg har vi tilpasset en nasjonal modell med aldersgrupper til sykehusinnleggelser (Figur 28). Hvis utviklingen fortsetter som forventet viser modellen at vi får en epidemitopp før nyttår med mellom 700 og 800 ukentlig innleggelser på toppen av bølgen. Dette gir 6000-6500 innleggelser totalt i løpet av influensasesongen, noe som er høyere enn 2022-23 og 2023-24 sesongene, men en del lavere enn fjorårets sesong, da det var mer enn 8000 sykehusinnleggelser med influensa totalt. Figuren viser også estimert reproduksjonstall, totalt antall smittede og andelen smittede som trenger sykehusinnleggelse og totalt antall innleggelser. Modelleringsresultater må alltid tolkes med varsomhet og er avhengige av flere ulike antagelser, se vedlegg.



Figur 29. Modellresultater fra modell tilpasset sykehusinnleggelser til og med uke 50. Figuren viser ukentlig antall innleggelser, reproduksjonstall, andel av befolkningen som blir smittet, andelen smittede som trenger sykehusinnleggelse og totalt antall innlagte.

Vurdering

Framveksten av influensa har startet spesielt tidlig denne høsten og epidemien er allerede i full gang i store deler av landet. Intensiteten av sykdomsforekomst vurderes nå til å være på moderat nivå, basert på andel prøver med påvist influensa og influensalignende sykdom.

I tidligere sesonger med slik tidlig økning har toppen av hovedutbruddet funnet sted før eller i jule/nyttårshelgen. Dette er også sannsynlig denne gangen, med mulig unntak for delene av landet der utbruddet har kommet senere i gang. Det endelige omfanget av influensautbruddet, hvor lenge det varer og akkurat når det topper seg, lar seg imidlertid ikke sikkert forutsi. Det er denne vinteren godt mulig at de tidligst rammede delene av landet vil ha passert hovedutbruddet og ha jevnt fallende forekomst allerede ved årsskiftet, mens noen områder som har kommet senest i gang kan få et mer langvarig utbrudd ut gjennom vinteren.

Influensa A(H3N2)-virus i subklade K ligger ganske klart an til å utgjøre hovedparten av utbruddet, og antakelig etter hvert bidra mer til utbruddet også i de delene av landet som hittil har hatt mindre innslag av A(H3N2)-virus. Det er imidlertid tegn til at A(H1N1)-virus, primært i subklade D.3.1.1, også øker i omfang og slike virus vil trolig i varierende grad ha betydning i fortsettelsen av sesongen. Influensa B-virus har derimot gjort svært lite av seg så langt og kommer antakelig ikke til å bidra særlig til sykdomsbyrden denne vinteren.

Vi ser tegn til at de to utbredte influensa A-virusene har ulik aldersprofil, hvor A(H1N1)-virus i større grad påvises hos eldre i 65-79 års alder mens A(H3N2) særlig smitter unge under 30 år. De aller yngste og eldste er høyt representert blant påvisningene av begge disse influensavirusene og mye av sykdomsbyrden vil nok ligge i disse aldersgruppene.

Selv om vi denne sesongen har et endret virus raskt har overtatt dominans og har vokst fram tidlig mange steder i verden, inkludert i Norge, har vi indikasjoner på at det finnes immunitet i befolkningen også mot A(H3N2) K-subkladen. Foreløpige analyser tyder også på at vaksinasjon hjelper mot varianten, selv om det er usikkerhet om graden av beskyttelse.

Epidemien er på moderat nivå og fremdeles økende. Ved utbruddsstart i uke 48 økte smitten noe raskere enn vi har sett i de siste sesongene. Det ventes at smittetoppen på nasjonalt nivå nås før jul eller i jule/nyttårshelgen. Det vil være en betydelig mengde influensa i omløp også etter jul. Det er store geografiske forskjeller i forekomst. Delene av landet der utbruddet har kommet senere i gang vil kanskje få smittetoppen etter jul.

Selv om det er utbredt influensasmitte, er det ikke indikasjoner på at sesongens influensavirus medfører mer alvorlig sykdom enn ellers. Det er stor smittespredning blant barn, og foreløpig er andel prøver med påvist influensavirus på samme eller høyere nivå enn i toppuken i fjorårets epidemi. Dette gjenspeiles i sykehusinnleggelser, som foreløpig er noe under eller på samme nivå som toppuken i forrige sesong. Blant de eldste er antallet sykehusinnleggelser foreløpig under fjorårets toppnivå.

Det endelige omfanget av influensautbruddet lar seg ikke sikkert forutsi. Foreløpige estimater fra modellering antyder at det i sesongens utbrudd kan bli 700-800 innleggelser i toppuken og 6000-6500 innleggelser totalt i løpet av sesongen.

Immuniteten mot influensa A(H3N2) i befolkningen er god, men vi ser noe lavere immunitet mot K subkladen. Influensavaksinene ser ut til å gi noe beskyttelse mot innleggelse og dekker middels godt de virusvariantene som dominerer i Norge for øyeblikket.

Utsikter for RS-virusinfeksjoner

Status for RS-virusinfeksjoner

Epidemiologisk situasjon

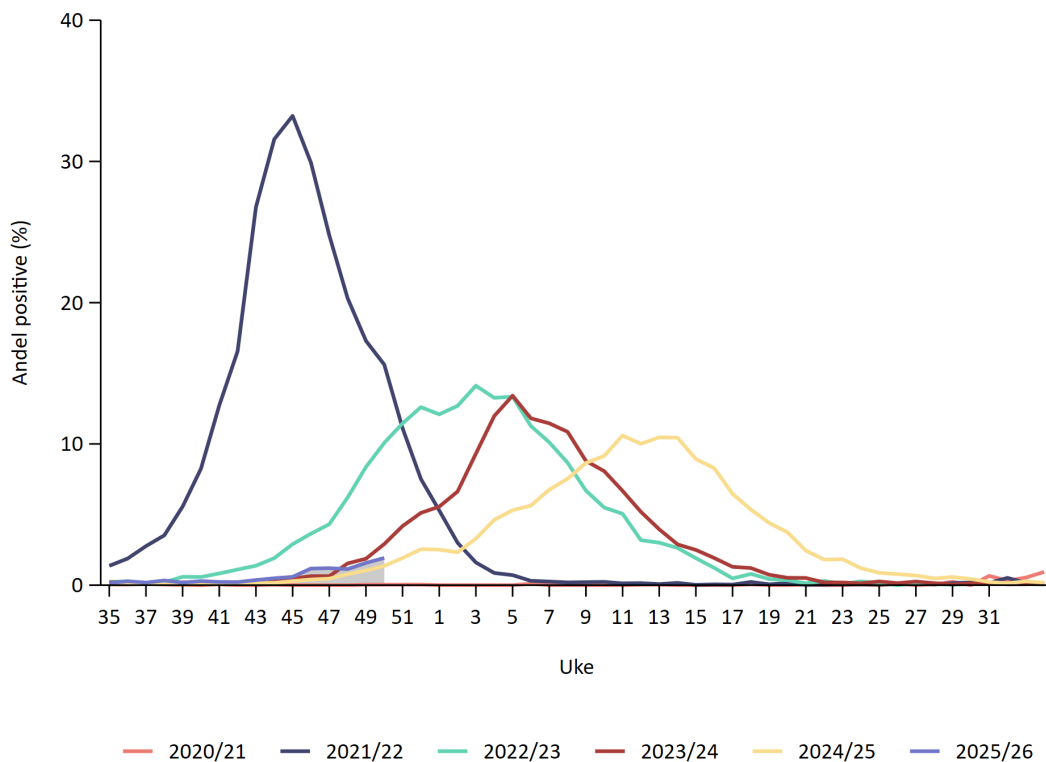
Før covid-19-pandemien var det vanligvis en RS-virusepidemi hver vinter, og smittetopp inntraff ofte på nyåret. Det var også vanlig med større utbrudd annethvert år. Smitteverntiltakene under pandemien forstyrret derimot den normale sesongvariasjonen i forekomst av RS-virusinfeksjoner, og i 2021-22-sesongen var det en stor epidemi som kom uvanlig tidlig med en smittetopp i november ([Bøås et al. 2025](#)). I sesongene siden har vi sett en gradvis normalisering av tidspunkt og størrelse av epidemiene (Figur 29).

I vintersesongen 2024-25 startet RS-virusutbruddet senere enn i de tre foregående sesongene, men var tidsmessig mer i tråd med de fleste årene før covid-19-pandemien. På sitt høyeste var

andel prøver med påvist RS-virus per uke noe lavere enn de to forutgående sesongene, med 11 % i uke 11. Utbruddet i 2024-25-sesongen hadde imidlertid noe lenger varighet enn i 2023-24-sesongen, og disse sesongene var omtrent like i antall sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon. Som vanlig, var forekomsten høyest i aldersgruppen 0-4 år, og andel prøver med påvist RS-virus var på det meste 36 %, i motsetning til 51 % på det høyeste i sesongen 2023-24 og 44 % i 2022-23. I vintersesongen 2024-25 ble det rapportert om nesten 2900 sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon, hvorav halvparten var i aldersgruppen 0-4 år.

Forekomsten av RS-virusinfeksjoner er for tiden økende, men er fortsatt på et forholdsvis lavt nivå. Andelen prøver med påvist RS-virus er foreløpig på omtrent samme nivå som samme tidspunkt i fjor, og på et lavere nivå enn samme tidspunkt i sesongene 2022-23 og 2023-24 (Figur 29). Forekomsten er høyest i aldersgruppen 0-4 år (Tabell 3). Antallet sykehusinnleggelser med RS-virusinfeksjon er fortsatt på et lavt nivå og omtrent på samme nivå som i de to foregående sesongene på samme tid (Figur 30). Så langt denne vintersesongen er det foreløpig rapportert om totalt 173 innleggelser med RS-virusinfeksjon.

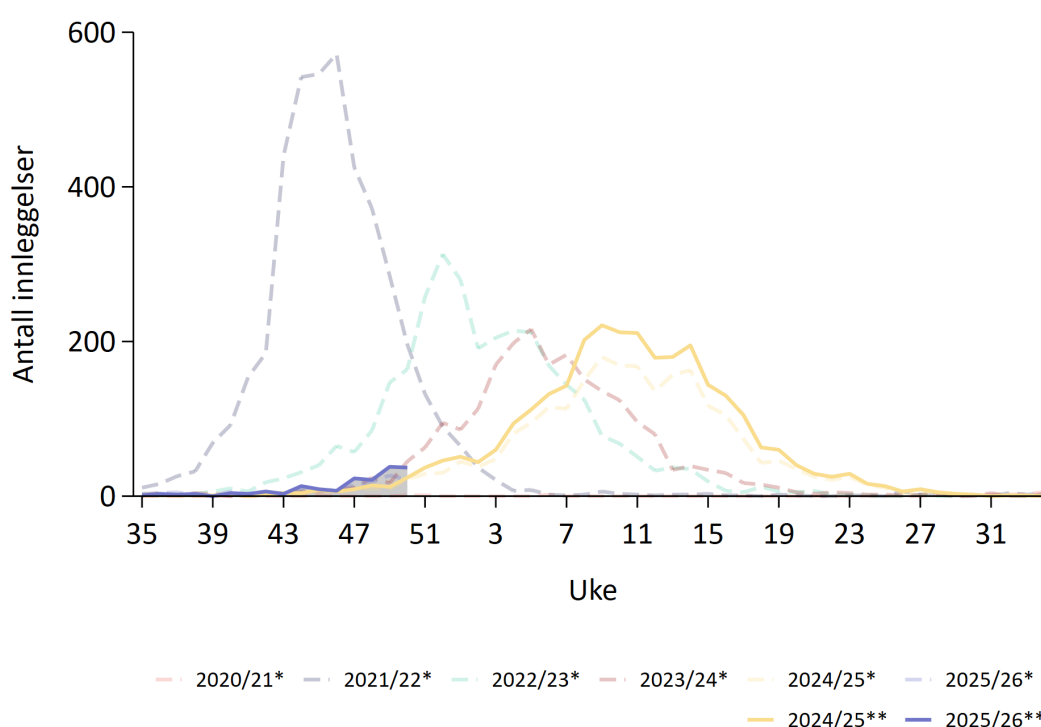
Mellom 13.10.2025 og 16.12.2025 er det foreløpig rapportert om færre enn fem innleggelser i intensivavdeling med RS-virusinfeksjon. Alle hadde RS-virusinfeksjon som hovedårsak til innleggelsen.



Figur 30. Andel PCR-analyser positive for RS-virus per uke og sesong, 24.8.2020 – 14.12.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen, Folkehelseinstituttet.

Tabell 3. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for RS-virus de siste 2 ukene etter aldersgruppe, 1.12.2025 – 14.12.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen, Folkehelseinstituttet.

Aldersgruppe	Uke 49			Uke 50		
	Antall testede (n/100000)	Antall positive (n/100000)	Andel positive (%)	Antall testede (n/100000)	Antall positive (n/100000)	Andel positive (%)
0-4	816 (296,7)	73 (26,5)	8,9	988 (359,2)	109 (39,6)	11,0
5-14	776 (123,7)	9 (1,4)	1,2	789 (125,7)	11 (1,8)	1,4
15-29	1412 (135,3)	13 (1,2)	0,9	1524 (146)	13 (1,2)	0,9
30-64	3490 (134,9)	32 (1,2)	0,9	3850 (148,8)	31 (1,2)	0,8
65-79	1839 (232,8)	14 (1,8)	0,8	2066 (261,6)	26 (3,3)	1,3
80+	1130 (417,7)	8 (3)	0,7	1205 (445,4)	11 (4,1)	0,9
totalt	9463 (169,2)	149 (2,7)	1,6	10422 (186,3)	201 (3,6)	1,9

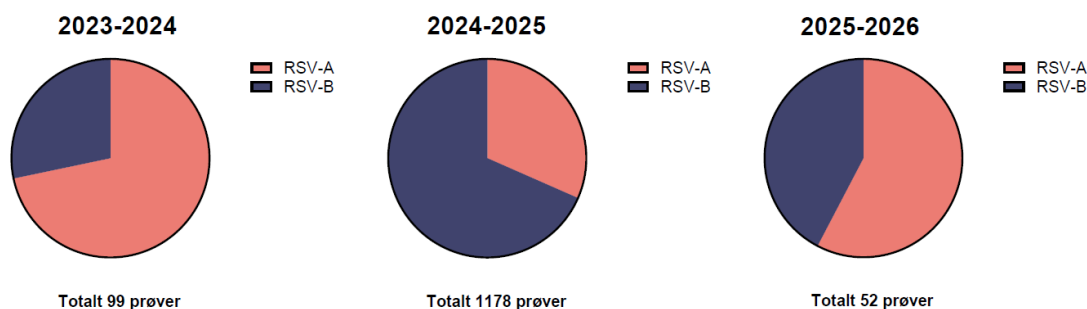


*Stiplet linje: innleggelser med sykdomsspesifikk diagnose i pasientjournalssystemet
**Heltrukket linje: innleggelser med diagnose for luftveisinfeksjon og positiv PCR-prøve

Figur 31. Antall innleggelser med RS-virusinfeksjon per uke og sesong, 24.8.2020 – 14.12.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19, Folkehelseinstituttet. Tallene blir etterjusterte.

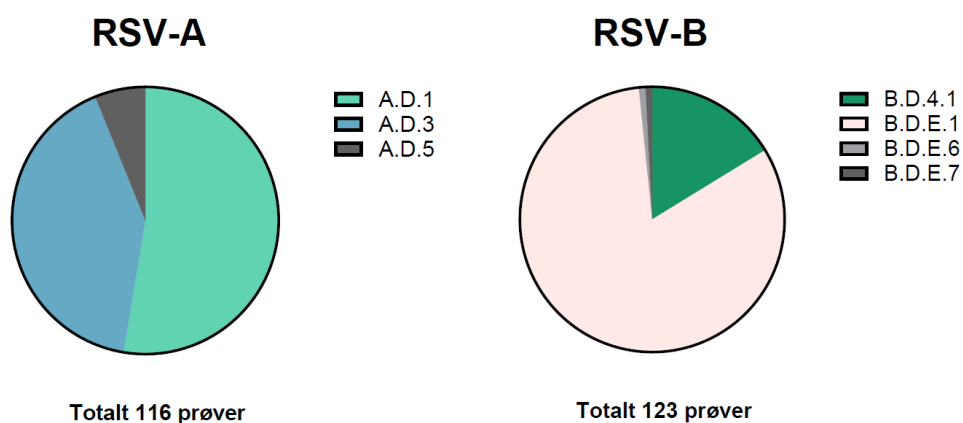
Genetisk karakterisering av RS-virus

Folkehelseinstituttet fikk i 2024 tildelt referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi for RSV i Norge, og 2024-25 var første sesong der RS-virus ble innlemmet i samme overvåkingssystem som influensa og SARS-CoV-2. I løpet av luftveissesongen 2024-25 ble 1178 RS-virus positive prøver typet ved FHI. Det har vært begrenset med RS-virusinfeksjoner til nå i 2025-26 sesongen, og kun 52 prøver er typet ved FHI. Analyse av de siste 3 sesongene viser at dominans med RSV-A og RSV-B kan variere fra sesong til sesong (Figur 31). For luftveissesongen 2024-25 var det en overvekt av RSV-B, mens det så lagt i 2025-26 sesongen er observert en overvekt av RSV-A. Det forventes at smitte med RS-virus vil øke i omfang utover sesongen, men det er usikker om RSV-A vil forbli dominerende.

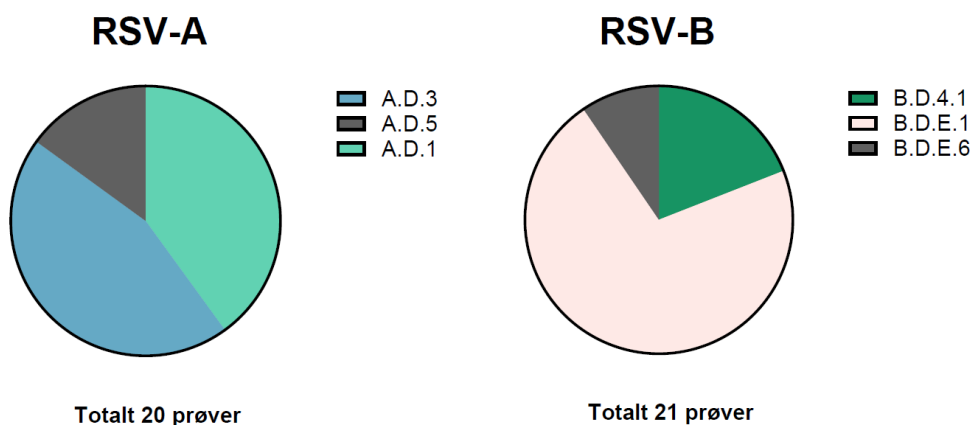


Figur 32. Typing av RSV positive prøver fra 2023-24, 2024-25 og 2025-26 sesongen ved Folkehelseinstituttet.

I løpet av 2024-25 sesongen ble 239 RSV-prøver genetisk karakterisert. Av disse var 116 prøver av type RSV-A, mens 123 prøver var RSV-B. Figur 32 viser at for RSV-A var det i hovedsak virus tilhørende AD.1 og AD.3 som sirkulerte, mens RSV-B virus i hovedsak tilhørte klade B.D.E.1. For 2025-26 sesongen er det karakterisert 41 RSV-prøver, 21 RSV-A og 20 RSV-B, og det er i stor grad de samme RSV-A og RSV-B-kladene som identifiseres (Figur 33).



Figur 33. Genetisk karakterisering av RSV-positive prøver fra 2024-25 sesongen ved helgenomsekvensering ved Folkehelseinstituttet.



Figur 34. Genetisk karakterisering av RSV-positive prøver fra 2025-26 sesongen ved helgenomsekvensering ved Folkehelseinstituttet.

Vaksine og immunoglobulin

Fra høsten 2023 har to vaksiner (Abrysvo og Arexvy) vært tilgjengelig for å forebygge nedre luftveissykdom forårsaket av RS-virus hos eldre og voksne personer med økt risiko for RSV-sykdom. Det finnes ingen vaksine mot RSV som kan benyttes hos barn, men RSV-sykdom hos spedbarn kan forebygges ved å gi mor vaksine (Abrysvo) i svangerskapet eller ved å gi monoklonalt antistoff til barnet. Vaksine og antistoff er vist å beskytte mot både RSV-A og RSV-B. FHI har anbefalt at vaksine til gravide eller antistoff til spedbarn tas inn i barnevaksinasjonsprogrammet.

Vurdering

Årets RS-virusepidemi er helt i startfasen, og vi forventer en økning i antall påvisninger fremover, med en topp de første månedene på nyåret. Før covid-19 pandemien så man vanligvis større utbrudd annethvert år, men dette mønsteret har så langt ikke reetablert seg etter pandemien, med flere forholdsvis kraftige epidemier de siste årene. Denne sesongen ser andel påvisninger og antall sykehusinnlagte foreløpig ut til å følge de to foregående sesongene, men det er vanskelig å forutsi om vinterens epidemi blir større eller mindre enn tidligere. Endring i datagrunnlaget for overvåkning før og etter pandemien er med på å vanskeliggjøre sammenligning med årene før pandemien.

Det er de yngste barna (under 5 år) som er mest utsatt for RS-virusinfeksjon og sykehusinnleggelse, og spesielt de som enda ikke har fylt ett år. De eldste er også utsatt. I starten av RS-virusepidemier øker forekomsten først vanligvis blant de yngste, før den senere øker blant voksne og eldre.

Utsikter for covid-19

Status for covid-19

Epidemiologisk situasjon

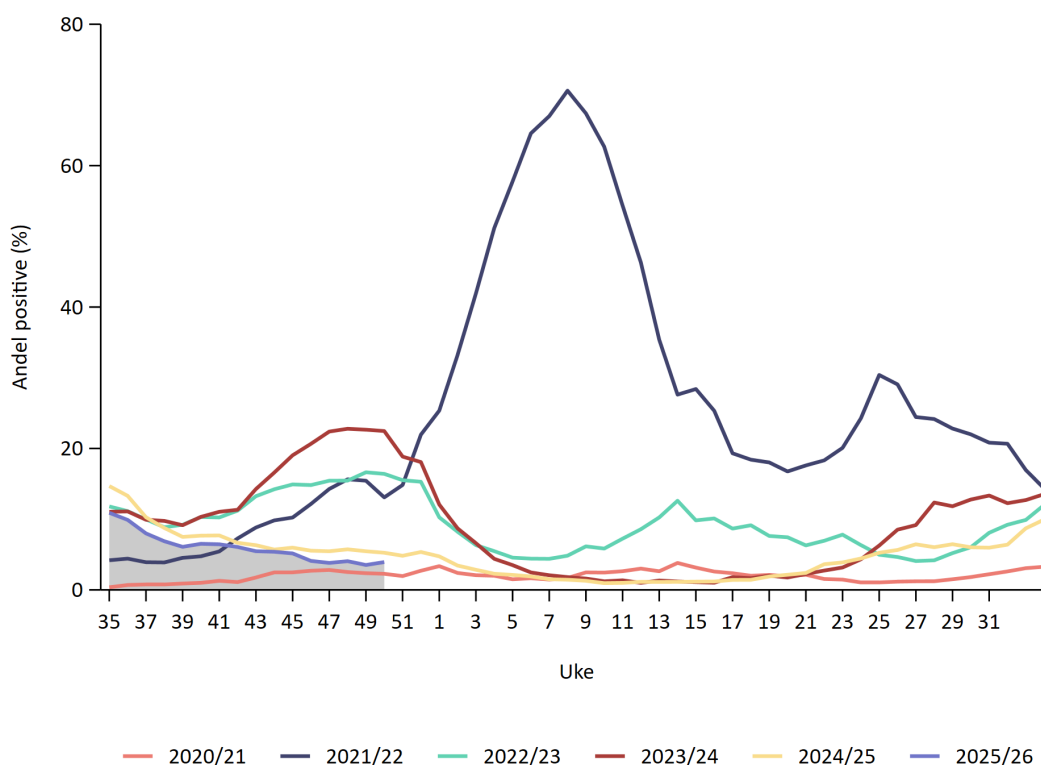
SARS-CoV-2, som forårsaker covid-19, viser fortsatt ikke en tydelig sesongvariasjon slik mange andre luftveisvirus gjør. Den siste smittebølgen nådde toppen i sensommeren 2025, på samme tid som smittebølgen i 2024. Andel prøver med påvist SARS-CoV-2 på sitt høyeste på 11 %, noe lavere sammenlignet med 15 % rapportert året før (Figur 34). Gjennom vinteren 2024-25 holdt forekomsten av SARS-CoV-2 seg på et relativt lavt nivå. Mellom uke 40 i 2024 og 20 i 2025 ble det rapportert om ca. 3400 sykehusinnleggelser med covid-19, noe som er langt færre enn det som ble rapportert i samme tidsperiode i sesongen 2023-24 (ca. 9100), da forekomsten av SARS-CoV-2 var på sitt høyeste i ukene før nyttår.

I sesongen 2025-26 har forekomsten av SARS-CoV-2 holdt seg under nivået som ble sett på samme tid i sesongen 2024-25 (Figur 34). Siden toppuken 35 har trenden vært nedadgående, men noe stabilisering de siste ukene. Antallet sykehusinnleggelser med covid-19 har også vært på et lavere nivå enn på samme tid forrige sesong, med ukentlig antall innleggelser mellom ca. 70 og 100 de siste ukene (Figur 35). Så langt denne vintersesongen er det foreløpig rapportert

om totalt 1822 innleggelser med covid-19. Både andel prøver med påvist SARS-CoV-2 (Tabell 4) samt antall innleggelser per 100 000 innbyggere har vært høyest i aldersgruppen 80 år og eldre.

Mellom 13.10.2025 og 16.12.2025 er det foreløpig rapportert om totalt 16 innleggelser i intensivavdeling med covid-19, hvorav 9 (56 %) hadde covid-19 som hovedårsak til innleggelsen. De fleste innlagte er eldre: medianalder blant de innlagte var 79 år (nedre – øvre kvartil 67-79 år). Minst halvparten av pasientene fikk ventilasjonsstøtte, og færre enn fem av pasientene døde på intensivavdeling.

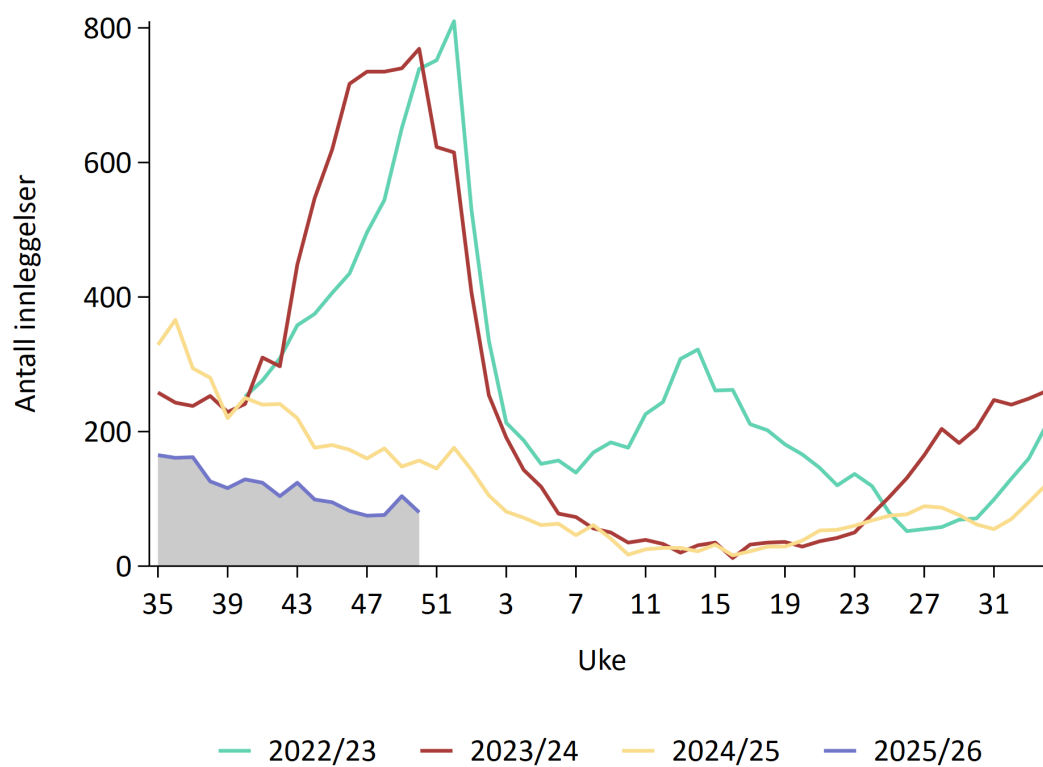
I inneværende sesong er det så langt lavere forekomst av dødsfall assosiert med covid-19 sammenlignet med tidligere sesonger (Figur 36, Figur 37).



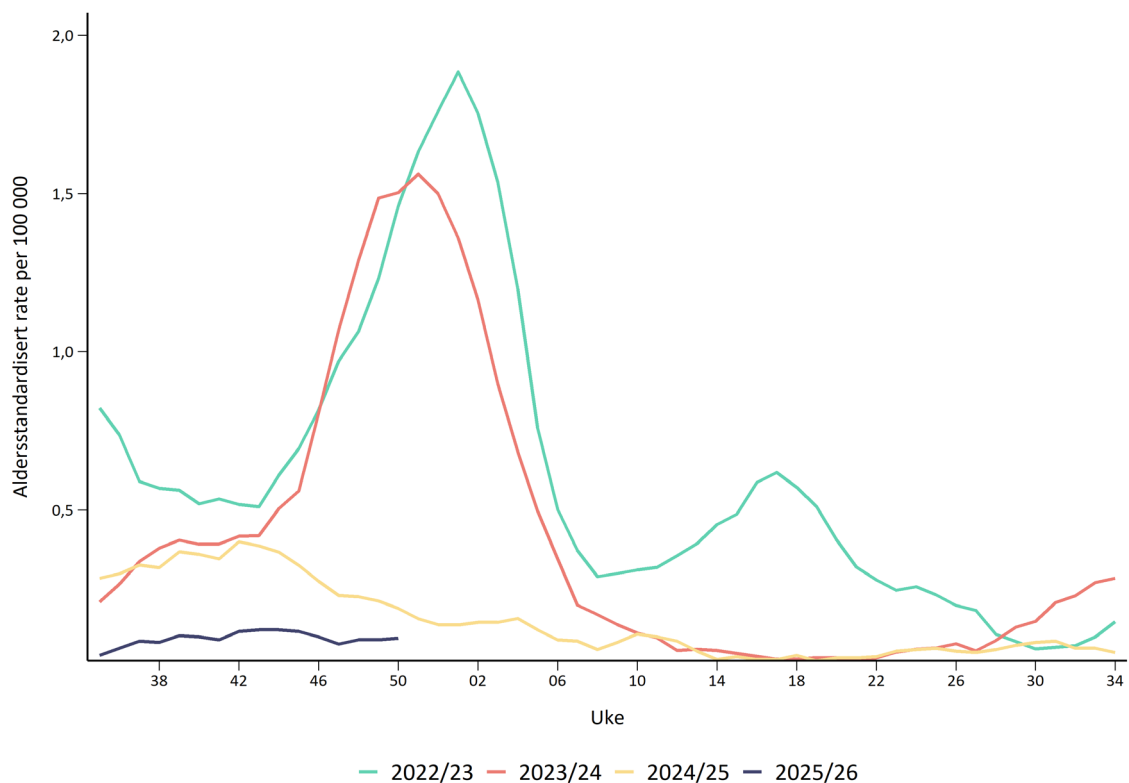
Figur 35. Andel PCR-analyser positive for SARS-CoV-2 per uke og sesong, 24.8.2020 – 14.12.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen, Folkehelseinstituttet.

Tabell 4. Antall PCR-analyser gjort samt antall og andel analyser positive for SARS-CoV-2 de siste 2 ukene etter aldersgruppe, 1.12.2025 - 14.12.2025. Kilde: MSIS-labdatabasen, Folkehelseinstituttet.

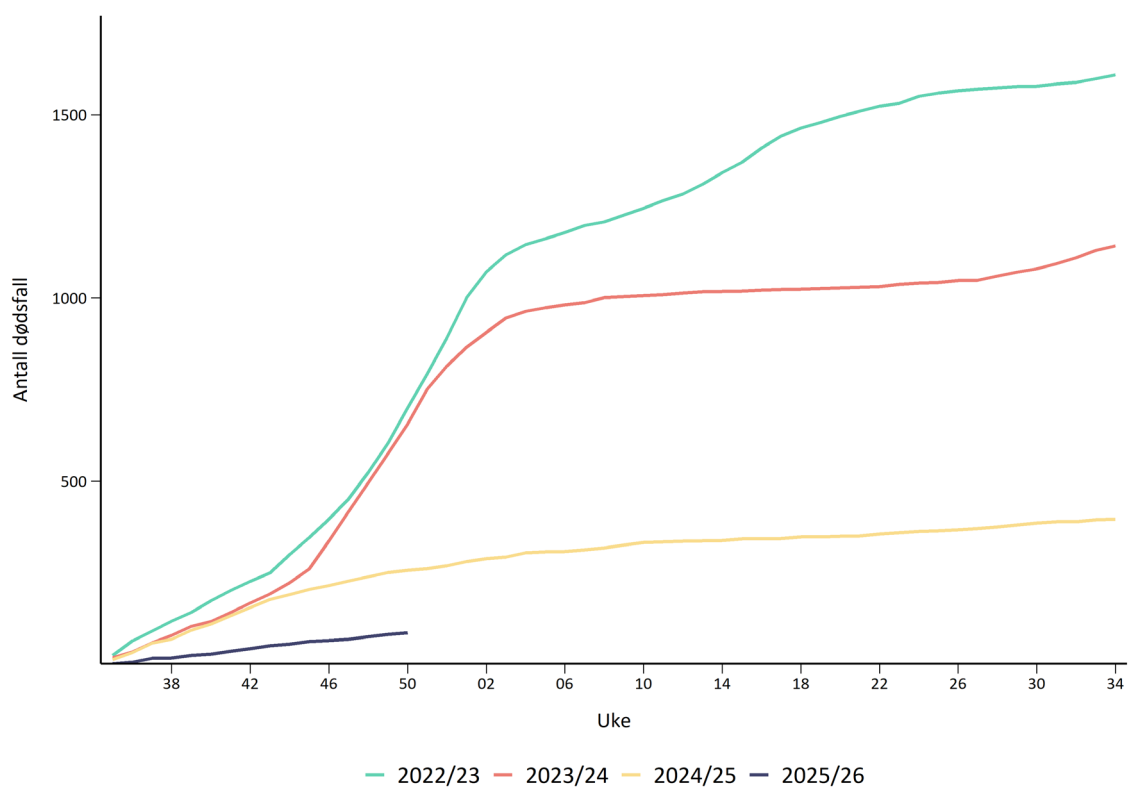
Aldersgruppe	Uke 49			Uke 50		
	Antall testede (n/100000)	Antall positive (n/100000)	Andel positive (%)	Antall testede (n/100000)	Antall positive (n/100000)	Andel positive (%)
0-4	818 (297,4)	22 (8)	2,7	1000 (363,6)	37 (13,5)	3,7
5-14	786 (125,3)	15 (2,4)	1,9	826 (131,6)	22 (3,5)	2,7
15-29	1494 (143,1)	43 (4,1)	2,9	1613 (154,5)	37 (3,5)	2,3
30-64	3759 (145,3)	140 (5,4)	3,7	4175 (161,3)	193 (7,5)	4,6
65-79	2114 (267,7)	73 (9,2)	3,5	2391 (302,7)	93 (11,8)	3,9
80+	1377 (509)	72 (26,6)	5,2	1500 (554,5)	71 (26,2)	4,7
totalt	10348 (185)	365 (6,5)	3,5	11506 (205,7)	453 (8,1)	3,9



Figur 36. Antall innleggelser med covid-19 per uke og sesong, 24.8.2020 – 14.12.2025. Kilde: Norsk pasientregister og MSIS-labdatabasen via Stat19, Folkehelseinstituttet. Tallene blir etterjusterte.



Figur 37. Aldersstandardiserte rater for dødsfall assosiert med covid-19 med 4-ukers glidende gjennomsnitt. Ved å aldersstandardisere dødelighetsratene, fjernes forskjeller i dødeligheten som skyldes endring i alderssammensetningen over tid. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19, Folkehelseinstituttet.

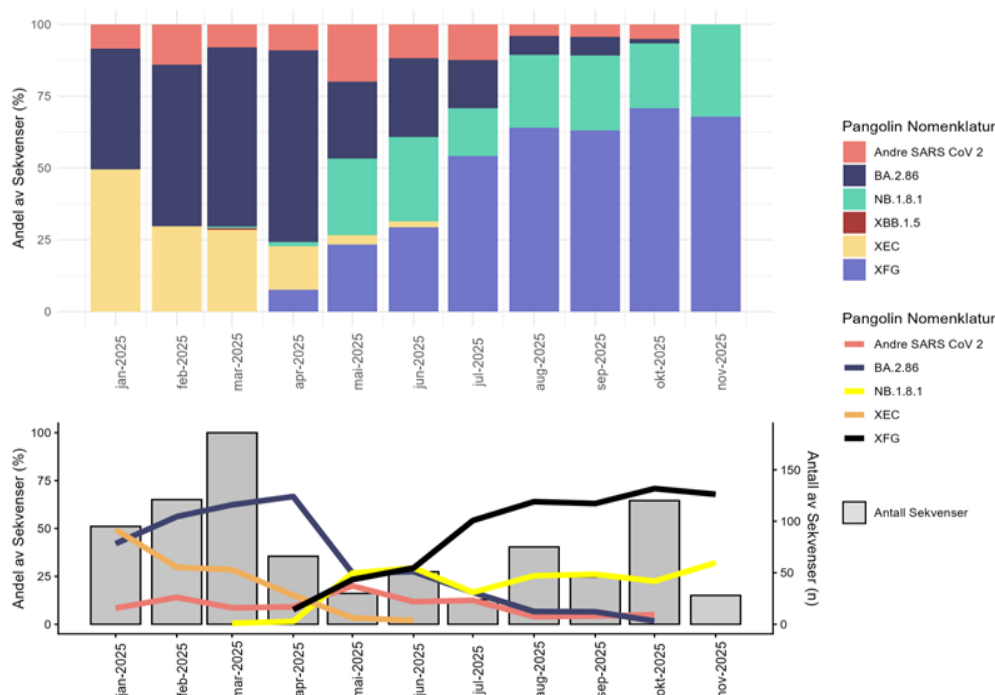


Figur 38. Kumulativt antall dødsfall assosiert med covid-19 per sesong. Kilde: Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret via Stat19, Folkehelseinstituttet.

Genetisk karakterisering av SARS-CoV-2-virus

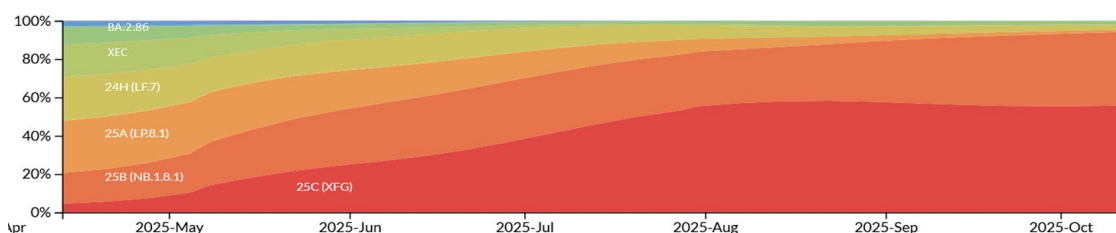
BA.2.86, en undervariant av BA.2 (omikron), var dominerende frem til april 2025 (Figur). Deretter økte NB.1.8.1 og XFG raskt i andel. NB.1.8.1 ble først påvist i mars 2025, mens XFG ble påvist i april. I juli 2025 ble XFG den dominerende varianten, samtidig som NB.1.8.1 har opprettholdt en relativt stabil andel, noe som indikerer en tilnærmet likevekt. NB.1.8.1 er en rekombinant linje bestående av GW.5.1 og FL.13.4 og bærer FLuQE spike-mutasjonene F456L og Q493E. XFG består av rekombinanter fra LF.7 og LP.8.1.2 og bærer spike-mutasjonene Q493E, F456L og R346T, en ny kombinasjon som kombinerer de tidligere FLiRT- og FLuQE-genotypene.

Se aktuell [statusrapport om covid-19, influensa og andre luftveisinfeksjoner](#), uke 48 for ytterligere detaljer rundt forekomst av covid-19 og SARS-CoV-2 varianter.



Figur 39. Frekvensen av SARS-CoV-2 varianter samt antall sekvenserte prøver per måned i Norge gjennom 2025 med fokus på hovedvariantbildet. Kilde: Referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet

Variantbildet i Norge er for øyeblikket det samme som i Europa, og stort sett også i verden for øvrig (Figur 39). I 2024 var XEC og BA.2.86 (KP.3, LP.8.1 og LF.7) hovedsakelig de sirkulerende virusvariantene. Imidlertid har de siste seks månedene XFG og NB.1.8.1 nådd en balanse, med henholdsvis omkring 50% og 40% av påvisningene.



Figur 40. Frekvensen av SARS-CoV-2-varianter samt antall sekvenserte prøver per måned globalt i løpet av de siste seks månedene; hovedvariantbildet. Kilde: Nextclade/GISAID.

Fra 5. desember har [WHO](#) utpekt BA.3.2-varianten som en variant under overvåkning. BA.3.2 er nå klassifisert som en SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring (VUM). WHO forventes det at de godkjente COVID-19-vaksinene fortsatt gir beskyttelse mot alvorlig sykdom. Det finnes ingen data som indikerer økt alvorlighetsgrad, sykehusinnleggelser eller dødsfall knyttet til denne varianten.

Følsomhet mot antiviralia

Majoriteten av omikron-variantene som sirkulerer nå (XFG og NB.1.8.1) er, basert på mutasjonsprofilene, resistente mot monoklonal antistoffbehandling med Evusheld® (tixagevimab/cilgavimab). I tillegg viser noen av disse variantene resistens mot bebtelovimab (grad av resistens kan avhenge av mutasjonsprofil), men ingen resistens er funnet mot Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir). Resistens får konsekvenser for behandlingsmuligheter av alvorlig syke og fremhever behovet for tilgjengelige antiviralia for behandling.

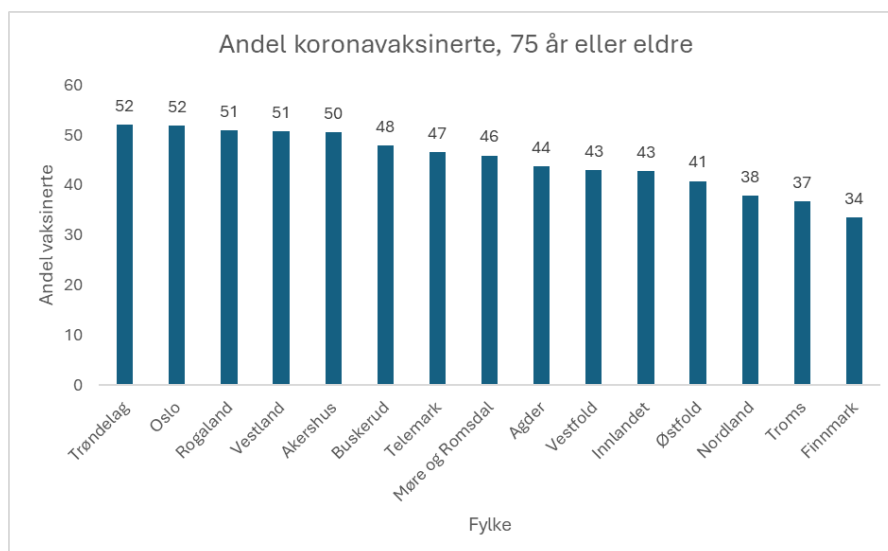
Vaksinasjonsdekning og vaksinematch

Vaksinen ble oppdatert før høsten 2025 for å beskytte mot virusvarianter som stammer fra JN.1. Den nye vaksinen bygger på varianten LP.8.1. De fleste virusvariantene som sirkulerer globalt, har – med unntak av BA.3.2.2 – endret seg lite fra JN.1. Derfor gir vaksinen (LP.8.1) god beskyttelse mot XFG, som dominerer i Norge nå i desember 2025, og mot nært beslektede varianter som dominerer i andre deler av verden (NB.1.8.1). Vaksinen gir i mindre grad beskyttelse mot BA.3.2.2, som blant annet er påvist enkelte steder i Australia. BA.3.2.2 varianten ser foreløpig ikke ut til å overta for XFG eller andre lignende varianter.

Så langt i sesongen har 489 316 personer som er 75 år eller eldre tatt koronavaksine. Vaksinasjonsdekningen blant personer fra 75 år og eldre var per 14.12.24 på 47 %. Dette er lavere enn nivået i fjorårssesongen, da dekningen 18.12.24 var 54 %, I sesongen 2024-25 endte vaksinasjonsdekningen på 56 % i denne aldersgruppen, og slik det ser ut nå er det grunn til å anta at dekningen i 2025-26- sesongen vil bli en god del lavere enn forrige sesong og kanskje ende rundt 50 %.

Vi har ikke lenger tilgang på dekningstall for personer i de andre risikogruppene etter at BeredtC19-registeret ble lagt ned, men basert på antallet vaksinerte i aldersgruppen 18-64 år ser det ut til at antallet vaksinerte har gått ned med omtrent 34 000 doser sammenlignet med sesongen før. Dette tilsvarer en nedgang på omtrent 30 %. I 2023-24-sesongen utgjorde risikogruppene omtrent 60 % av de som ble vaksinert i denne gruppen. Vi vet ikke om det er samme fordeling denne sesongen.

Det er stor geografisk spredning i vaksinasjonsdekning der Finnmark (34 %), samt resten av Nord-Norge har lavest dekning, og Trøndelag og Oslo har høyest (52 %) (Figur 41). Det er også stor spredning innad i kommunene.



Figur 41. Andel koronavaksinerte blant personer 75 år og eldre etter fylke, 25.08.2025 – 14.12.2025. Kilde: Folkeregistret og SYSVAK, Folkehelseinstituttet

Vurdering

Koronaviruset SARS-CoV-2 fortsetter å gi sykdom, alvorlig sykdom og dødsfall i Norge. Sykdommens omfang og alvorlighet har blitt gradvis redusert de siste årene.

Forekomsten av SARS-CoV-2 denne vinteren er foreløpig lav, og den generelle trenden har vært nedadgående eller stabil siden sensommeren. Det er ingen bekymringsvarianter i omløp som skulle tilsi at forekomsten vil øke de nærmeste to månedene. Det virker derfor mindre sannsynlig at en ny smittebølge skulle oppstå denne vinteren. En økning i forekomsten ut over våren eller sommeren 2026 kan imidlertid ikke utelukkes.

Personer i alle aldersgrupper kan bli smittet med SARS-CoV-2. Eldre samt personer med underliggende risikofaktorer har høyest risiko for alvorlig sykdomsforløp.

Tiltak og smittevernråd

Felles anbefalinger

Hovedmålet med smittevernrådene er å redusere smitte til personer som har høyere risiko for å bli alvorlig syke av luftveisinfeksjoner.

Beskyttelse av risikogruppene gjøres først og fremst gjennom vaksinasjon mot covid-19, influensa og pneumokokksykdom. Vaksine mot kikhoste tilbys barn og gravide gjennom barnevaksinasjonsprogrammet, mens voksne anbefales påfyll hvert tiende år. Målgruppene for de ulike vaksinene er noe ulike. For personer med spesielt høy risiko for alvorlig sykdom kan det være aktuelt å begrense antallet man har kontakt med i perioder med mye smitte i samfunnet.

Ved luftveissymptomer bør man unngå unødvendig nærkontakt med personer som har høyere risiko for å bli syke av luftveisinfeksjoner, som eldre, spedbarn og personer med kroniske sykdommer som hjertesykdom, astma, kreftsykdom eller nedsatt immunforsvar. Å holde avstand og/eller bruke munnbind kan også redusere risikoen for å smitte andre, og til en viss grad redusere risikoen for at man selv blir smittet. Gode hostevaner og god håndhygiene er alltid lurt, og kan forbygge mange ulike infeksjoner.

Se [Smittevernråd til befolkningen](#) og [Råd til personer med økt risiko for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner](#).

For influensa

Årlig sesonginfluensavaksinering anbefales først og fremst til personer med økt risiko for alvorlig influensasykdom ([risikogrupper](#)). Disse personene bør få tilbud om influensavaksine gjennom vaksenvaksinasjonsprogrammet.

I tillegg anbefales influensavaksine til [spesifikke grupper](#) utenfor vaksinasjonsprogrammet, primært for å beskytte andre.

Vaksinasjonsdekningen blant eldre har aldri vært høyere enn denne sesongen, og det ser ut til at vaksinen har en moderat effekt mot sykehusinnleggelser også i de eldste aldersgruppene. Insidensen av sykehusinnleggelser viser at det er de eldste og personer i risikogruppene som har høyest risiko for alvorlig sykdom. Eldre med andre risikofaktorer er særlig utsatt. Kommunene og andre vaksinetilbydere bør fortsette å tilby vaksine til alle uvaksinerte i risikogruppene til virussirkulasjonen begynner å gå ned.

Antiviral behandling kan redusere risikoen for alvorlig sykdomsforløp ved influensa. For personer med økt risiko for alvorlig influensasykdom, bør lege vurdere behovet for antiviral behandling så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Se [Bruk av antiviralia mot influensa](#). Sykehus, sykehjem og apotek bør ha antivirale legemidler mot influensa tilgjengelig.

For RSV

En liten gruppe barn med svært høy risiko for alvorlig RSV-infeksjon får tilbud om monoklonalt antistoff for å forebygge RSV-infeksjon i henhold til retningslinjer utarbeidet av Norsk barnelegeforening.

FHI har anbefalt at vaksine til gravide eller langtidsvirkende monoklonalt antistoff til spedbarn tas inn i barnevaksinasjonsprogrammet slik at flere barn får beskyttelse mot RSV-infeksjon. Les mer i [RSV-vaksine - håndboka for helsepersonell](#). I påvente av en beslutning anbefaler FHI RSV-vaksine til gravide fra gestasjonsuke 24, men den gravide må selv betale for vaksinen. Langtidsvirkende monoklonalt antistoff er foreløpig ikke tilgjengelig i Norge.

Hos voksne kan økende alder sammen med underliggende sykdom øke faren for alvorlig infeksjon med luftveisvirus. RSV-vaksine kan vurderes til voksne i alderen 60 år og eldre med underliggende sykdom. Vaksinerings av denne gruppen er en individuell vurdering som lege må ta i samråd med pasient.

For covid-19

Folkehelseinstituttet anbefaler eldre fra og med 75 år å vaksinere seg mot covid-19, da de har den høyeste sykdomsbyrden. Det er per nå ingen tegn til at en ny covid-19-bølge er på vei, men dette kan endre seg utover sen vinteren og våren.